

รายงานวิจัย :

แบบแผนการบริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการ
และปัจจัยขับเคลื่อนชุมชนผู้สูงอายุสุขภาพดี

DIETARY PATTERN, NUTRITIONAL STATUS
and DRIVEN FACTORS for COMMUNITY
of HEALTHY ELDERLY.

การวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงาน
คณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ งบประมาณแผ่นดิน พ.ศ.2557

วันสรา เชาวน์นิยม

ศิริพร จันทร์ฉาย

ภาควิชาพื้นฐานสาธารณสุข
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

สุนิศา แสงจันทร์

พัชณา ใจดี

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยแบบแผนการบริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการ และปัจจัยขับเคลื่อนชุมชนผู้สูงอายุ สุขภาพดีนี้ ดำเนินการโดยมีจุดมุ่งหมายสำคัญในการสร้างและพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะ โภชนาการและสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเลือกชุมชนบางพระ ตำบลบางพระ จังหวัดชลบุรี เป็นพื้นที่ ศึกษา ซึ่งโครงการนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (งบประมาณแผ่นดิน) มหาวิทยาลัยบูรพา

การวิจัยดำเนินการได้สำเร็จลุล่วงได้อย่างดีภายใต้ความร่วมมืออย่างเข้มแข็งจากผู้สูงอายุใน ชุมชนบางพระ แกนนำสุขภาพ บุคลากรสาธารณสุขในสังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางพระ ผู้อำนวยการและคณะครูโรงเรียนบ้านบางพระ ประธานและสมาชิกชมรมคนรักในหลวงจังหวัดชลบุรี ซึ่งทุกท่านได้มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนตลอดจนให้คำแนะนำปรึกษา เอื้อเพื่อข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ งานวิจัยนี้ คณะวิจัยจึงขอขอบพระคุณทุกท่านไว้ ณ ที่นี้ด้วย

วนัสรา เซวานันนิม
หัวหน้าโครงการวิจัย
กันยายน 2558

Title Dietary pattern, nutritional status and driven factors for community of healthy elderly

Researcher Wanasara Chaoniyom, Siriporn Chanchai,
Sunisa Sangjun, Patchana Jaidee

Year 2015

ABSTRACT

Thailand is being ageing society without well prepare and unclear management for elderly quality of life improvement, especially on dietary and nutrition. This participatory action research (PAR) was aimed to develop nutritional care and health model for elderly. There were three phases of study process conducted at Bang Pra community and 48 elders participated along project.

Phase 1, physical health and dietary pattern survey by concerning blood pressure, fasting blood glucose, cholesterol, (via test kit) body mass index (BMI), waist to hip ratio (WHR) and chronic illness as well. **Phase 2**, the model was setup through commitment among the elders and researchers. The 8 trained health leaders (THL) were assigned to accompany with 5-8 elders who was nearby their home for 3 months. The THLs give information related to nutrition and health and join with ageing activities. **Phase 3**, focus on model evaluation by repeating survey and comparing the results with Wilcoxon Sign Rank Test.

The findings showed at the first test that more than one third of the sample was risk to obese and metabolic status because some health parameters were higher than normal such as blood glucose, cholesterol, BMI and WHR. Most of the sample participated with THL on changing dietary behavior program and food record 3 months continuously. After that period of time, second survey was done for evaluation. There were found blood glucose and cholesterol significantly better ($p < 0.05$). However, due to very short period intervention the results should be longer observed.

Keyword: nutritional care and health model, Elderly, trained health leaders (THL)

สารบัญเรื่อง

เรื่อง	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	i
บทคัดย่อ	ii
Abstract	iii
สารบัญเรื่อง	iv
สารบัญภาพ	v
บทที่ 1 บทนำ	1
- หลักการเหตุผลและความสำคัญของปัญหา	1
- วัตถุประสงค์	5
- ระเบียบวิธีวิจัย	5
บทที่ 2 การทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
บทที่ 3 ผลการศึกษา	38
ระยะที่ 1 ประเมินสถานะโภชนาการ แบบแผนการบริโภค และสุขภาพ กายของผู้สูงอายุในชุมชนบางพระ อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี	38
ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการและสุขภาพของ ผู้สูงอายุแบบบูรณาการ	56
ระยะที่ 3 ประเมินรูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการและภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่ได้พัฒนาขึ้น	61
บทที่ 4 สรุป อภิปรายผล และ ข้อเสนอแนะ	62
o การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนชนบทไทย	62
o การยกระดับโภชนาการและสุขภาพกายผู้สูงอายุ	64
o การเพิ่มประสิทธิภาพของบุคลากรสาธารณสุข	65
บรรณานุกรม	67
ภาคผนวก	70



สารบัญภาพ

ลำดับภาพ	ชื่อภาพ	หน้า
ภาพที่ 2-1	แนวความคิดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)	22
ภาพที่ 2-2	รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) กลุ่ม อนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย	23
ภาพที่ 2-3	กลวิธีการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC)	24
ภาพที่ 2-4	การบูรณาการภาคีหลัก 3 ภาคี เพื่อการจัดการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน	25
ภาพที่ 2-5	ลักษณะชุมชนพัฒนา	27
ภาพที่ 2-6	การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชน	30
ภาพที่ 2-7	ขั้นตอนการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยชุมชนแบบ มีส่วนร่วม	32
ภาพที่ 2-8	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยชุมชน	33
ภาพที่ 3-1	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ	38
ภาพที่ 3-2	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ	39
ภาพที่ 3-3	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสถานภาพการสมรส	39
ภาพที่ 3-4	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาชีพ	40
ภาพที่ 3-5	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะการพักอาศัย	40
ภาพที่ 3-6	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายได้ของครอบครัว	41
ภาพที่ 3-7	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการศึกษาของผู้ดูแล	41
ภาพที่ 3-8	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาชีพของผู้ดูแล	42
ภาพที่ 3-9	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามดัชนีมวลกาย	43
ภาพที่ 3-10	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเพศชายจำแนกตามเส้นรอบเอว	43
ภาพที่ 3-11	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงจำแนกตามเส้นรอบเอว	44
ภาพที่ 3-12	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเพศชายจำแนกตามเส้นรอบสะโพก	44
ภาพที่ 3-13	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงจำแนกตามเส้นรอบสะโพก	45
ภาพที่ 3-14	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอัตราส่วนรอบเอวต่อรอบสะโพก	45
ภาพที่ 3-15	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามมวลกล้ามเนื้อ	46
ภาพที่ 3-16	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเพศชายจำแนกตามปริมาณไขมัน	46
ภาพที่ 3-17	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงจำแนกตามปริมาณไขมัน	47
ภาพที่ 3-18	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความหนาแน่นของกระดูก	47
ภาพที่ 3-19	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงจำแนกตามเปอร์เซ็นต์รวมของน้ำ ในร่างกาย	48
ภาพที่ 3-20	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรูปร่าง	48
ภาพที่ 3-21	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความวิตกกังวล/ความเครียด	49
ภาพที่ 3-22	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามโรคประจำตัว	49



ลำดับภาพ	ชื่อภาพ	หน้า
ภาพที่ 3-23	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับประทานยาในปัจจุบัน	50
ภาพที่ 3-24	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับประทานผลิตภัณฑ์อาหารเสริม	50
ภาพที่ 3-25	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	51
ภาพที่ 3-26	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามชนิดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่ม	51
ภาพที่ 3-27	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการสูบบุหรี่	52
ภาพที่ 3-28	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการออกกำลังกาย	52
ภาพที่ 3-29	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับประทานอาหารในแต่ละวัน	53
ภาพที่ 3-30	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประเภทอาหารที่รับประทาน	53
ภาพที่ 3-31	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับประทานอาหารชนิดเดียวกันเป็นเวลานาน	54
ภาพที่ 3-32	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับประทานอาหารแบบตะวันตก	54
ภาพที่ 3-33	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับประทานขนมหวานที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ	55
ภาพที่ 3-34	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความถี่ในการรับประทานอาหาร	55



บทที่ 1

บทนำ

หลักการเหตุผลและความสำคัญของปัญหา

จากการพัฒนาทางการแพทย์ที่ก้าวหน้า ทำให้สุขภาพของคนไทยเปลี่ยนแปลงไป และทำให้โครงสร้างประชากรไทยเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วด้วย โดยประชากรสูงอายุ (60 ปี หรือมากกว่า) มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นจาก 1.21 ล้านคนในปี 2503 เป็น 4.5-5.7 ล้านคน ในปี 2543 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 6.8-7.6 ล้านคน และ 11 ล้านคนในปี 2553 และ 2563 ตามลำดับ การเปลี่ยนแปลงนี้จะนำประเทศไทยสู่ “ภาวะประชากรสูงอายุ” ตามนิยามของสหประชาชาติที่กำหนดสัดส่วนของประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด¹ ทั้งนี้เพราะในปี 2503 สัดส่วนประชากรสูงอายุต่อประชากรทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 4.6 และเพิ่มเป็นร้อยละ 9 ในปี 2543 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 11 และ 15 ในปี 2553 และ 2563 ตามลำดับ² ข้อมูลปัจจุบัน ปี 2550 จากรายงานสารประชากรของมหาวิทยาลัยมหิดล³ คาดว่ามี ผู้สูงอายุ 6,824,000 คน จากประชากร 62, 829,000 คน คิดเป็นร้อยละ 10.86 และผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ⁴ พบมีผู้สูงอายุ 7,020,959 คน จึงอาจกล่าวได้ว่าประเทศไทยกำลังเข้าสู่ ภาวะประชากรสูงอายุ หรือสังคมผู้สูงอายุแล้ว สังคมไทยจึงต้องมีการเตรียมการด้านเศรษฐกิจ สังคม และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อรับกับสถานการณ์ดังกล่าว⁵ “สังคมผู้สูงอายุ” จึงเป็นประเด็นท้าทายสำคัญที่ไม่อาจละเลยได้ รัฐต้องเป็นผู้นำในการส่งเสริมให้ เกิดกลไกการขับเคลื่อนการทำงานอย่างเหมาะสมและสนับสนุนทรัพยากร รวมทั้งองค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาสังคมผู้สูงอายุ อาทิ การส่งเสริมผู้สูงอายุเข้าสู่ภาคการผลิต การนำความรู้และพลังของผู้สูงอายุมาจัดการอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ การจัดการบริหาร ด้านสาธารณสุขโภชนาการและสิ่งแวดล้อมให้สอดคล้องกับความต้องการด้านสังคม อารมณ์ สุขอนามัย และการเงิน นอกจากนี้การพัฒนายุทธศาสตร์ สิ่งที่เกี่ยวข้องของการมีประชากรสูงอายุในสังคมอย่างรอบด้าน จะต้องเป็นสิ่งที่ รัฐบาลให้ความสำคัญด้วย เพื่อให้สังคมผู้สูงอายุไทยเป็นสังคมการผลิตที่มากขึ้น เพื่อคงผลผลิตรวมของประเทศ และลดการพึ่งพิงประชากรวัยแรงงานลงในขณะเดียวกัน

1 กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA). ภาวะประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย: สภาพการณ์และนโยบาย. กรุงเทพมหานคร: กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ. 2549.

2 มนาพร สุภาพ. ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุด้านการส่งเสริมสุขภาพ: ศึกษาเฉพาะกรณีชมรมผู้สูงอายุในอำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช, 2550.

3 สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล ปีที่ 16 มกราคม 2550

4 รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

5 มลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2549. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา, 2549.



คำว่า “ผู้สูงอายุ” บัญญัติขึ้นครั้งแรกในประเทศไทยโดย พล.ต.ต. อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม 2505 จนเป็นที่เข้าใจยอมรับและใช้กันแพร่หลายในปัจจุบัน การกำหนดเกณฑ์อายุ มีความแตกต่างกัน จึงเป็นการยากที่จะทำให้มีการยอมรับในทุกประเทศ ดังนั้นที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ (World Assembling on Aging) ที่กรุงเวียนนา จึงได้กำหนดให้ผู้ที่มียุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ถือเป็นผู้สูงอายุ และใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยด้วย⁶

ประเทศไทยมีนโยบายระดับชาติที่ชัดเจนเกี่ยวกับผู้สูงอายุ คือ ปฏิญญาผู้สูงอายุ พ.ศ. 2542 โดยนำเจตนารมณ์เรื่องสิทธิของผู้สูงอายุ ที่ปรากฏในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย หลักการของสหประชาชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ ปฏิญญามาเก๊าของคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก และแผนงานนโยบายและมาตรการต่างๆที่กำหนดไว้ไปสู่การปฏิบัติ อย่างจริงจังโดยร่วมกันจัดทำปฏิญญา 9 ประการ ซึ่งมีสาระสำคัญสรุปได้ว่าผู้สูงอายุ (1) ต้องดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรีด้วยปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็น ไม่ถูกทอดทิ้งและถูกละเมิดสิทธิ (2) ควรได้อยู่กับครอบครัวอย่างปกติสุขท่ามกลางความรักเอื้ออาทรและเคารพนับถืออย่างเหมาะสม ยอมรับและปฏิบัติต่อกันตามบทบาทหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว (3) ได้รับข้อมูลข่าวสารหลายช่องทางเพื่อเข้าถึงและเข้าใจความเปลี่ยนแปลงของสังคมอย่างรอบด้าน เพื่อการปรับตัวได้อย่างสมวัย (4) ได้รับโอกาสทำงานตามความสมัครใจ ที่เหมาะสมกับอายุและความสามารถ โดยได้รับค่าตอบแทนที่เป็นธรรม เพื่อให้ชีวิตมีคุณค่าเกิดความภาคภูมิใจ (5) เข้าถึงหลักประกันสุขภาพตามเกณฑ์ (6) ควรได้มีส่วนร่วมกิจกรรมกับสมาชิกครอบครัว ชุมชน และสังคมของตน ระหว่างผู้สูงอายุด้วยกัน และกับบุคคลทุกวัย (7) ได้รับการส่งเสริมสนับสนุนจากภาครัฐ และสถาบันทางสังคมในการกำหนดนโยบายหลักด้านผู้สูงอายุ (8) ต้องมีกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุ เพื่อบังคับใช้ในการพิทักษ์สิทธิ คุ้มครองดูแลสวัสดิการและสวัสดิภาพ (9) รัฐโดยการเข้าร่วมขององค์กรภาคเอกชน สถาบันสังคมทุกภาคส่วนและประชาชนร่วมมรรจงทำให้สังคมตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุตามวัฒนธรรมที่ให้ความสำคัญต่อความกตัญญูกตเวทิตะ และความเอื้ออาทร

รัฐบาล โดยคณะรัฐมนตรี มีมติเมื่อวันที่ 11 มิถุนายน 2545 เห็นชอบแผนผู้สูงอายุ พ.ศ. 2545-2564 ที่มีวัตถุประสงค์ 5 ประการ คือ (1) เพื่อสร้างจิตสำนึกให้คนมีความตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุในฐานะบุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคม (2) เพื่อให้ทุกคนตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ (3) เพื่อให้ผู้สูงอายุพึ่งตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรี และมีหลักประกันที่ครอบคลุม (4) เพื่อให้ทุกภาคส่วนทั้งรัฐ ชุมชน และสังคมที่มีภารกิจด้านผู้สูงอายุ ตระหนักและถือเป็นภารกิจสำคัญขององค์กร และ (5) เพื่อให้มีแนวทางปฏิบัติสำหรับส่วนต่างๆ ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ได้ปฏิบัติงานอย่างบูรณาการ

⁶ กองนิติกร กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. คำอธิบายพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ.2546 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 พระราชบัญญัติส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม พ.ศ.2546



ในแผนผู้สูงอายุ พ.ศ. 2545-2564 นี้ มียุทธศาสตร์สำคัญที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับงานวิจัยนี้ คือ (1) ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ มาตรการที่ 2 การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต มาตรการที่ 3 การปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมมีความตระหนักถึงศักดิ์ศรีและคุณค่าของผู้สูงอายุ และ (2) ยุทธศาสตร์ที่ 2 การส่งเสริมผู้สูงอายุ มาตรการที่ 1 การส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและดูแลตนเองเบื้องต้น และมาตรการที่ 4 การสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา โดยจะมีอัตราการเสื่อมมากกว่าการเจริญ จึงเกิดพยาธิสภาพได้มากขึ้น อวัยวะต่างๆมีการเปลี่ยนแปลงทั้งรูปร่างองค์ประกอบ และหน้าที่ทางสรีระวิทยา ที่สำคัญ⁷

- (1) ระบบหัวใจและระบบไหลเวียนเวียนเลือด กล้ามเนื้อหัวใจหนาตัว เพิ่มขึ้น ร้อยละ 30 การขยายตัวรับปริมาณเลือดได้น้อยลง ทำให้ปริมาณเลือดที่ถูกบีบออกจากหัวใจแต่ละครั้งลดลง ความเร็วชีพจรสูงสุดลดลงตามอายุ มีผลทำให้ผู้สูงอายุเหนื่อยเร็ว ทนต่อสภาพความเครียดทางกายได้ไม่ดี เกิดโรคต่างๆได้มาก เช่น โรคหัวใจหลอดเลือดตีบตัน ความดันโลหิตสูง และ อัมพาต
- (2) ระบบหัวใจ ความสามารถในการหายใจลดลง เนื่องจากปอดเสียความยืดหยุ่น ความสามารถของถุงลมในการแลกเปลี่ยนอากาศลดลง ความจุปอดลดลง
- (3) ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ปริมาตรและจำนวนเซลล์ของกล้ามเนื้อลดลง กระดูกเสื่อมลง
- (4) ระบบประสาท สมรรถนะของผู้สูงอายุ จะมีน้ำหนักลดลงประมาณร้อยละ 10 โดยส่วนใหญ่จะเป็นการลดลงของสมองที่มีเซลล์ประสาท มากกว่าส่วนที่เป็นเส้นประสาท ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลงเกือบร้อยละ 50 จึงพบว่าผู้สูงอายุมักมีความจำเสื่อม โดยเฉพาะความจำเกี่ยวกับเรื่องราวที่เพิ่งเกิดขึ้นได้ไม่นาน แต่สามารถจำเรื่องราวในอดีตได้ดีมาก การเคลื่อนไหวของแขนขา การทรงตัวไม่ดีเท่าที่ควร เพราะการสั่งงานของสมองและการนำกระแสความรู้สึกช้าลง เป็นเหตุให้เกิดการหกล้มหรือเกิดอุบัติเหตุได้บ่อย
- (5) ระบบขับถ่ายปัสสาวะ ลดลงทั้งขนาดและหน่วยการทำงานของไต ประสิทธิภาพของการขับถ่ายของเสียลดลง จึงทำให้ปัสสาวะลำบาก ใช้เวลานานกว่าจะปัสสาวะหมด เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้ง่าย
- (6) ระบบฮอร์โมน ในผู้สูงอายุหญิงจะมีปริมาณฮอร์โมนเพศหญิงลดลง เมื่ออายุเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน และมีการฟ่อของรังไข่และมดลูก

⁷ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. การออกกำลังกายทั่วไปและเฉพาะโรคผู้สูงอายุ. นนทบุรี กระทรวงสาธารณสุข, 2545 หน้า 1-5.



อาหารและโภชนาการเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของสูงอายุ การที่ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารไม่เพียงพอหรือได้มากเกินไป จะมีผลซ้ำเติมอวัยวะต่าง ในร่างกายที่มีแนวโน้มจะเสื่อมอยู่แล้วให้เสื่อมมากขึ้น ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับแบบแผนการบริโภคอาหาร เช่น โรคหัวใจ ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน ตับ ไต ความดันโลหิตสูง เก๊าท์ กระดูกพรุน โลหิตจาง ในทางตรงกันข้าม ผู้ที่มีการดูแลสุขภาพ และการรับประทานให้เหมาะสมตลอดเวลา จะช่วยให้มีภาวะโภชนาการที่ดี ซึ่งก็จะช่วยลดปัญหาการเจ็บป่วย และชะลอความแก่ หรือความเป็นผู้สูงอายุไว้ได้นาน มีสุขภาพที่แข็งแรง และมีโรคภัยมาเบียดเบียนได้ยากกว่า

การดำเนินงานเพื่อให้ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการที่ดีนั้น จำเป็นต้องทราบสถานการณ์ปัจจุบันของแบบแผนการบริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการ และสถานการณ์ปัญหาโภชนาการของผู้สูงอายุ ทักษะส่วนบุคคลของตัวผู้สูงอายุเองในการดูแลภาวะโภชนาการของตนเอง อาทิ การแสวงหาและเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสม สภาพแวดล้อมทางสังคม วัฒนธรรม และอาหารที่มีในท้องถิ่น (Food availability) ความเข้มแข็งและพลังอำนาจของชุมชน นโยบายสาธารณะ และ บริการสุขภาพในท้องถิ่นที่จะร่วมกันดูแล และเอื้อนวยให้ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการที่ดีได้หรือไม่

ดังนั้นเพื่อพัฒนาโลกการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการดีอย่างยั่งยืน ผู้วิจัยจึงได้ออกแบบโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในชุมชนบางพระ อำเภอศรีราชาขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. สังเคราะห์และพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุแบบบูรณาการ และ 2 เพื่อประเมินรูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้พัฒนาขึ้น ซึ่งการวิจัยนี้มุ่งใช้แนวทางการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและปฏิบัติการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้านการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ที่มีจุดมุ่งหมายให้ ผู้สูงอายุ มีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม กิจกรรมที่ผู้สูงอายุต้องได้รับบริการสุขภาพ ได้แก่ (1) การชั่งประวัติสุขภาพทั่วไป (2) การตรวจร่างกายเบื้องต้น เช่น ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต วัดชีพจร ประเมินแบบแผนการบริโภค ค่าดัชนีมวลกาย ทดสอบกลไกทางร่างกาย และการตรวจร่างกายต่างๆไป (3) การตรวจทางห้องเคมีในเลือดด้วยชุดตรวจคัดกรอง เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar: FBS) ไขมันในเลือด (Cholesterol) (4) การจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพทั่วไปและการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเฉพาะโรค โดยเลือกการตรวจสุขภาพกายที่เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ ได้แก่ สุขภาพทั่วไป ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และดัชนีมวลกาย ระดับไขมันในเลือด



วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาแบบแผนการบริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการและปัจจัยขับเคลื่อนชุมชนผู้สูงอายุสุขภาพดี
2. เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุแบบบูรณาการ
3. เพื่อประเมินรูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้พัฒนาขึ้น

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัย แบบมีส่วนร่วม (Action Research) ของ คน 4 กลุ่มหลัก ที่อยู่ในชุมชน⁸ (1) ผู้สูงอายุ (2) ครู นักวิชาการ/เจ้าหน้าที่สุขภาพชุมชน (3) อาสาสมัคร แกนนำสุขภาพ (4) องค์กร/เครือข่าย/กลุ่ม/ชมรมต่างๆ โดยแบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ คือ

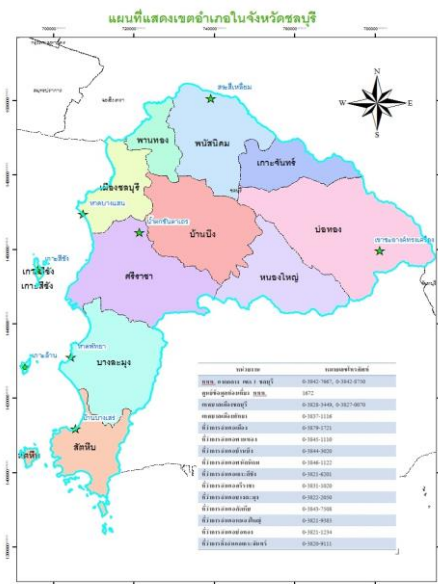
ระยะที่ 1 ประเมินสถานะโภชนาการ แบบแผนการบริโภค และสุขภาพกายของผู้สูงอายุในชุมชนบางพระ อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการและสุขภาพของผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

ระยะที่ 3 ประเมินรูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้พัฒนาขึ้น

ขอบเขตพื้นที่การศึกษาวิจัย

พื้นที่การวิจัย ชุมชนบางพระ อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี



⁸ ชุมชน ในที่นี้หมายถึง ประชาชนโดยเน้นผู้สูงอายุ ครูในโรงเรียน นักวิชาการที่ทำหน้าที่ดูแลงานสาธารณสุข และอาสาสมัคร แกนนำสุขภาพ ในขอบเขตของตำบล ที่มีการทำงานปฏิสัมพันธ์กัน



ลักษณะชุมชนตำบลบางพระ



การวิจัยนี้กำหนดนิยามศัพท์ปฏิบัติการเพื่อเป็นกรอบในการดำเนินการคือ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่อายุ 55 ปีขึ้นไปที่สามารถสื่อสารด้วยการพูดได้ อาศัยอยู่ในเขตตำบลบางพระ อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ระหว่าง เดือน มกราคม 2557 ถึง เดือน มกราคม 2558

แกนนำสุขภาพ หมายถึง บุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุ อาสาสมัคร นักเรียน หรือแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว อาศัยอยู่ในชุมชนบางพระมาตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่มีจิตอาสา เต็มใจดูแลผู้สูงอายุในละแวกบ้าน 5-8 คน และ/หรือเป็นผู้ซึ่งผู้สูงอายุเสนอให้เป็นแกนนำ

การประเมินภาวะโภชนาการผู้สูงอายุ หมายถึง วิธีการเพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ได้แก่ ชนิด ปริมาณ และสัดส่วนของอาหาร และสารอาหารที่ได้รับในแต่ละวัน ซึ่งอาจทำได้หลายวิธี ในการวิจัยนี้ใช้วิธีการบันทึกอาหารที่รับประทานในรอบ 24 ชั่วโมง เป็นระยะเวลาต่อเนื่องกัน 15 วัน

การประเมินสัดส่วนของร่างกาย ได้แก่ น้ำหนัก และส่วนสูง ดัชนีมวลกาย (Body mass index, BMI) องค์ประกอบของร่างกาย (ใช้เครื่องวัด body composition) ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีหลังหรือขาโค้งงอ หรือไม่สามารยยืนได้ จะใช้ค่าโดยประมาณแทน โดยวัดความยาวจากปลายนิ้วมือขวา ไปยังนิ้วมือข้างซ้าย (arm span)



การตรวจวัดค่าทางชีวเคมีในเลือด ประเมินจาก Fasting blood glucose, Total cholesterol, และ Triglyceride โดยใช้ชุดตรวจคัดกรองเบื้องต้นที่เจาะเลือดจากปลายนิ้ว และอ่านค่าตามเวลาที่กำหนดซึ่งผลค่าชีวเคมีในเลือดอาจมีความคลาดเคลื่อนร้อยละ 1.3 มีการซักประวัติภาวะเจ็บป่วยตลอดจนประวัติการตรวจร่างกายและสังเกตอาการแสดงออกทางคลินิกไปด้วย ในกรณีที่พบความผิดปกติ คณะวิจัยจะส่งตัวอย่างนั้นตรวจทางห้องปฏิบัติการต่อไป (กลุ่มตัวอย่างทุกคนต้องยินยอมร่วมในโครงการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร)

การประเมินสถานะสุขภาพกาย เลือกการวัดความดันโลหิต น้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย ไชมันในเลือด(การเจาะเลือดจากปลายนิ้ว) และโรคประจำตัว ซึ่งเป็นข้อกำหนดในแนวทางการปฏิบัติการบริการสุขภาพสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ของกระทรวงสาธารณสุข สำหรับดูแลผู้สูงอายุในชุมชน⁹

ประชากรศึกษา เป็นผู้สูงอายุในเขตชุมชนชนบทไทย ประชากรเป้าหมายเป็นผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ตำบลบางพระอำเภอสรีราชา จังหวัดชลบุรี จำนวน 2,743 คน¹⁰

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธี purposive sampling technique โดยการที่แกนนำสุขภาพ 1 คน ติดต่อพูดคุยกับผู้สูงอายุในบ้านตนเอง และบ้านข้างเคียง จำนวน 5-8 คน กระจายไปตามสภาพภูมิศาสตร์ของชุมชน การกำหนดให้แกนนำสุขภาพเป็นผู้เลือกตัวอย่าง (ผู้สูงอายุ) เป็นกลไกหนึ่งในการพัฒนารูปแบบฯ ซึ่งจะดำเนินการต่อเนื่องในระยะที่ 2 จากขั้นตอนนี้มีแกนนำสุขภาพจำนวน 8 คน และผู้สูงอายุ 48 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

1. แบบสัมภาษณ์ภาวะโภชนาการและบริโภคนิสัยของผู้สูงอายุ ที่ประยุกต์จากแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับโภชนาการและบริโภคนิสัยของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์และแบบบันทึกประกอบด้วยส่วนย่อยดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูล เกี่ยวกับสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุ ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์บริโภคนิสัย ประกอบด้วยข้อมูลการบริโภคอาหาร ปัญหาในการบริโภคอาหาร การเตรียมอาหารสำหรับบริโภค การปรุงอาหารรูปแบบการบริโภคอาหาร การบริโภคอาหารบางชนิดเพิ่มขึ้น หรือลดรับประทานอาหารบางชนิด และสุขวิทยาส่วนบุคคลในการบริโภคอาหารเป็นคำถามปลายปิด มีค่า ตอบให้เลือกตอบ จำนวน 9 ข้อ แบบสัมภาษณ์อาหารที่ชอบบริโภค ไม่ชอบบริโภค และเหตุผลที่ชอบบริโภค ไม่ชอบบริโภค เป็นคำถามปลายเปิด แบ่งตามหมวดหมู่ อาหาร ได้แก่อาหารหมวดเนื้อสัตว์ไขมัน ถั่วเมล็ดแห้ง และผลิตภัณฑ์อาหารหมวดแป้ง น้ำตาล ผัก และ ผลิตภัณฑ์อาหารหมวดผักใบเขียวและผักชนิดต่างๆ อาหาร

⁹ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. แนวปฏิบัติการสุขภาพสำหรับศูนย์สุขภาพชุมชน ด้านการส่งเสริมสุขภาพ. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์, 2546.

¹⁰ งานข้อมูลหลักประกันสุขภาพเครือข่าย CUP ศรีราชา วันที่ 6 สิงหาคม 2557.



หมวดผลไม้ต่างๆอาหารหมวดไขมันจากสัตว์และ พืช และ อาหารหมวดเครื่องดื่มต่างๆ จำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลภาวะโภชนาการ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ภาวะโภชนาการ

2. เครื่อง Body composition เพื่อตรวจวัด ดัชนีมวลกาย มวลกล้ามเนื้อ น้ำหนักไขมัน ความหนาแน่นของกระดูก เปอร์เซ็นต์รวมของน้ำในร่างกาย

3. อุปกรณ์คัดกรองเบื้องต้นสำหรับวัดค่าน้ำตาลในเลือด ไขมันในเลือด (การจะเลือดจากปลายนิ้ว)

4. สายวัดแบบอ่อนเพื่อวัดเส้นรอบเอว เส้นรอบสะโพก

5. แบบบันทึกการบริโภคอาหารแต่ละวันต่อเนื่อง 15 วัน

การแปลผล การวัดความดันโลหิต (คู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข)¹¹

ช่วงความดันโลหิต 100-120 /60-80 มิลลิเมตรปรอท หมายถึง ปกติ

ช่วงความดันโลหิต 121-139 /81-89 มิลลิเมตรปรอท หมายถึง กลุ่มเสี่ยง

ช่วงความดันโลหิต ≥ 140 / ≥ 90 มิลลิเมตรปรอท หมายถึง กลุ่มสงสัย

ช่วงความดันโลหิต ≥ 140 / ≥ 90 มิลลิเมตรปรอท และมีรายงานการวินิจฉัยจากแพทย์

หมายถึง กลุ่มป่วย

การแปลผล การวัดน้ำตาลในเลือด (คู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข)

ค่าน้ำตาลในเลือด 80-99 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หมายถึง ปกติ

ค่าน้ำตาลในเลือด 90-125 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หมายถึง กลุ่มเสี่ยง

ค่าน้ำตาลในเลือด ≥ 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หมายถึง กลุ่มสงสัย

ค่าน้ำตาลในเลือด ≥ 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และมีรายงานการวินิจฉัยจากแพทย์

หมายถึง กลุ่มป่วย

การแปลผล ดัชนีมวลกาย (คู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข)

ค่าดัชนีมวลกาย 18.5-22.9 หมายถึง ปกติ

ค่าดัชนีมวลกาย 23-24.9 หมายถึง มีภาวะเสี่ยง

ค่าดัชนีมวลกาย ≥ 25 หมายถึง มีภาวะอ้วน

ค่าดัชนีมวลกาย < 18.5 หมายถึง มีภาวะผอม

¹¹ กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย.คู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข ฉบับปรับปรุงใหม่ ปี 2547. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2547.



การแปลผลการตรวจไขมันในเลือด (Harrison's principle of international medicine)¹²

ค่า Total Cholesterol (mg/dl)

< 200	หมายถึง ปกติ
200 – 239	หมายถึง มีภาวะเสี่ยง
240-299	หมายถึง มีภาวะเสี่ยงสูง
≥300	หมายถึง มีความเสี่ยงเป็นโรคหัวใจสูงมาก

ค่า Triglycerides (mg/dl)

50-150	หมายถึง ปกติ
150--199	หมายถึง ปกติ
200-499	หมายถึง มีภาวะเสี่ยงสูง
นับไม่ได้ (มากกว่า 500)	หมายถึง มีความเสี่ยงเป็นโรคหัวใจสูงมาก

การแปลผลโรคประจำตัว ใช้ผลการวินิจฉัยของแพทย์ที่แจ้งให้ผู้ป่วยในสมุดประจำตัวผู้ป่วยและ
การบอกเล่าจากกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย การเปรียบเทียบข้อมูลการตรวจวัด ก่อนและ
หลังการทดสอบรูปแบบฯ ใช้สถิติ Wilcoxon Sign Rank Test

วิธีและขั้นตอนการวิจัย

การวิจัยดำเนินการต่อเนื่อง 3 ระยะ คือระยะการประเมินสถานะสุขภาพกายและแบบแผนการ
บริโภค ระยะการพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการและสุขภาพของผู้สูงอายุแบบบูรณาการ และ
ระยะการประเมินรูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้พัฒนาขึ้น ดัง
รายละเอียดแต่ละขั้นตอนดังต่อไปนี้

การประเมินสถานะสุขภาพกายและแบบแผนการบริโภค (ระยะที่ 1)

เลือกการวัดความดันโลหิต น้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย ไขมันในเลือด(การจะเลือดจากปลาย
นิ้ว) และโรคประจำตัว ซึ่งเป็นข้อกำหนดในแนวทางการปฏิบัติการบริการสุขภาพสำหรับโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ของกระทรวงสาธารณสุข สำหรับดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

¹² Anthony S. Fauci, MD. et.al. Harrison's principle of international medicine .17th ed. Donnelly and sons, 2008, page A-10.



การพัฒนาารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการและสุขภาพของผู้สูงอายุแบบ (ระยะที่ 2)

การประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุแล้วคณะผู้วิจัยนำผลจากการวิเคราะห์นั้นนำเสนอในเวทีประชาคมที่มีผู้เกี่ยวข้องในชุมชนเข้าร่วมเวที เพื่อสร้างการรับรู้ ความตระหนักต่อข้อมูลข่าวสารที่เชื่อมโยงสู่ปัญหาด้านโภชนาการของผู้สูงอายุในชุมชนนี้ และร่วมกันหาทางแก้ไขหรือป้องกันและร่วมกันสังเคราะห์และพัฒนาารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุแบบบูรณาการ และเกิดการยอมรับของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย

ดำเนินการทดลองโดยมีแกนนำสุขภาพ (ได้รับการอบรมเกี่ยวกับโภชนาการและปรับพฤติกรรม การบริโภคระยะเวลา 3 วัน และร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับคณะวิจัยทุก 2 สัปดาห์ ระยะเวลา 3 เดือน) เป็นกลไกหลักในการให้โภชนศึกษาแบบวงน้ำชา ให้มีการปรับพฤติกรรมบริโภคโดยเริ่มต้นจากโจทย์ที่ง่าย ไปจนถึงการสร้างกิจกรรมที่สนใจร่วมกันกับผู้สูงอายุ หาข้อสรุปร่วมกันกับแกนนำ ครู นักวิชาการ ทีมวิจัย จากข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างกลับไปบ้านและบันทึกไว้อย่างต่อเนื่อง

ประเมินผลการทดลองรูปแบบ (ระยะที่ 3)

ประเมินผลการทดลองรูปแบบดำเนินการโดย (1) โดยสำรวจ ตรวจ วัด สุขภาพกาย และชีวเคมี ในเลือด ด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจครั้งแรก วิเคราะห์เปรียบเทียบชุดข้อมูลครั้งที่ 1 กับชุดข้อมูลครั้งที่ 2 โดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย Standard Deviation, Wilcoxon Sign Rank Test และ (2) ถอดบทเรียนการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ (3) ถอดบทเรียนการเรียนรู้ของนักเรียน (4) ถอดบทเรียนการเรียนรู้ของครู (5) ถอดบทเรียนการเรียนรู้ของนักวิชาการสาธารณสุข

แปลผลการวิเคราะห์ข้อมูล และสรุปรูปแบบ/โมเดลที่ได้จากการพัฒนาร่วมกันของภาคชุมชน และทีมวิจัย

เขียนรายงานวิจัย และเผยแพร่ผลงานให้กับท้องถิ่น และระดับชาติ



บทที่ 2

การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยแบบแผนการบริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการ และปัจจัยขับเคลื่อนชุมชนผู้สูงอายุ สุขภาพดีนี้ได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2558
2. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564)
3. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ (Factors affecting nutritional status)
4. อาหารสำหรับผู้สูงอายุ
5. การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)
6. ชุมชนเข้มแข็ง
7. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
8. การสร้างเครือข่ายสุขภาพและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน
9. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2558¹³

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน ครอบคลุม ประชาชนสามารถเข้าถึง บริการได้ และยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานให้ครอบคลุมประเด็น 15 ประเด็น คือ 1) ระบบบริการระดับปฐมภูมิ 2) ระบบบริการระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ 3) ด้านพัฒนาสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย 4) ด้านพัฒนาสุขภาพกลุ่มเด็กวัยเรียน 5) ด้านพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยรุ่น 6) ด้านพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน 7) ด้านพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ 8) ด้านพัฒนาระบบการควบคุมโรค 9) ด้านพัฒนาระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ 10) ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ 11) ด้านการป้องกันและบำบัดรักษา ยาเสพติด 12) ด้านแก้ไขปัญหาและพัฒนาสาธารณสุขชายแดนภาคใต้ 13) ด้านการต่างประเทศและอาเซียน 14) ด้านการพัฒนาบุคลากร และ 15) ด้านการบังคับใช้กฎหมาย

¹³ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557



ทั้งนี้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ได้ถูกระบุไว้ในยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 สถานการณ์ปัญหาในกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)

ด้านโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจุบันประเทศไทยมีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 14.7 หรือ 9.50 ล้านคน (ข้อมูล ณ 19 กันยายน 2557) และคาดการณ์ว่าในปี 2568 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุเกินกว่าร้อยละ 20.00 หรือ 14.40 ล้านคน นั้นหมายถึงว่า ประเทศไทยได้เป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society)

ด้านปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ จากผลการศึกษาภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2552 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า 5 อันดับโรคที่ผู้สูงอายุเพศชายเจ็บป่วย คือ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวาน และโรคมะเร็งตับ ในเพศหญิง คือ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ สมองเสื่อม และโรคซึมเศร้า สำหรับอาการเรื้อรังที่พบบ่อยจากการตรวจร่างกาย 5 อันดับแรกได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง กลุ่มอาการเมตาบอลิก โรคอ้วนลงพุง ภาวะอ้วน และโรคข้อเสื่อม ตามลำดับ

จากสถานการณ์การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุและมีโรคที่เกิดจากความเสื่อมอันเนื่องมาจากความชรามากขึ้น การดูแลรักษาฟื้นฟูผู้สูงอายุจึงต้องมีความแตกต่างกับช่วงวัยอื่นๆ แต่ปัจจุบันได้เกิดภาวะคุกคามในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ 1) ระบบการดูแลรักษาผู้สูงอายุยังไม่แตกต่างจากกลุ่มอายุอื่น ต้องการการดูแลรักษาองค์รวมแบบ Case Management 2) มาตรฐานในการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการและในชุมชนต้องการการพัฒนา 3) ระบบและรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนระดับต่างๆ 4) บุคลากรที่มีองค์ความรู้และทักษะในการดูแลรักษาผู้สูงอายุ รูปแบบของบริการสาธารณสุขในอนาคตเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ในปี 2568 และ 5) โรคที่จะเป็นปัญหาและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ / กลุ่มอาการ Geriatric Syndrome เช่น สมองเสื่อม โรคข้อเข่าเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง สมรรถนะของผู้สูงอายุ และโรคเรื้อรังอื่น ๆ ต้องการระบบการดูแลรักษาในชุมชนที่มีคุณภาพ

1.2 การดูแลส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคสำหรับผู้สูงอายุ (Preventive Geriatrics)

อาจแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

1) การป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention) หมายถึง การป้องกันโรคโดยการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีตามอัตภาพ โดยคงระยะเวลาที่มีสุขภาพทางกาย (Physical well-being) สุขภาวะทางจิต (Mental well-being) สุขภาวะทางสังคม (social well-being) และสุขภาพภาวะทางจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) ให้ยาวนานที่สุด โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตั้งแต่ยังไม่มีโรค โดยการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การมีส่วนร่วมในการทำ



กิจกรรมครอบครัวและสังคม การมีสุขภาพจิตที่ดีอยู่เสมอ การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงเฉพาะโรคที่สำคัญ การมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม และการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อที่มีความสำคัญในผู้สูงอายุ

2) การป้องกันโรคในระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) หมายถึง การป้องกันโรคที่เกิดขึ้นแล้ว แต่ป้องกันไม่ให้พยาธิสภาพลุกลาม ด้วยการตรวจคัดกรองสุขภาพเป็นระยะ เพื่อตรวจหาโรคและให้การดูแลรักษาโรคตั้งแต่วัยเริ่มแรก

3) การป้องกันโรคในระดับตติยภูมิ (Tertiary Prevention) หมายถึง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การป้องกันการเกิดโรคซ้ำ ตลอดจนการป้องกันความพิการ ภาวะทุพพลภาพระยะยาว ที่อาจเกิดขึ้นในภายหลัง

โดยมีเป้าประสงค์หลัก คือ ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเอง/ดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม และมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และเป้าประสงค์เฉพาะ ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และการคัดกรอง Geriatric Syndrome 2) มีระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ที่มีศักยภาพและสามารถเข้าถึงได้อย่างสะดวกและทั่วถึง และ 3) มีระบบการส่งเสริมสนับสนุนให้ครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ

2. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564)¹⁴

แผนผู้สูงอายุระยะยาวฉบับนี้ให้ความสำคัญต่อ “วงจรชีวิต” และความสำคัญของคนในสังคมที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง โดยลักษณะสำคัญที่ทำให้แผนฉบับที่ 2 แตกต่างจากแผนแรก คือประเด็น ดังนี้ 1) มุมมองแผนแรกมองว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ทำคุณประโยชน์ต่อสังคมและควรได้รับการตอบแทน ในขณะที่ฉบับนี้มองว่า ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมและควรส่งเสริมให้คงคุณค่าไว้ให้นานที่สุด แต่หากอยู่ในสถานะจะต้องพึ่งพิงผู้อื่น ครอบครัวและชุมชนจะต้องเป็นกลุ่มแรกๆ ที่ให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ 2) การจำแนกมาตรการในฉบับแรกมีลักษณะแยกตามสาขาต่างๆ ในขณะที่ฉบับนี้ใช้การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ที่มีลักษณะบูรณาการ และแบ่งออกตามเป้าหมายทางยุทธศาสตร์เป็นหลัก และ 3) แผนฉบับนี้ได้กำหนดดัชนีและเป้าหมายของมาตรการต่างๆ รวมถึงมาตรการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง อันเป็นจุดอ่อนที่พบในช่วงระยะเวลาของแผนฉบับแรก โดยแผนฉบับนี้จัดแบ่งยุทธศาสตร์ออกเป็น 5 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

2.1 ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ

ประกอบด้วย 1) มาตรการหลักประกันด้านรายได้เพื่อวัยสูงอายุ ที่จะขยายหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมบุคคลทั่วไป ส่งเสริมการออมตั้งแต่วัยทำงาน และลดหย่อนภาษีเพื่อส่งเสริมการออมสำหรับวัยสูงอายุ 2) มาตรการการให้การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต โดยส่งเสริมกิจกรรมนันทน

14

คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี, 2545



ตั้งแต่วัยเด็ก ส่งเสริมการศึกษาทั้งในและนอกระบบ ตลอดจนการศึกษาตามอัธยาศัยเพื่อความเข้าใจในชีวิตและพัฒนาการในแต่ละวัย เป็นการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุที่เหมาะสม มีการรณรงค์ให้สังคมตระหนักถึงความจำเป็นของการเตรียมการเพื่อเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ โดยการให้ความรู้ที่ถูกต้องในทุกเรื่องที่สำคัญ และ 3) มาตรการการปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ มีการจัดการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุทั้งในและนอกระบบ ส่งเสริมกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถทำร่วมกับวัยอื่นๆ เช่น กิจกรรมทางการศึกษา ศาสนา วัฒนธรรม และกีฬา ตลอดจนการรณรงค์ให้คนในสังคมเห็นคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

2.2 ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ

ประกอบด้วย 1) มาตรการส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ดูแลตนเองเบื้องต้น โดยจัดบริการอบรมในรูปแบบที่หลากหลายเหมาะสมกับผู้สูงอายุ ให้คำปรึกษาในสถานบริการสุขภาพ และการสื่อสารกับผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง 2) มาตรการส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ ด้วยการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุหรือเครือข่ายผู้สูงอายุ มีการสนับสนุนกิจกรรมขององค์กรหรือเครือข่ายผู้สูงอายุ 3) มาตรการส่งเสริมด้านการทำงานทั้งเต็มเวลาและไม่เต็มเวลา สนับสนุนการฝึกอาชีพ จัดหางานที่เหมาะสม หรือการรวมกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อทำกิจกรรมเสริมรายได้ 4) มาตรการสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพให้เป็นตัวอย่างที่ดีของสังคม และการสนับสนุนการร่วมในกิจกรรมต่างๆ 5) มาตรการให้มีรายการต่างๆผ่านสื่อทุกประเภท เพื่อผู้สูงอายุ และ 6) มาตรการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยที่มีมาตรฐานและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม สำหรับที่พักของรัฐหรือเอกชนที่จะให้บริการแก่ผู้สูงอายุต้องมีใบอนุญาตจัดตั้งกับทางราชการอย่างถูกต้อง

2.3 ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

ประกอบด้วย 1) มาตรการคุ้มครองด้านรายได้ มีการจัดสวัสดิการให้กับผู้สูงอายุที่ยากจน ไม่มีแหล่งพึ่งพิงที่เพียงพอ รวมทั้งการส่งเสริมการจัดตั้งกองทุนผู้สูงอายุในชุมชน 2) มาตรการหลักประกันสุขภาพ พัฒนาและส่งเสริมระบบการทำงานของหลักประกันสุขภาพให้มีคุณภาพเพื่อผู้สูงอายุทุกคน 3) มาตรการด้านครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง มีการลดหย่อนภาษีให้แก่บุตรของผู้ที่เลี้ยงดูผู้สูงอายุ มีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอยู่กับครอบครัวอย่างมีคุณภาพ ด้วยการรณรงค์ให้เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ การสร้างค่านิยมที่ดีในการอยู่ร่วมกันกับผู้สูงอายุ การให้ความรู้กับผู้สูงอายุในการดูแลตนเองและการเข้ารับบริการต่างๆ 4) มาตรการระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน มีการปรับปรุงบริการสาธารณสุขทุกระบบให้สามารถอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตและติดต่อสัมพันธ์กับสังคม กลุ่ม และบุคคล มีการจัดตั้งและพัฒนาระบบบริการสุขภาพภายในชุมชนเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้ารับบริการได้อย่างครอบคลุม มีการตั้งองค์กรภาคีเครือข่ายต่างๆที่มีอยู่ในชุมชนเข้ามาร่วมในการจัดตั้งสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ มีการเกื้อหนุนเอกชนจัดบริการด้านสุขภาพและสังคมให้กับผู้สูงอายุที่สามารถซื้อบริการได้



โดยมีการดูแลกำกับมาตรฐาน และค่าบริการให้เป็นธรรม ตลอดจนการจัดบริการด้วยแพทย์ทางเลือก การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ หอผู้ป่วยสูงอายุ และสถานบริการสุขภาพเรื้อรัง เพื่อรองรับปัญหาในผู้สูงอายุ

2.4 ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อพัฒนางานด้านผู้สูงอายุระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

ประกอบด้วย 1) มาตรการการบริหารจัดการเพื่อพัฒนางานด้านผู้สูงอายุระดับชาติ โดยคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติมีศักยภาพในการดำเนินงานทั้งในและต่างประเทศ รวมทั้งการจัดตั้งเครือข่ายบริหารและพัฒนาผู้สูงอายุในชุมชน หมู่บ้านหรือตำบล เชื่อมโยงกับคณะกรรมการในระดับชาติ 2) มาตรการส่งเสริมการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและเพียงพอ รวมทั้งมีแผนการผลิตบุคลากรด้านผู้สูงอายุอย่างสอดคล้องกับความต้องการของประเทศ

2.5 ยุทธศาสตร์ด้านการประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ

ประกอบด้วย 1) มาตรการส่งเสริมให้หน่วยงานวิจัยประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ที่จำเป็นสำหรับการกำหนดนโยบาย และการพัฒนาการบริการที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุทั้งระยะสั้นและระยะยาว 2) มาตรการสนับสนุนและส่งเสริมการศึกษาวิจัยด้านผู้สูงอายุโดยเฉพาะที่เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบาย การพัฒนาบริการ และการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเหมาะสม 3) มาตรการดำเนินการให้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติที่มีมาตรฐานต่อเนื่อง และ 4) มาตรการพัฒนาระบบข้อมูลทางด้านผู้สูงอายุให้เป็นระบบและทันสมัย

3. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ¹⁵ (Factors affecting nutritional status)

การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในร่างกายของผู้สูงอายุจะเริ่มเปลี่ยนไปในทางเสื่อม โดยมีการสลายมากกว่าการสร้าง ทำให้สมรรถภาพการทำงานของอวัยวะลดลง และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาด้านอารมณ์และสังคม ซึ่งมีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการหลายประการได้แก่

1) การทำงานของประสาททั้ง 5 ลดลง ได้แก่ การทำงานของประสาทที่เกี่ยวข้องกับการรับรส การดมกลิ่น การมองเห็น การได้ยิน และการสัมผัสลดลง การทำงานของประสาทรับรสและดมกลิ่นจะลดลงตั้งแต่อายุ 60 ปี ขึ้นไป และจะรุนแรงเมื่ออายุ 70 ปี โดยเฉพาะการรับรสหวานและรสเค็มจะมีผลก่อน ส่วนการรับรสขมและเปรี้ยวจะตามมา ดังนั้นผู้สูงอายุจะมีความไวต่อการรับรสขมและเปรี้ยวเพิ่มขึ้น และความไวต่อรับรสหวานและเค็มลดลง ผู้สูงอายุจึงชอบอาหารหวานและเค็ม

15

Mowe M, Bohmer T and Kindt E.. Reduced nutritional status in an elderly population is probable before disease and possible contributes to the development of disease. American Journal Clinical Nutrition 59; 1994 : 317-324.



2) ภาวะสุขภาพปากและฟัน มักมีปัญหาฟันผุหรือไม่มีฟัน รวมทั้งต่อมน้ำลายทำงานลดลง ทำให้เกิดภาวะการขาดน้ำลาย มีผลทำให้การบดเคี้ยวภายในปากเป็นไปได้ เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้สูงอายุบริโภคเนื้อสัตว์ และผักผลไม้ได้ลดลง¹⁶

3) การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้ลดลงมีผลทำให้ท้องผูก ระยะเวลาอาหารผ่านออกจากกระเพาะช้าลง ทำให้รับประทานอาหารลดลงเพราะรู้สึกอึด การดูดซึมอาหารลดลง มีผลทำให้ pH ในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กเพิ่มขึ้น แบคทีเรียในลำไส้เล็กมีการเจริญเติบโตมากเกินไป ทำให้การย่อยโปรตีนลดลง การดูดซึมวิตามินและเกลือแร่ก็จะลดลง

4) ประสิทธิภาพการเผาผลาญกลูโคสลดลง เนื่องจากตับอ่อนหลั่งอินซูลินลดลงและเนื้อเยื่อต่อต้านการออกฤทธิ์ของอินซูลิน ทำให้ระดับน้ำตาลเพิ่มขึ้น โดยพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดจะเพิ่มขึ้น 1.5 มก.ต่อดล. ต่ออายุที่เพิ่มขึ้นทุก 10 ปี ผู้สูงอายุจึงเป็นเบาหวานได้มาก

5) การทำงานของระบบไหลเวียนและไตลดลง ทำให้ความสามารถในการขับของเสียและการทำให้ปัสสาวะเข้มข้นลดลง รวมทั้งความรู้สึกกระหายน้ำจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเกิดภาวะขาดน้ำได้ง่าย การดื่มน้ำในปริมาณที่เหมาะสมจึงจำเป็นเพื่อการจำกัดของเสียจะเป็นไปได้

6) เนื้อเยื่อที่ปราศจากไขมันลดลง เช่น กล้ามเนื้อต่างๆ ดังนั้น โปรตีนในร่างกายจะลดลง และมีไขมันมากขึ้น มีผลทำให้การใช้พลังงานพื้นฐาน (Basal energy expenditure) ลดลง

7) เนื้อกระดูกลดลงเมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป เนื้อกระดูกจะลดลงร้อยละ 3-5 ของทุกอายุ 10 ปีที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากการไม่ออกกำลังกาย การได้รับแคลเซียมไม่เหมาะสม การเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนที่มีผลต่อการครองธาตุของแคลเซียมและวิตามินดี รวมทั้งการทำงานของไตที่ผิดปกติจะมีผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดกระดูกหักได้ง่าย

8) ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและจิตสังคมพบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านนี้มากกว่าวัยผู้ใหญ่ จะส่งผลให้กระทบต่อภาวะโภชนาการ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวจะรับประทานอาหารได้น้อยลง โดดเดี่ยว แยกตัวเองออกจากสังคม

4. อาหารสำหรับผู้สูงอายุ

4.1 อาหารหลัก 5 หมู่

ผู้สูงอายุควรบริโภคอาหารหลากหลายชนิด เพื่อให้คุณค่าทางโภชนาการครบตามที่ร่างกายต้องการโดยการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่¹⁷ ดังนี้

¹⁶ วิมล วงศ์หนู ผ่องพรรณ อรุณแสง. ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลชุมชน.วารสาร พยาบาลศาสตร์และสุขภาพ2553; 33(4): 28-37

¹⁷ เจริญ ธาณิรัตน์, 2551 การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. วารสารรามคำแหง. 25, 148-159.



หมู่ที่ 1 เนื้อสัตว์ และถั่ว ควรบริโภคชนิดที่เคี้ยวง่าย ย่อยง่าย และไขมันต่ำ เช่น ปลา ไก่ ไข่ และนำเนื้อสัตว์อื่นๆมาปรุงให้เคี้ยวง่ายขึ้น อาจสับให้ละเอียด หรือต้มให้เปื่อย ไข่บริโภคทั้งฟองได้สัปดาห์ละ 3-4 ฟอง หากมีปัญหาเรื่องไขมันในเลือดสูง ควรบริโภคเฉพาะไข่ขาวเท่านั้น ควรดื่มนมพร่องมันเนยอย่างน้อยวันละ 1 แก้ว

หมู่ที่ 2 ข้าว แป้ง น้ำตาล เผือก มัน หากบริโภคข้าวกล้องได้เป็นประจำจะมีคุณค่าทางอาหารมากกว่าข้าวขัดสี ควรงดอาหารที่ทำจากแป้งและน้ำตาล

หมู่ที่ 3 ผักใบเขียวและผักสีเหลือง ผู้สูงอายุควรบริโภคผักหลายชนิดสลับกันในปริมาณมากๆ หากไม่มีฟันบดเคี้ยวควรต้มเปื่อยหรือนึ่งให้สุก หากบริโภคเป็นผักสดได้จะยิ่งมีคุณค่าและมีกากใยอาหารมากขึ้น ช่วยให้การขับถ่ายเป็นปกติ ข้อควรระวังสำหรับการบริโภคผักสด คือ หากเคี้ยวไม่ละเอียด อาจทำให้เกิดอาหารท้องอืดท้องเฟ้อได้

หมู่ที่ 4 ผลไม้ ควรเป็นผลไม้ที่สุกหอม นุ่มนวล เคี้ยวง่าย สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ก็ไม่ควรบริโภคผลไม้ที่มีรสหวานมันจัด เช่น ทูเรียน ลำไย มะม่วงสุก ฯลฯ

หมู่ที่ 5 ไขมัน ควรลดอาหารที่มีไขมันจากเนื้อสัตว์ ควรเป็นไขมันจากพืชเท่านั้น เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำ น้ำมันข้าวโพด ควรดื่มน้ำมันสัตว์ทุกชนิด เช่น น้ำมันหมู น้ำมันไก่ น้ำมันจากมะพร้าวที่อยู่ในรูปกะทิ

4.2 หลักการบริโภคอาหาร

1) การบริโภคอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย คือ บริโภคอาหารครบ 5 หมู่ ให้น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน

2) บริโภคครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง (4-5 มื้อ) และหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดแก๊สและท้องผูก

3) ลักษณะอาหารต้องอ่อนนุ่ม เปื่อย ย่อย สะดวกต่อการเคี้ยวและย่อยง่าย

4. ควรบริโภคอาหารที่สุกใหม่ๆ

5) ไม่ควรบริโภคอาหารรสจัดหรือของหมักดอง

6) ควรบริโภคอาหารประเภท ผัก ผลไม้ เป็นประจำจะช่วยให้ท้องไม่ผูก

7) งดดื่ม ชา กาแฟ สุรา และงดสูบบุหรี่ทุกชนิด เพราะจะทำให้เกิดโทษต่อร่างกาย

8) ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอ (ประมาณ 6-8 แก้วต่อวัน) เพื่อให้ระบบขับถ่ายสะดวกขึ้น

9) ควรออกกำลังกายให้เหมาะสมกับตัวเองอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงไม่อ่อนเพลีย



4.3 อาหารที่ไม่ควรบริโภค

1) อาหารจำพวกข้าว แป้ง และน้ำตาล ควรบริโภคให้น้อยลง เพราะจะทำให้อ้วน ไม่ควรบริโภคข้าวที่ขัดสีจนขาวเกินไป และข้าวที่นำมาประกอบอาหารที่เพิ่มกะทิ และไขมัน เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ข้าวเหนียวน้ำกะทิทุเรียน ข้าวเหนียวมะม่วง ข้าวหลาม ขนมเชื่อมต่างๆ ที่ใช้น้ำตาลจำนวนมาก เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง เม็ดขนุน ข้าวเหนียวแดง กระจ่างสารท

2) อาหารจำพวกเนื้อสัตว์ ไม่ควรบริโภคเนื้อสัตว์ติดมัน หนังสัตว์ต่างๆ เนื้อสัตว์ที่ย่อยยาก เช่น หนังไก่ทอด ขาหมู หมูสามชั้น ไช้แดง

3) อาหารจำพวกไขมันสูงที่ผู้สูงอายุไม่ควรบริโภค ได้แก่ น้ำมันหมู น้ำมันจากไก่ น้ำมันมะพร้าว และน้ำมันปาล์ม ของทอดต่างๆ เช่น ก๋วยเตี๋ยวทอด ปาท่องโก๋ อาหารชุบแป้งทอด อาหารและขนมใส่กะทิ เช่น แกงเผ็ด ก๋วยเตี๋ยวชี่

4) ผลไม้ที่มีรสหวานจัดเช่น ทุเรียน มะม่วงสุก ละมุด กัลยารวม ลำไย น้อยหน่า ขนุน

4.4 แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร¹⁸

การจัดการเรื่องอาหารให้เหมาะสมและมีประโยชน์ต้องทำในทุกช่วงของชีวิต แต่การหันมาเริ่มต้นจัดการอาหารในช่วงสูงอายุก็น่าสนใจไม่น้อยว่าสายเกินไป การปรับเปลี่ยนรูปแบบการรับประทานอาหารซึ่งเคยชินมาเป็นเวลานาน นับว่าไม่ใช่เรื่องง่าย ดังนั้นการค่อยๆปรับเปลี่ยนไปที่ละขั้นโดยใช้เวลาระยะหนึ่ง อาจเป็นอีกหนทางหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุปรับตัวเข้าสู่การรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับสภาวะได้ ด้วยวิธี บันได 8 ขั้นสู่อาหารเพื่อสุขภาพ ใช้เวลาปรับตัวขั้นละ 1 สัปดาห์ เมื่อครบกำหนดในเวลา 8 สัปดาห์ ผู้สูงอายุจะสามารถปรับเข้าสู่รูปแบบการรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุได้โดยสมบูรณ์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1: ดื่มน้ำให้เพียงพอ น้ำเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของร่างกาย ผู้สูงอายุจะมีการสูญเสียน้ำออกทางผิวหนังมากกว่าคนทั่วไป จากการศึกษาพบว่าประมาณ 10% ของผู้สูงอายุจะมีการดื่มน้ำไม่เพียงพอ สูตรการดื่มน้ำสำหรับผู้สูงอายุคือ “8X8” หมายถึง การดื่มน้ำวันละ 8 แก้ว แก้วละ 8 ออนซ์ (1 ออนซ์ คือ 30 มิลลิลิตร) ด้วยการเพิ่มปริมาณการดื่มน้ำในแต่ละวันให้มากขึ้นเรื่อยๆ จนครบถึง 8 แก้วต่อวันเมื่อครบถึงวันที่ 7 และให้คงไว้เช่นนี้ตลอดไป น้ำที่ใช้ควรวีตเป็นน้ำเปล่าเป็นหลัก อาจสลับด้วย น้ำอื่นๆ บ้างก็ได้ เพื่อเพิ่มรสชาติของการดื่มน้ำ เช่น น้ำผลไม้ น้ำผัก น้ำสมุนไพร ชา ชุป นมพร่องไขมัน กาแฟ แต่สำหรับผู้ที่มีอาการกำลังกายมากๆต้องเพิ่มน้ำให้มากขึ้นไปอีก เพื่อทดแทนส่วนที่สูญเสียไปให้เพียงพอ

¹⁸ คณะกรรมการกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุและผู้พิการ สภาผู้แทนราษฎร, กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2554, หน้า 40-46



สัปดาห์ที่ 2: สร้างพลังด้วยธัญพืช ธัญพืช มีส่วนประกอบสำคัญ คือ แป้ง น้ำตาล และเส้นใยอาหาร เป็นแหล่งพลังงานสำคัญสำหรับการใช้ชีวิตประจำวัน เส้นใยอาหารของธัญพืช ยังช่วยปรับการทำงานของทางเดินอาหารให้เข้าที่ ป้องกันท้องผูก และเชื่อว่าช่วยป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง โดยเฉพาะมะเร็งลำไส้ใหญ่ เพื่อที่จะให้ได้เส้นใยอาหารมากพอ ควรรับประทานธัญพืชที่ไม่ผ่านการขัดสี คือ ข้าวกล้อง ข้าวโอ๊ต ข้าวฟ่าง ข้าวโพด วิธีการ คือ เพิ่มธัญพืชในอาหารประจำวัน หรือใช้ทดแทนอาหารอื่นจนได้ถึง 6 ชุดต่อวัน ก่อนสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 2 โดยอาจจะรับประทานมื้อละ 1 ชุด หรือมากกว่าก็ได้ แล้วแต่ว่าเราจะรับประทานอาหารวันละกี่มื้อ (1 ชุดของอาหารธัญพืช คือ ข้าวกล้องครึ่งถ้วย หรือขนมปังโฮลวีท 1 แผ่น) และควรสลับชนิดของธัญพืชให้ต่างกันไปในแต่ละมื้อ และแต่ละวัน เพื่อได้สารอาหารครบถ้วนและไม่จำเจ

สัปดาห์ที่ 3: หยุดเวลาด้วยผักและผลไม้ ผักและผลไม้ เป็นอาหารอันอุดมไปด้วยวิตามินและเกลือแร่ ช่วยต้านอนุมูลอิสระ ชะลอการเสื่อมของเซลล์ต่างๆ ที่ร่างกาย ผักและผลไม้จึงเป็นคำตอบที่สำคัญสำหรับการชะลอความชราและป้องกันโรคภัยต่างๆ ที่เป็นผลมาจากการเสื่อม (Degeneration diseases) ทั้งหลายในผู้สูงอายุ ช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกันในการต่อสู้กับโรคทั้งหลายในผู้สูงอายุ ช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกันในการต่อสู้กับเชื้อโรคทั้งหลาย นอกจากนี้สารไฟโตเคมีคัล ในผักผลไม้ยังช่วยต้านมะเร็งได้ด้วย วิธีการ คือ เพิ่มผักและผลไม้ในอาหารประจำวันจนได้ถึงวันละ 6 ชุด (1 ชุด คือน้ำผลไม้ 1 ถ้วย ผลไม้สด 1 ถ้วย ผลไม้แห้ง 1/4 ถ้วย ผักสด 1 ถ้วย หรือผักที่หั่นหรือบดแล้วครึ่งถ้วย) ทั้งนี้ควรรับประทานผักและผลไม้ให้หลากหลายชนิด ควรเลือกรับประทานผักสด หรือผักที่สุกเพียงเล็กน้อย เพื่อไม่ให้สูญเสียสารอาหารสำคัญ ถ้าจะต้มน้ำผักหรือผลไม้ควรให้มีกากอยู่ด้วย กรณีผู้สูงอายุมีปัญหาของการใช้ฟันบดเคี้ยว อาจจะหั่น บด หรือปั่นผักผลไม้เพื่อให้ง่ายต่อการรับประทาน

สัปดาห์ที่ 4: เพิ่มความแข็งแรงด้วยอาหารที่มีแคลเซียมสูง หลังจากที่เรามีอาหารหลักประจำวันเป็นน้ำ ธัญพืช ผักและผลไม้แล้ว สัปดาห์ที่ 4 จึงเป็นช่วงที่ผู้สูงอายุควรได้รับอาหารกลุ่มที่มีแคลเซียมสูง วันละ 3 ชุด โดย (1 ชุด อาจเป็น นมถั่วเหลือง นมวัว หรือโยเกิร์ต 1 แก้ว หรือ 8 ออนซ์) ผู้สูงอายุที่ดื่มน้ำวู่วเป็นประจำอยู่แล้วควรเลือกไขมันต่ำหรือนมไร้ไขมัน จะเป็นผลดีต่อร่างกายมากกว่า นอกจากนี้ เพื่อให้แคลเซียมสามารถถูกดูดซึมได้ดียิ่งขึ้น ผู้สูงอายุควรบริหารร่างกายเป็นประจำ และรับแสงแดดอ่อนๆ ซึ่งมีวิตามินดี ในช่วงเวลาเช้านี้ก่อน 9.00 น. และช่วงเย็นหลังเวลา 17.00 น.

สัปดาห์ที่ 5: กินถั่วเพื่อชีวิตที่ยืนยาว เมล็ดถั่วทั้งหลายนอกจากจะมีรสชาติที่อร่อยแล้ว ยังอุดมไปด้วยคาร์โบไฮเดรต โปรตีน เส้นใยอาหาร แร่ธาตุ และวิตามิน สามารถช่วยลดระดับไขมัน และน้ำตาลในเลือดได้ นอกจากนี้ถั่วเหลืองยังมีฮอร์โมนเอสโตรเจนซึ่งมีประโยชน์ต่อสตรีด้วย อาหารกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ร่างกายไม่ต้องการเป็นจำนวนมากนักในแต่ละวัน ดังนั้นรับประทานให้ได้เพียงวันละ 1 ชุด ก็มีประโยชน์เพียงพอต่อสุขภาพแล้ว (1 ชุด ของอาหารจากถั่ว อาจเป็นถั่วครึ่งถ้วยหรือเต้าหู้ครึ่งถ้วย) ทั้งนี้ไม่ควรเลือกใช้เต้าหู้หรือถั่วจากการทอดขายทั่วไป



สัปดาห์ที่ 6: กินปลาเพื่อหัวใจที่แข็งแรง ข้อเด่นของอาหารเนื้อปลา ก็คือ มีไขมันชนิดไม่อิ่มตัว (PUFA: Polyunsaturated fatty acid) ซึ่งช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ในเลือด ช่วยป้องกันและรักษาโรคความดันสูง เส้นเลือดแดงเสื่อมสภาพ โรคเส้นเลือดในสมองตีบ ซึ่งเป็นโรคที่พบมากขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุสำหรับผู้สูงอายุควรรับประทานปลาอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยผู้สูงอายุไทยอาจเน้นการรับประทานปลาทู และใช้เนื้อปลาทดแทนเนื้อสัตว์ชนิดอื่น และรับประทานให้เป็นประจำ

สัปดาห์ที่ 7: ควบคุมปริมาณเนื้อสัตว์ เนื้อสัตว์ แม้จะอุดมไปด้วยโปรตีน แร่ธาตุ และวิตามิน แต่ก็มีโคเลสเตอรอล และไขมันอิ่มตัวสูง ซึ่งเป็นอันตรายต่อเส้นเลือด โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงควรควบคุมการรับประทานเนื้อสัตว์ให้เหลือน้อยที่สุด หากไม่สามารถเลิกได้เลย ควรควบคุมไม่ให้เกินเดือนละ 2 ครั้ง โดยทานครั้งละไม่เกิน 3 ออนซ์ หากอยากทานเนื้อสัตว์มากจริงๆ ให้พยายามด้วยเนื้อปลาตามที่แนะนำไว้ในสัปดาห์ที่ 6

สัปดาห์ที่ 8: ลดหรืองดขนมหวานและของขบเคี้ยว ขนมหวานรวมทั้งของขบเคี้ยว (Snacks) ที่ผลิตใส่ถุงขายกันเป็นจำนวนมาก นับว่าเป็นอาหารอันตรายสำหรับผู้สูงอายุ เพราะมีส่วนประกอบที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกายน้อย มีน้ำตาลและไขมันสูง จึงเป็นอาหารที่ไม่ควรรับประทาน ใช้โอกาสในสัปดาห์ที่ 8 นี้ เลิกทานขนมหวานและของขบเคี้ยวลักษณะนี้ แต่หากยังติดใจในความอร่อย ก็พยายามทานให้น้อยที่สุด โดยเลือกชนิดที่มีน้ำตาลต่ำ ไขมันต่ำ และพยายามเลิกทานให้ได้ในที่สุด

เมื่อครบ 8 สัปดาห์ ก็จะได้อุปนิสัยใหม่ในการรับประทานอาหารที่มีผลดีต่อสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ น้ำวันละ 8 แก้ว ธัญพืชวันละ 6 ถ้วย ผักผลไม้วันละ 6 ถ้วย อาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น นมถั่วเหลืองวันละ 3 แก้ว ถั่วหรือผลิตภัณฑ์จากถั่ววันละครึ่งถ้วย อาหารเนื้อปลาสัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยสลับชนิดและรูปแบบเพื่อไม่ให้รู้สึกเบื่อ ผู้สูงอายุจึงยังคงมีความสุขได้เสมอกับรสชาติของอาหารที่หลากหลาย ควบคู่ไปกับได้รับสุขภาพดีจากอาหารที่ดีมีคุณภาพประโยชน์

5. การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวเป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแล อาจเป็นบุคลากรวิชาชีพทางด้านสุขภาพ สวัสดิการและอื่นๆ หรือประชาชนทั่วไป ทั้งครอบครัว เพื่อน และเพื่อนบ้าน ด้วยการบริหารจัดการ/การปฏิบัติอย่างเป็นระบบ ต่อบุคคลที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ให้สามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activity of daily Living: ADL) และอยู่ในสังคมได้โดยมีคุณภาพชีวิตดี ที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยคำนึงถึงความเป็นตัวของตัวเอง ความเป็นอิสระ และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์¹⁹

¹⁹ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2554



กรมอนามัย ดำเนินการให้มีการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในบริบท ของ การเน้นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระยะยาว เป็นการให้บริการที่ครอบคลุมด้านสุขภาพ ด้านจิตวิทยา สังคม การดูแลช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน และกิจวัตรประจำวัน และเป็นการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตาม ศักยภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม²⁰ นั่นก็คือ

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 (เรามีชื่อเล่นว่า กลุ่มติดสังคม) มีสุขภาพดี และอยู่ตามลำพังได้ มีการ จัดบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และจรรโลงภาวะสุขภาพดี ให้คงอยู่ได้ตามอายุ โดยอิสระ

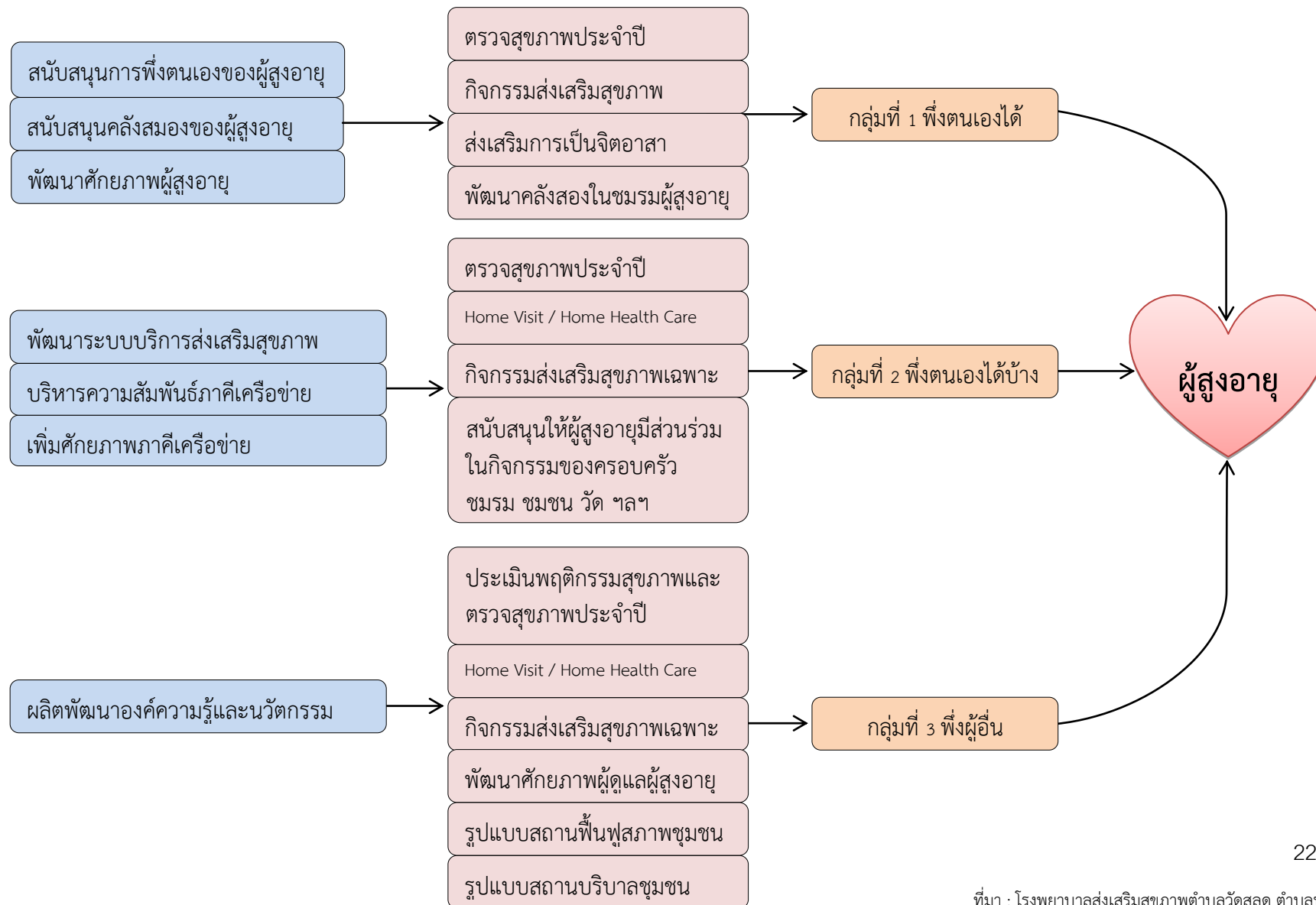
ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 (มีชื่อเล่นว่า กลุ่มติดบ้าน) ต้องการผู้ช่วยเหลือ หรือผู้ดูแลในชีวิตประจำวัน และการเฝ้าระวังทางสุขภาพ

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 (มีชื่อเล่นว่า กลุ่มติดเตียง) ต้องการการดูแลระยะยาวด้านการแพทย์ เวช ปฏิบัติ ฟันฟู รักษาพยาบาล และสวัสดิการสังคม

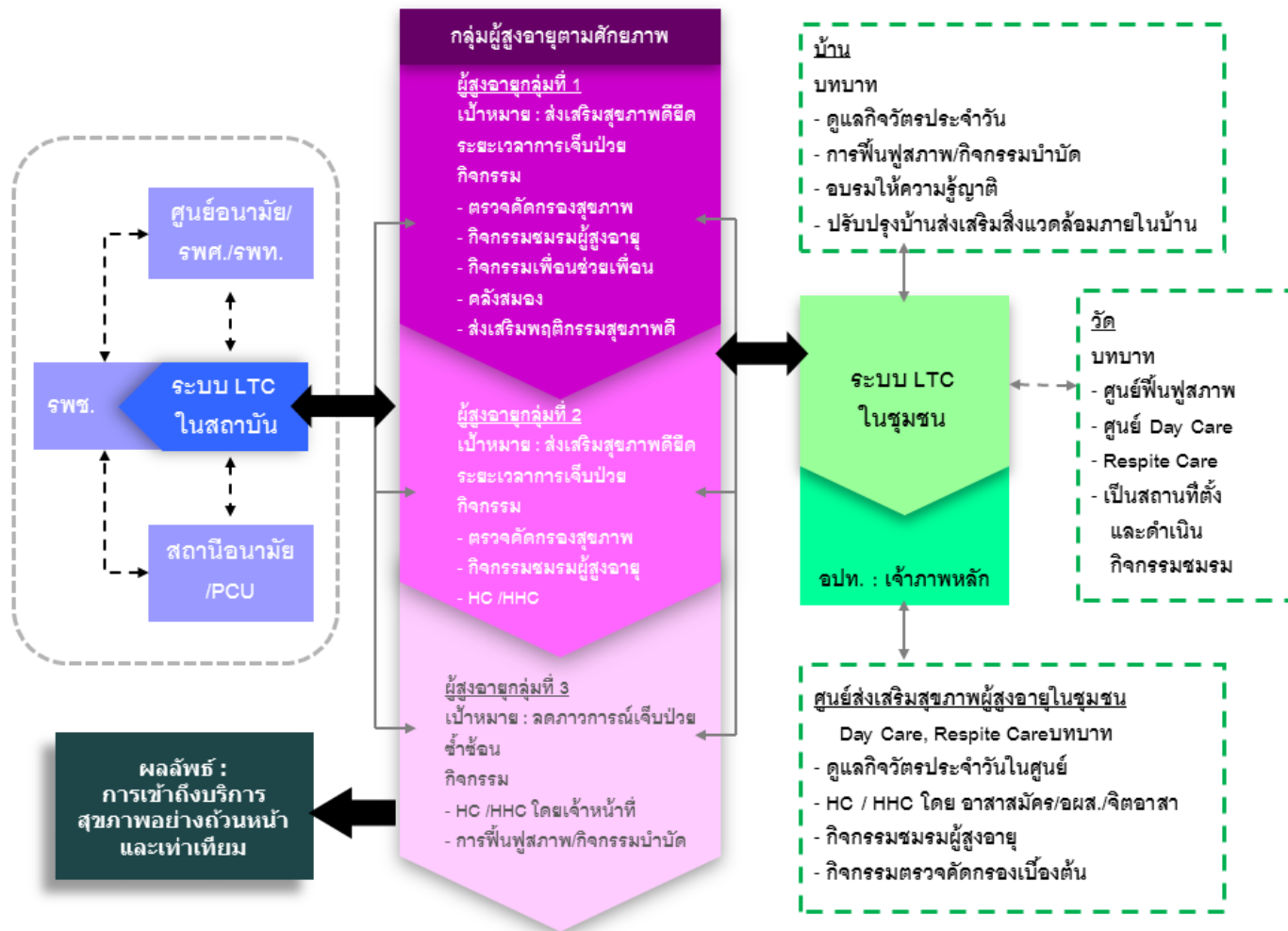
²⁰ นนทลี วีรัชย์. (2554). การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก <https://www.gotoknow.org/posts/444506>, สืบค้นเมื่อ วันที่ 14 พฤษภาคม 2558.



ภาพที่ 2-1 แนวคิดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)



ภาพที่ 2-2 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)



ที่มา : กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย



ภาพที่ 2-3 กลวิธีการดูแลผู้สูงอายุ



ที่มา : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดสลอด ตำบลบางแก้ว, 2557



ภาพที่ 2-4 การบูรณาการภาคีหลัก 3 ภาคี เพื่อการจัดการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน



ที่มา : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตาบลดอนชมพู, 2555



6. ชุมชนเข้มแข็ง

การเกื้อหนุนให้ภาคสังคมหรือภาคประชาชนมีความเข้มแข็ง และเกิดคุณภาพทางสังคม ที่เรียกว่า "สังคมคุณภาพ" ซึ่งต้องมีการพัฒนาให้เกิดความเข้มแข็งที่ชุมชน โดย "ชุมชน" ในที่นี้หมายถึง การที่ประชาชนจำนวนหนึ่งมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน มีอุดมคติ หรือความเชื่อบางเรื่องเหมือนกัน มีการติดต่อสื่อสาร รวมกลุ่มกัน เกิดความเอื้ออาทร มีมิตรภาพ เรียนรู้ร่วมกันเพื่อการปฏิบัติบางสิ่งบางอย่าง และมีระบบสำหรับจัดการตนเองในระดับกลุ่ม ชุมชนจะเข้มแข็งได้ต้องเกิดจากความร่วมมือและการทำงานของภาคสังคมต่างๆ ร่วมกันมีทั้งภาครัฐและภาคธุรกิจเอกชนด้วย "สังคมคุณภาพ" ซึ่งเกิดได้ด้วยกระบวนการรักทอความรักความจริงใจและความเอื้ออาทรของคนในสังคม ทั้งในแนวดิ่ง ตามโครงสร้างอำนาจ และแนวราบ ตามในการร่วมคิดความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างพันธมิตร เพื่อน และเครือข่าย²¹

6.1 องค์ประกอบของชุมชนเข้มแข็ง²²

- 1) บุคคลหลากหลายที่รวมตัวกันเป็นองค์กรชุมชนอย่างเป็นทางการหรือไม่ก็ตาม
- 2) มีเป้าหมายร่วมกันและยึดโยงเกาะเกี่ยวกันด้วยประโยชน์สาธารณะและของสมาชิก
- 3) มีจิตสำนึกของการพึ่งตนเอง รักษาเอื้ออาทรต่อกัน และมีความรักท้องถิ่น รักชุมชน
- 4) มีอิสระในการคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมลงมือทำและการร่วมรับผิดชอบ
- 5) มีการระดมสรรพกำลังและทุนทางสังคมและทรัพยากรในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ
- 6) มีการเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย เกิดการเรียนรู้และติดต่อสื่อสารกันหลากหลายรูปแบบ ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ตลอดจนมีระบบการจัดการและบริหารกลุ่มที่ดีหลากหลาย
- 7) มีการจัดกิจกรรมส่วนรวมของชุมชนอย่างต่อเนื่อง
- 8) มีการพัฒนาผู้นำการเปลี่ยนแปลงของชุมชนเพื่อทดแทนและสืบทอดกันตลอดไป

6.2 ลักษณะของชุมชนเข้มแข็ง

ชุมชนเข้มแข็งมีลักษณะสำคัญ²³ 4 ประการ ดังนี้

- 1) เป็นชุมชนเรียนรู้ (learning organization) คือ ชุมชนจะตื่นตัวอยู่ตลอดเวลาต่อความเป็นไปของโลก รู้ข่าวคราวทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคมและการเมืองของประเทศ รวมทั้งการเพิ่มพูนความรู้บางด้านที่จำเป็น เช่น ด้านอาชีพ ด้านการเมือง การปกครอง ให้กับชุมชนอย่างครอบคลุม
- 2) เป็น

²¹ ประเวศ วะสี, 2556

²² นพดล เหล่ากอ, 2549

²³ สัญญา สัญญาวิวัฒน์, 2541



ชุมชนที่รู้จักจัดการตนเอง (community management) คือ เป็นชุมชนที่มีความสามารถในการจัดการตนเองได้ ด้วยกิจกรรมสำคัญ 4 ประการ คือ

(1) การวางแผน ชุมชนจะต้องจัดทำโครงการ (Project) ที่ระบุว่า ชุมชนจะทำอะไร (what) ใครจะเป็นคนทำ (who) สถานที่จัดทำ (where) ทำเมื่อไร (when) และทำอย่างไร (how)

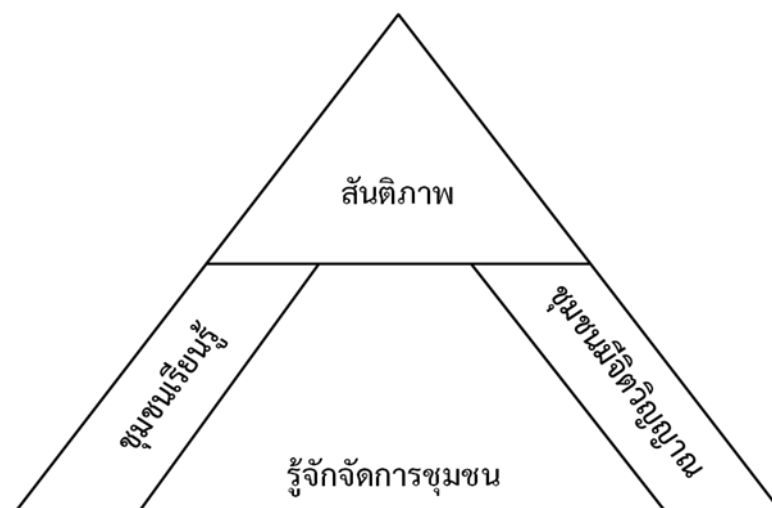
(2) การจัดกระบวน (organizing) ได้แก่ การเตรียมคน วัสดุ เงิน ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับคน จะต้องมีการวางแผนอย่างละเอียดและ มีการฝึกทักษะที่จำเป็นให้เรียบร้อย

(3) การดำเนินการตามแผน (implementing) คือปฏิบัติตามเป็นขั้นตอนจนกว่าจะเสร็จ

(4) การประเมิน (evaluating) มีแผนกำกับงาน (monitoring) ควบคู่กันไปกับการดำเนินงาน เพื่อให้มั่นใจว่างานเริ่มและดำเนินการตามเป้าหมาย

3) เป็นชุมชนที่มีจิตวิญญาณ (spirituality) จิตวิญญาณของชุมชนอาจแสดงถึงสมาชิกที่ผูกพันกับชุมชน ทำงานเพื่อชุมชน เสียสละ รู้สึกเป็นเจ้าของ หวงแหนชุมชน มีสิ่งที่มีสมาชิกจะยึดเหนี่ยวไว้ร่วมกัน เช่น สถานที่ วัด พระ บรรพบุรุษ สุสาน ตระกูล ความทรงจำชีวิตในวัยเยาว์ เมื่อรวมกันหลายๆ อย่าง จะทำให้ชุมชนมีชีวิตจิตใจเหมือนสิ่งมีชีวิตอย่างหนึ่ง

4) เป็นชุมชนที่มีสันติภาพ (peaceful) ในขณะที่คนพัฒนาที่มีความสันติสุข ชุมชนมีสันติภาพ อันหมายถึงภาพรวมของคนมีสันติสุข ในขณะที่สันติสุขเป็นยอดของคุณภาพ และคุณธรรม หรือเป็นศูนย์รวมของคนมีคุณภาพและคุณธรรม ดังภาพที่ 2-5 ลักษณะชุมชนพัฒนา



ภาพที่ 2-5 ลักษณะชุมชนพัฒนา (ที่มา สัจญา สัจญาวิวัฒน์, 2541)

นอกจากนี้ ศ.นพ.ประเวศ วะสี (2549) ยังได้เสนอแนวทางในการพัฒนาชุมชนให้เป็นชุมชนเข้มแข็งอย่างเต็มรูปแบบ คือ

1. เอาพื้นที่เป็นตัวตั้ง คือ การทำชุมชนเข้มแข็งให้เต็มทุกอำเภอ ทุกจังหวัด โดยเอาจังหวัดเป็นตัวตั้ง และดึงองค์กรต่างๆในจังหวัดให้เข้ามามีส่วนร่วม ในเริ่มแรกอาจจะไม่ครบทุกจังหวัด แต่ให้ค่อยๆ



เรียนรู้ ค่อยๆปรับปรุง และขยายพื้นที่ออกไป ในที่สุดก็จะครบทุกจังหวัด ครบทุกภาคส่วน จังหวัดทั้งจังหวัดจะเป็นมหาวิทยาลัยชีวิตแห่งการเรียนรู้ร่วมกันของคนทั้งจังหวัดในการปฏิบัติ และเกิดการพัฒนาอย่างบูรณาการ

2. ทำแผนที่ในแต่ละจังหวัด ว่ามีอะไรอยู่บ้าง มีเครือข่ายอะไรบ้าง มีทรัพยากรบุคคลเป็นใครบ้าง สามารถประสานงาน หรือจัดการความรู้อะไรได้บ้าง มีความรู้อะไรในชุมชนอยู่บ้าง เพราะสิ่งเหล่านี้มหาวิทยาลัยไม่รู้ ความรู้บางอย่างนักวิชาการไม่รู้ แต่ชาวบ้านรู้ และมักจะใช้ได้ผลดี วิธีการทำคือ ต้องมีคณะทำงานที่เรียกว่า คณะทำงานส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชนในจังหวัด การที่รู้และทำระบบฐานข้อมูลในจังหวัดเป็นแผนที่ศักยภาพในจังหวัด จะสามารถเห็นได้ว่าในจังหวัดมีอะไรดี ทำให้เกิดการเชื่อมโยง เกิดเครือข่ายการเรียนรู้ขึ้น

3. การส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ขยายเครือข่าย ส่งเสริมการดูงานขยายเครือข่าย

4. การพัฒนานโยบาย ว่าทำอะไรจึงจะสนับสนุนชุมชนเข้มแข็งให้มากขึ้น โดยจะต้องทำเป็น 2 ระดับ คือ ระดับจังหวัดและระดับชาติ แม้ว่าระดับส่วนกลางจะยังไม่ต้องดำเนินการใดๆ แต่ถ้ากลไกของรัฐในระดับจังหวัดเข้าใจ ก็จะสามารถดำเนินการได้ในหลายๆเรื่อง ควรมีการจัดเวทีนโยบายเข้มแข็งระดับจังหวัด โดยอาศัยคณะทำงานชุมชนเข้มแข็งเป็นผู้ประสานงาน และควรจัดโดยการเข้าไปสัมผัสกับพื้นที่จริง และควรเปิดใจซึ่งกันและกันเพื่อรับฟังความคิดเห็นจากผู้อื่น

5. ควรมีเวทีนโยบายส่งเสริมชุมชนเข้มแข็งในส่วนกลาง ทำงานเชื่อมกับจังหวัด ส่งเสริมชุมชนเข้มแข็งเพื่อพัฒนานโยบายกับจังหวัด ทั้งหมดนี้ควรจะนำมาเชื่อมโยงกันเป็นองค์กรชุมชนเข้มแข็ง และให้ประชุมอย่างต่อเนื่อง เพราะหากไม่ต่อเนื่องก็จะทำให้ขาดพลังและขาดความต่อเนื่องในการติดตามงาน

7. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ²⁴

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำเป็นต้องเริ่มตั้งแต่ผู้ที่จะปรับเปลี่ยนสุขภาพด้วยการสร้างความตระหนักจากภายในตนเองก่อน จนรู้สึกอยากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยบุคคลนั้นต้องรับรู้ความสามารถของตนเองว่า ตนเองจะมีความอดทน มุมานะ ไม่ท้อถอย รวมทั้งมีการตั้งเป้าหมาย วางแผน และกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง นอกจากนี้ด้านครอบครัวและชุมชนก็มีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ ด้วยการใช้ข้อมูลปัญหาของชุมชนเป็นฐาน เพราะเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยเสริมแรงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องอย่างยั่งยืน เน้นให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ร่วมในการให้/รับรู้ข้อมูลข่าวสาร หรือรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชน ร่วมคิด วางแผน หารูปแบบแนวทาง วิธีการ/กิจกรรมในการดำเนินงานส่งเสริมให้เกิดการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ร่วมตัดสินใจสรุปความคิดเห็น กำหนดวิธีการจัดกิจกรรม การใช้ทรัพยากร ร่วมทำ ร่วมดำเนินการ ร่วมจัดกิจกรรม

²⁴ กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556



ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในโครงการของชุมชนตามขีดความสามารถของตนเอง ของกลุ่ม ของชุมชน ร่วมตรวจสอบหรือร่วมติดตาม ประเมินผลการจัดกิจกรรมในการดำเนินงาน

การที่จะให้ชุมชนมีส่วนร่วม และมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน จำเป็นที่จะต้องอาศัยแกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับชุมชน โดยแกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับชุมชนจะต้องเป็นบุคคลที่สามารถจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน โดยการใช้กลยุทธ์และวิธีการต่างๆได้เหมาะสมตามความต้องการของชุมชน

การค้นหาแกนนำเป็นขั้นตอนสำคัญ สามารถพิจารณาคุณสมบัติโดยทั่วไปของแกนนำอย่างคร่าว ๆ เช่น เป็นผู้กว้างขวาง เป็นที่รู้จักโดยทั่วไป มีภาพลักษณ์ที่ดี ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ สนใจใฝ่รู้อยู่เสมอ ตามทันข้อมูลข่าวสาร คิดพัฒนาอย่างต่อเนื่องและมีความคิดที่เป็นระบบ เป็นต้น หรืออาจจะเป็นบุคคลในชุมชนที่มีศักยภาพในการประสานความร่วมมือระหว่างคนในชุมชน เป็นที่เคารพนับถือ หรืออาจจะมีหน้าที่ได้รับการแต่งตั้งอย่างเป็นทางการ มีตำแหน่ง หน้าที่ความรับผิดชอบตามกฎหมายในการดูแลความทุกข์สุขของประชาชนในพื้นที่ สำหรับจำนวนแกนนำที่เหมาะสมนั้นขึ้นอยู่กับสภาพของชุมชนแต่ละแห่ง โดย 5 ภารกิจหลักของแกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับชุมชนในการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชน ได้แก่

1) การสร้างทีมงาน

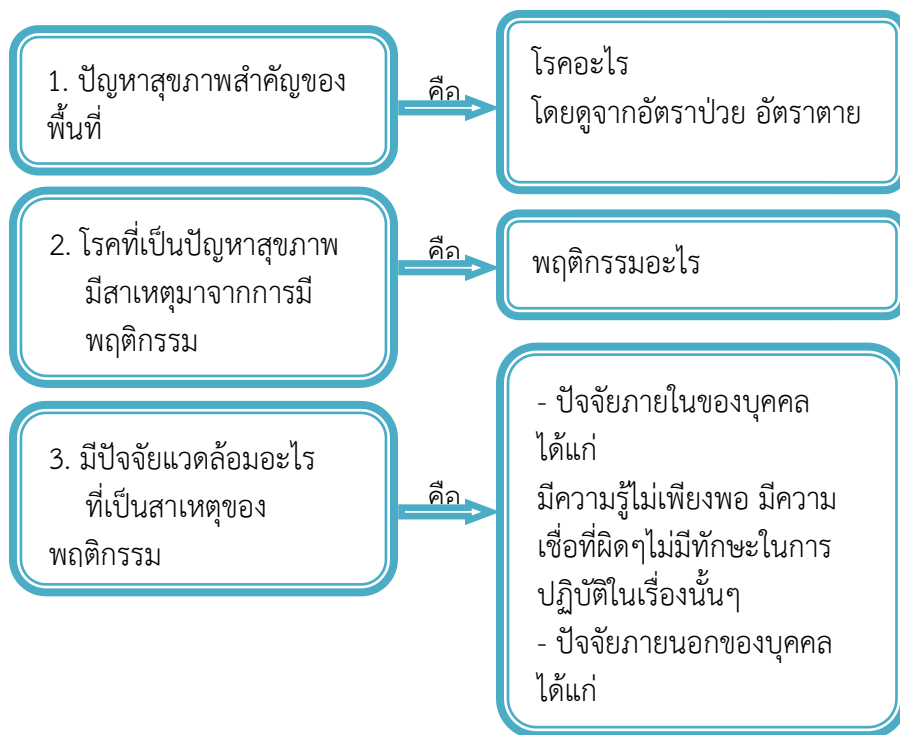
การจัดตั้งทีมในการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน โดยมีแกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับชุมชน เป็นแกนนำหลักในการขับเคลื่อน และร่วมดำเนินการในพื้นที่ ทั้งนี้จะต้องเป็นทีมที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ในระดับท้องถิ่น (ทั้งในและนอกชุมชน) ซึ่งโดยทั่วไปในระดับท้องถิ่น ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานด้านสุขภาพ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เกษตรอำเภอ/ตำบล สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล นักพัฒนากร อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และแกนนำชุมชน ฯลฯ โดยผลประโยชน์ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วน คือ ทำให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ข้อคิดเห็น รับฟังปัญหา/ความจำเป็น และหาวิธีการแก้ไขปัญหาต่างๆ ร่วมกัน เพื่อให้เกิดการทำงานที่เน้นความต้องการของพื้นที่เป็นหลัก รวมทั้งให้ได้แนวทางในการทำงานที่เหมาะสม เกิดการระดมสรรพกำลังและแบ่งปันทรัพยากร เกิดการประสานงาน การขับเคลื่อนกิจกรรมทุกกิจกรรมในชุมชน และช่วยให้เกิดการเสริมสร้างทักษะ ความรู้ใหม่ๆ จากการประสานเทคโนโลยีสมัยใหม่กับภูมิปัญญาท้องถิ่นเข้าด้วยกัน

2) การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชน

ในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชน จะต้องใช้ข้อมูลของชุมชน ได้แก่ ข้อมูลสถานะสุขภาพ/ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ ข้อมูลปัจจัยที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยน



พฤติกรรมสุขภาพ เช่น ลานกีฬา แหล่งน้ำ แหล่งปลูกผัก แหล่งเรียนรู้ด้านสุขภาพ สื่อ/ช่องทางการสื่อสารสุขภาพ ข้อมูลองค์กรในชุมชน เช่น อสม. ผู้นำด้านสุขภาพ ชมรม/กลุ่มต่างๆ ข้อมูลความต้องการของประชาชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น การเก็บรวบรวมข้อมูลของชุมชนทำได้หลายวิธี ได้แก่ การประชุมกลุ่ม การสังเกต แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ เมื่อได้ข้อมูลจะต้องทำการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการจัดทำแผนและจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังภาพที่ 6 การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชน



ภาพที่ 2-6 การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของชุมชน (ที่มา กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

3) จัดทำแผนงาน/โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ทีมในการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชนจะต้องร่วมกันจัดทำแผนงาน/โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน เพื่อการแก้ปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของชุมชน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน

4) จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ



ดำเนินการจัดกิจกรรมตามแผนงาน/โครงการ เพื่อให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยมีการจัดกิจกรรมและจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้เกิดปัจจัยภายในของบุคคล อาทิ กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในรูปแบบที่หลากหลาย เพื่อให้เกิดการสื่อสารแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคคล และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งการจัดกิจกรรมออกกำลังกาย จัดโปรแกรมด้านสุขภาพ เช่น โปรแกรมลดพุง งดบุหรี่ สุรา ลดหวาน มัน เค็ม เพื่อให้ประชาชนได้ฝึกปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของตนเอง และการจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้เกิดปัจจัยภายนอกของบุคคล เช่น ถ้าในแผนงาน/โครงการมีเป้าหมายให้ประชาชนมีพฤติกรรมออกกำลังกาย บริโภคผักและผลไม้ การจัดปัจจัยที่เอื้อต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องที่สำคัญได้แก่ จัดหาสื่อ/ช่องทางสื่อสารสุขภาพที่ทันสมัย เข้าถึงได้ง่าย ตลอดเวลา มีสถานที่ในการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งอาจเป็นที่ศาลาประชาคมในชุมชน เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงแหล่งความรู้ มีลานกีฬา/สถานที่สำหรับออกกำลังกาย มีแหล่งปลูกผักรวมของหมู่บ้าน ซึ่งอาจเป็นที่วัดหรือโรงเรียนหรืออบต. ฯลฯ

5) การประเมินผล

การประเมินผลการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน เพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนา ควรมีการประเมิน 3 ระยะ คือ ประเมินก่อนเริ่มดำเนินการ ประเมินระหว่างดำเนินการและประเมินหลังสิ้นสุดการดำเนินงาน ซึ่งจะต้องมีการประเมินผล 4 ด้านหลักๆ ได้แก่

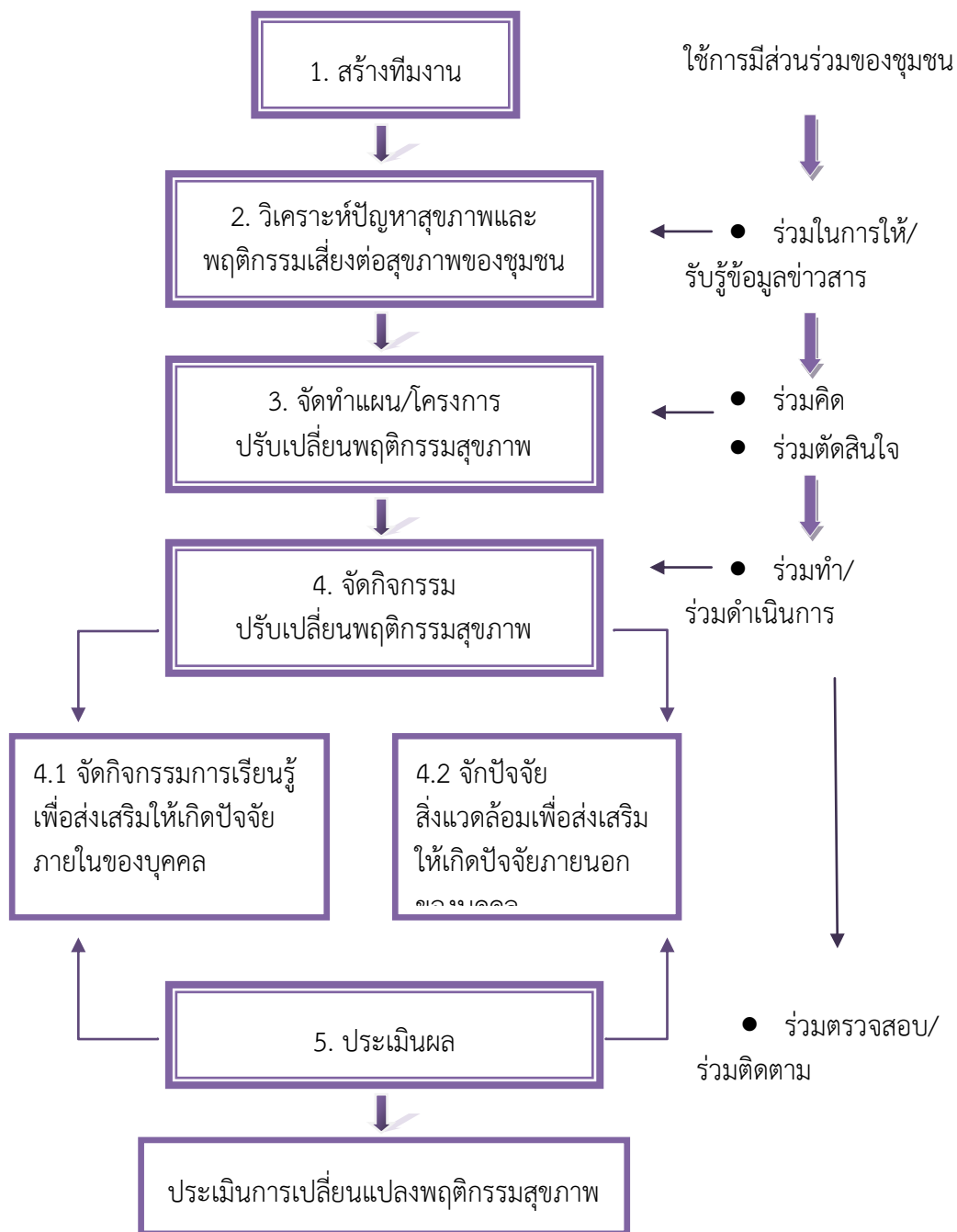
(1) ประเมินการบริหารจัดการการพัฒนาชุมชน ได้แก่ การประเมินว่ามีผู้รับผิดชอบในการดำเนินงานหรือไม่ มีแผนงาน/โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนหรือเปล่า มีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้าง และมีอะไรเป็นสาเหตุของปัญหาเหล่านั้น

(2) ประเมินการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยการประเมินว่า มีการจัดกิจกรรมครบตามแผนหรือไม่ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของประชาชนเป็นอย่างไร

(3) ประเมินผลที่เกิดขึ้นกับชุมชน โดยการประเมินว่ามีอะไรเกิดขึ้นกับชุมชน มีการจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหรือไม่ เช่น ในแผนกำหนดไว้ว่า ในชุมชนต้องมีลานกีฬา/สถานที่สำหรับออกกำลังกาย เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายให้กับคนในชุมชน ในขั้นการประเมินต้องประเมินว่าได้จัดทำสิ่งเหล่านี้หรือไม่

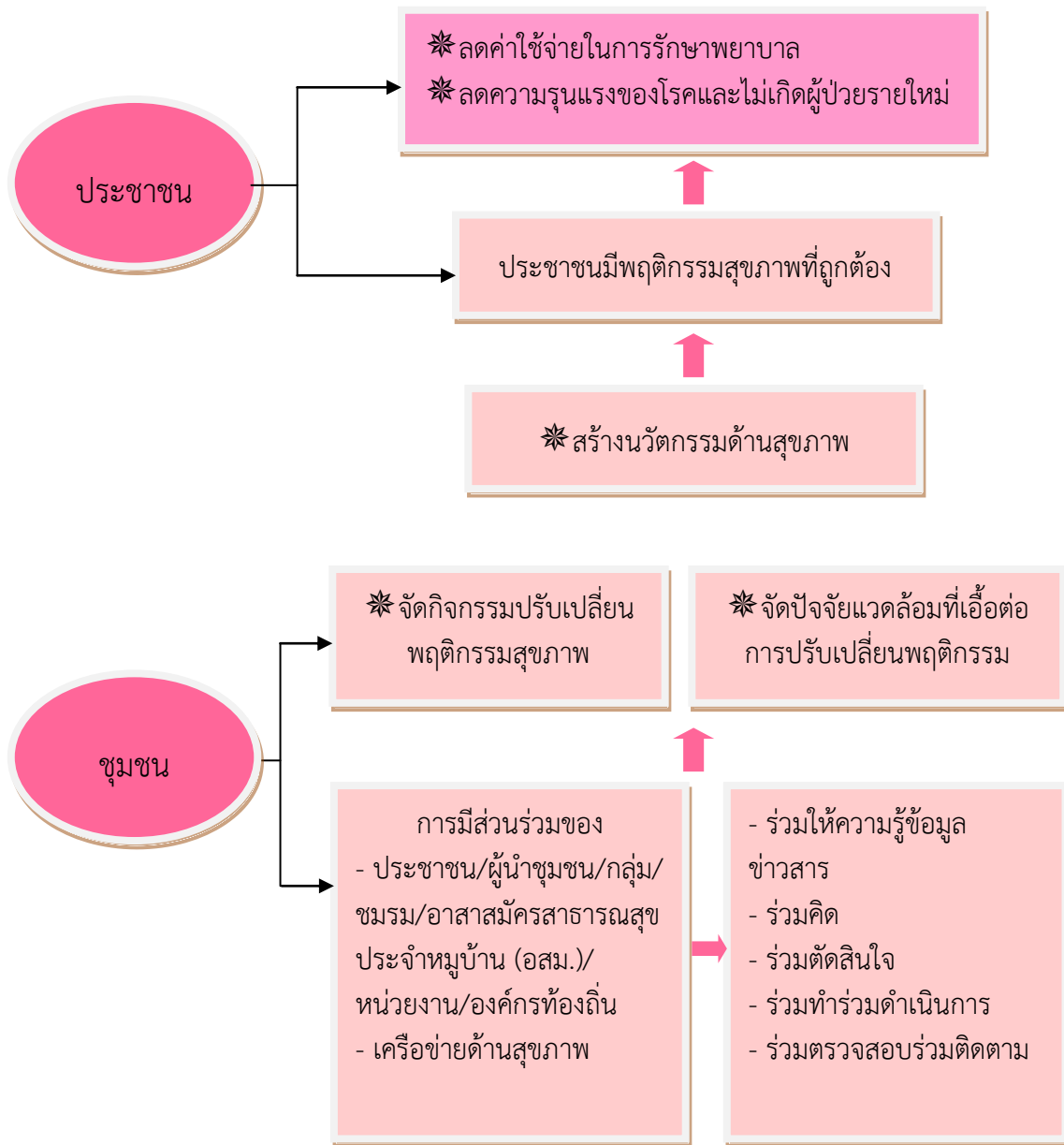
(4) ประเมินผลที่เกิดขึ้นกับประชาชน โดยการประเมินความพึงพอใจของประชาชนในชุมชน ต่อกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประเมินว่าประชาชนในชุมชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตามที่กำหนดไว้ในแผนงาน/โครงการหรือไม่





ภาพที่ 2-7 ขั้นตอนการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยชุมชนแบบมีส่วนร่วม (ทีมา กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)





ภาพที่ 2-8 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยชุมชน
(ที่มา กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

8. การสร้างเครือข่ายสุขภาพและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

8.1 การสร้างเครือข่ายสุขภาพ

การทำงานแบบเครือข่ายเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดของการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน ทั้งนี้เพราะสมาชิกเครือข่ายต่างมีบทบาทสำคัญต่อการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย โดยใช้กลไกของการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์ มีการร่วมมือกันในเรื่องต่างๆ และยังทำให้มีพลังต่อรองกับ



อำนาจต่างๆ ได้ดีขึ้น การเชื่อมโยงกันในลักษณะเครือข่าย มิใช่เพียงการรวมกลุ่มของสมาชิกที่มีความสนใจร่วมกันในระดับเพียงแค่การพบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือสังสรรค์ด้วยกันเท่านั้น หากจะต้องพัฒนาไปสู่ระดับของการลงมือทำกิจกรรมร่วมกัน ด้วยเป้าหมายที่ร่วมกันด้วย โดยแนวทางการสร้างเครือข่ายสุขภาพสู่ความเข้มแข็งยั่งยืน คือ

1) จัดเวทีประชาคมเข้าใจปัญหาสุขภาพของท้องถิ่น มีความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหาและกิจกรรม โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นที่ปรึกษาด้านการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลสนับสนุนงบประมาณ กำหนด ผู้ใหญ่บ้าน อสม. กลุ่มองค์กรต่างๆ สมาชิกชมรมฯ ร่วมมือในการทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2) มีส่วนร่วมในการคิดและวางแผนปฏิบัติงาน และประเมินผลการทำงานในแต่ละกิจกรรมของเครือข่าย

3) มีการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกเครือข่าย เป็นการสร้างความเข้าใจจากสมาชิกไปยังสมาชิกอื่น หรือเป็นกระบวนการส่งข่าวสารระหว่างสมาชิกหรือเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกเครือข่าย เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และให้ฝ่ายต่างๆ ได้ปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบได้ตรงตามวัตถุประสงค์ของเครือข่าย โดยจุดเริ่มต้นต้องทำให้สารและสื่อสารนั้นเรียบง่ายปฏิบัติได้มากที่สุด และง่ายต่อการจำที่สุด ซึ่งสามารถทำได้โดยอาศัยหลักและขั้นตอนของการสื่อสาร การติดต่อสื่อสารนับเป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งในการรักษาสัมพันธภาพของเครือข่าย ซึ่งในปัจจุบันเทคโนโลยีมีความก้าวหน้าเป็นอย่างมาก การสื่อสารยังมีความจำเป็นต่อการพัฒนาเครือข่ายชุมชน

4) สร้างความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างสมาชิกเครือข่าย ทั้งเป็นแบบทางการหรือไม่เป็นทางการ มีรูปแบบหรือไม่มีรูปแบบ เช่น การจัดงานประเพณี เทศกาลต่างๆ ร่วมกัน การจัดงานแข่งขันกีฬา

5) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสมาชิกในเครือข่าย เช่น การจัดเวทีชาวบ้าน การศึกษาดูงาน การจัดประชุม

โดยสรุป การดำเนินงานในลักษณะเครือข่าย ยังคงเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญต่อการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน และจะยิ่งมีความสำคัญมากขึ้น เมื่อปัญหาในสังคมมีความสลับซับซ้อนมากขึ้น และเกี่ยวพันกับกลุ่มต่างๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการจัดการกับปัญหาเหล่านั้น

8.2 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน

หัวใจของการดำเนินงานที่ทำให้ประสบความสำเร็จด้วยวิธีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ คือ การมีภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง การมีส่วนร่วมของประชาชน ภาครัฐและเอกชน การที่จะให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินกิจกรรมต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการ



ประชุม การประชาคม หรือการประชาสัมพันธ์เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด ถ้าประชาชนไม่มีความเข้าใจหรือมองไม่เห็นประโยชน์ที่จะได้นั้น การดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ประสบความสำเร็จก็จะดำเนินการได้ยากมาก ดังนั้น การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการขับเคลื่อนการพัฒนาคน เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ วิธีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีดังนี้

- 1) ส่งเสริมเครือข่ายให้เป็นแกนเชื่อมประสานกับภาคีเครือข่ายหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อให้เกิดกระบวนการพัฒนาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ
- 2) ส่งเสริมให้มีผู้นำในกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ
- 3) ส่งเสริมการวางแผนการดำเนินงาน ผู้ทำงานระดับพื้นที่และเครือข่ายมีศักยภาพในการดำเนินงานร่วมกัน
- 4) ส่งเสริมให้มีกระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลาย มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งเป็นการสร้างพื้นที่การเรียนรู้ให้กับแกนนำและคนในชุมชน สร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับองค์กร หน่วยงานและชุมชนภายนอกที่หลากหลาย ทำให้เกิดการเรียนรู้และนำมาพัฒนาต่อยอดกับสิ่งที่ชุมชนมีอยู่
- 5) ส่งเสริมให้มีแหล่งการเรียนรู้ด้านสุขภาพในชุมชน เพื่อเป็นศูนย์รวมของข้อมูล ความรู้ในการเรียนรู้ด้านสุขภาพในชุมชน
- 6) สร้างความร่วมมือของชุมชน ผู้นำท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายอย่างจริงจัง
- 7) ส่งเสริมให้มีการหนุนเสริมจากหน่วยงานภายนอก ทั้งภาครัฐและเอกชน ด้านงบประมาณ การจัดการวิชาการ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้เกิดการขับเคลื่อนงานของชุมชนเป็นไปต่อเนื่อง
- 8) การให้ความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมและให้การยอมรับต่อบทบาทของหน่วยงานภาคีเครือข่ายภาครัฐ เอกชน องค์กรชุมชน สมาคม อาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่ม/ชมรม ผู้นำชุมชนและเยาวชน ที่มีอยู่หลากหลายในพื้นที่
- 9) ส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายมีการค้นหาสิ่งที่ดีๆ ในชุมชนซึ่งมีอยู่อย่างมากมาย แล้วนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้แก่กัน
- 10) ประชาชนรับรู้ตระหนักและเห็นความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
- 11) ส่งเสริมให้มีการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผู้รู้หรือปราชญ์ในพื้นที่

โดยสรุป การให้เครือข่ายสุขภาพในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริงนั้น ในการจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วมต้องคำนึงถึงวิถีการดำเนินชีวิต ค่านิยม ประเพณี ทัศนคติของบุคคล เพื่อให้เกิดความสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนในการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มี 5 ขั้นตอนสำคัญคือ 1) สร้างทีมงาน 2) วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ



ของชุมชน 3) จัดทำแผนงาน/โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 4) จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ 5) ประเมินผล เพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนา

9.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ชญาณิช เขียวสด และคณะ (2553) ศึกษาเรื่องการศึกษาและพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวด้วยการบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการวิจัยมีดังนี้ ในระยะที่ 1 การพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ด้วยการบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้เทคนิคการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ และการระดมสมอง (Brain Storming) เพื่อพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ด้วยการบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้เกณฑ์มาตรฐาน 6 องค์ประกอบดังนี้(1) มาตรฐานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ (2) มาตรฐานวัดส่งเสริมสุขภาพ (3) มาตรฐานอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (4) มาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านโดยบุคลากรสาธารณสุข (5) มาตรฐานระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มที่ 2 (ติดบ้าน) และ กลุ่มที่ 3 (ติดเตียง) ของชุมชน (6) มาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวโดยท้องถิ่นมีส่วนร่วม และระยะที่ 2 ระยะประเมินผลการดำเนินงานด้วยเกณฑ์มาตรฐานที่พัฒนาขึ้น จากการประเมินรับรองมาตรฐาน ระดับเขตพบว่า ทุกพื้นที่สามารถนำเกณฑ์มาตรฐานที่พัฒนาขึ้นไปใช้เป็นแนวทางในการบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในการบริหารทรัพยากรทั้งคนเงิน อุปกรณ์ วิธีการดำเนินงานตามแผนงานโครงการ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่มีความสอดคล้องกับสภาพการณ์และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ได้ ซึ่งผลการดำเนินงานมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับบริบทและศักยภาพของแต่ละตำบล ผลการสัมภาษณ์ความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดำเนินงานตำบลต้นแบบ ส่วนใหญ่ร้อยละ 77.57 มีความพึงพอใจระดับมาก และ ต้องการให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 98.86 ระดับมาก

เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ, ปนัดดา ปริยทฤณ และญาณิศา โชติกะคาม (2555) ศึกษากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลมาบแค ผลการวิจัยพบกระบวนการสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมในชุมชน 2 ส่วน คือส่วนที่เป็นกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และส่วนที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมนั้น ๆ กระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบด้วย 4 ขั้นตอนในการดำเนินงาน ดังนี้1) การสร้างทีมแกนนำซึ่งเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญของชุมชน เริ่มตั้งแต่การค้นหาแกนนำ การเปิดโอกาสการเข้าร่วมแบบจิตอาสาการสร้างข้อตกลงร่วมกันในการกำหนดบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบอย่างชัดเจน 2) กระบวนการค้นหาปัญหาและความต้องการ 3) การออกแบบกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ภายใต้แนวคิดการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมในเวทีประชาคม และการประชุมร่วมกันเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน วางแผนและ



ดำเนินงานร่วมกันอย่างมีทิศทาง และ 4) กระบวนการพัฒนาข้อตกลงร่วมกันในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างยั่งยืนในระดับพื้นที่ เริ่มต้นจากการเปิดช่องทางการสื่อสารเพื่อให้เกิดการรับรู้และเข้ามามีส่วนร่วมใน กิจกรรมต่าง ๆ ทั้งในระดับบุคคล และระดับกลุ่ม รวมทั้งผลักดันโครงการเข้าสู่แผนพัฒนาชุมชน ที่มีความ สอดคล้องกับนโยบายบริหารงานในระดับท้องถิ่นส่วนที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการ พัฒนาการมีส่วนร่วม พบว่า 1) เกิดการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุทำให้โครงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนมีความ เข้มแข็งโดยการบริหารจัดการร่วมกันในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยตนเอง 2) ระบบบริการมีการเปลี่ยนแปลงจาก เชิงรับเป็นเชิงรุกเน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาการเจ็บป่วยหรือโรค และ 3) เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขสามารถจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังผ่านการดำเนินงานในโครงการดูแล ผู้สูงอายุมีผลให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการรับบริการมากขึ้น

นวนิตย์ จันทร์ชุ่ม (2556) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุเขตบาง ขุนเทียน กรุงเทพมหานคร พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุ พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรร มการบริโภคอาหารดี จะมีภาวะโภชนาการดี ซึ่งอธิบายได้ว่าภาวะโภชนาการตามเกณฑ์มาตรฐาน ย่อมมีผล ไปสู่พฤติกรรมการบริโภคให้อยู่ในระดับดีมากตามไปด้วย

อุบลวรรณ ปันทะ (2552) ศึกษาเรื่องการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ พบว่าประชากรบางส่วนที่มีภาวะโภชนาการเกินมาตรฐาน ทั้งนี้เป็นเพราะผู้สูงอายุบางคนยังยึดติดกับการ บริโภคอาหารแบบเดิม จนเกิดความเคยชินจนเป็นบริโภคนิสัยที่ไม่เหมาะสมกับวัยผู้สูงอายุ เช่น การไม่ ออกกำลังกาย หรือออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ การงดรับประทานอาหารเช้า การบริโภคเนื้อสัตว์ที่มีไขมัน มากเกินไป การบริโภคอาหารประเภทข้าว และผลิตภัณฑ์ที่ทำจากแป้งเกินปริมาณที่ควรได้รับ การ รับประทานผักและผลไม้ในปริมาณที่ไม่เหมาะสม และการรับประทานอาหารประเภทไขมันจากพืช และ สัตว์

สลักจิต ศรีสุระ (2552) ศึกษาวิถีชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล ตำบลหัวทะเล อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างวิถีชีวิตด้าน ต่างๆกับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ โดยแบ่งภาวะโภชนาการเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มภาวะโภชนาการขาด และปกติ และกลุ่มภาวะโภชนาการเกิน พบว่า จำนวนมื้ออาหารหลัก ความถี่ในการบริโภคอาหารประเภท ผัก ความถี่ในการบริโภคขนมทอด ความถี่ในการบริโภคขนมปังขนมเค้กคุกกี้ ความถี่ในการบริโภคชา กาแฟโอเลี้ยงโกโก้ ระดับการออกกำลังกาย จำนวนพื้นที่ใช้งาน (รวมพื้นที่ปloom) และการมีโรค ประจำตัว มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)



บทที่ 3

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

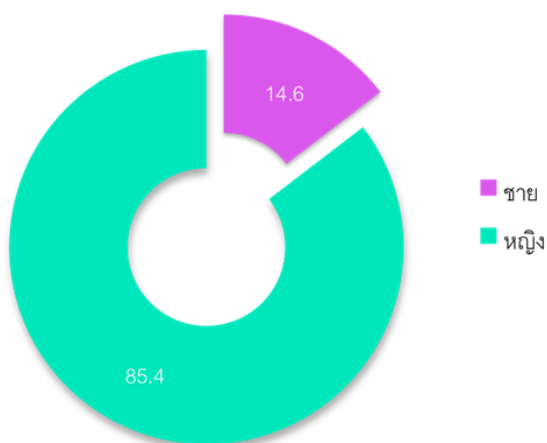
โครงการวิจัยเรื่อง แบบแผนการบริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการ และปัจจัยขับเคลื่อนชุมชนผู้สูงอายุสุขภาพดี มีจุดมุ่งหมายที่สำคัญคือเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุแบบบูรณาการ โดยดำเนินการด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (Participatory action research) ที่ชุมชนบางพระ ตำบลบาง อำเภอสรีราชา จังหวัดชลบุรี ระหว่างเดือนมีนาคม – สิงหาคม พ.ศ.2558

ระยะที่ 1 ประเมินสถานะโภชนาการ แบบแผนการบริโภค และสุขภาพกายของผู้สูงอายุ

ในการวิจัยนี้ดำเนินการร่วมกับแกนนำสุขภาพจำนวน 8 คน และผู้สูงอายุจำนวน 48 คน ดังรายละเอียดผลการวิจัยดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

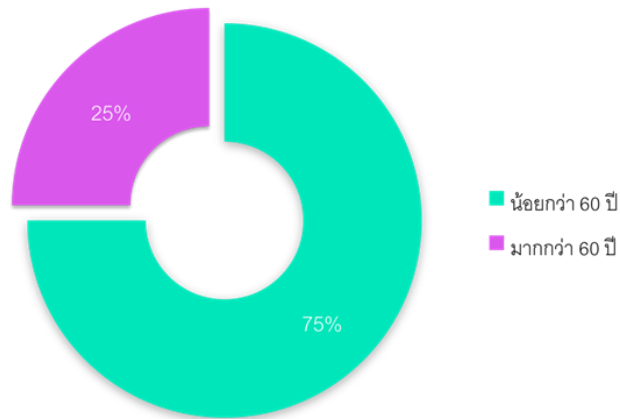
ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกเพศ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.4 (41 คน) และเพศชาย ร้อยละ 14.6 (7 คน) ดังภาพที่ 3-1



ภาพที่ 3-1 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ



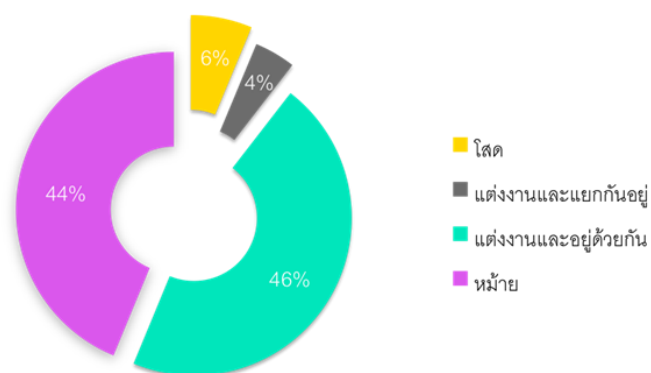
ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 75.0 (36 คน) และผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ร้อยละ 25.0 (12 คน) ดังภาพที่ 3-2



ภาพที่ 3-2 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ

ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามศาสนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 (48 คน) นับถือศาสนาพุทธ

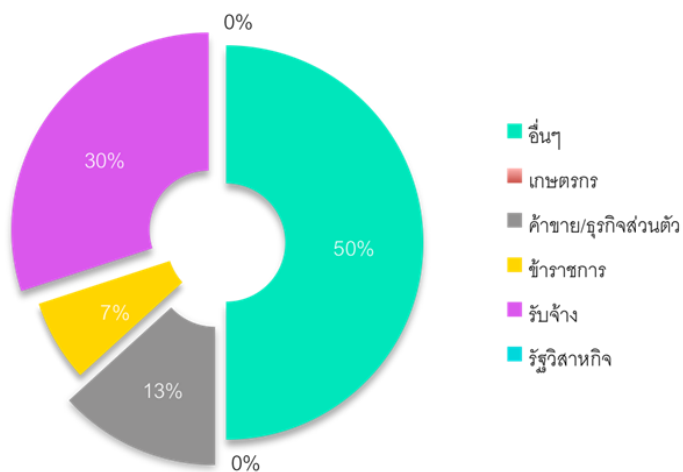
ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสถานภาพการสมรส พบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพการสมรสแต่งงานและยังอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 45.8 (22 คน) รองลงมาคือหม้าย ร้อยละ 43.8 (21 คน) ดังภาพที่ 3-3



ภาพที่ 3-3 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสถานภาพการสมรส

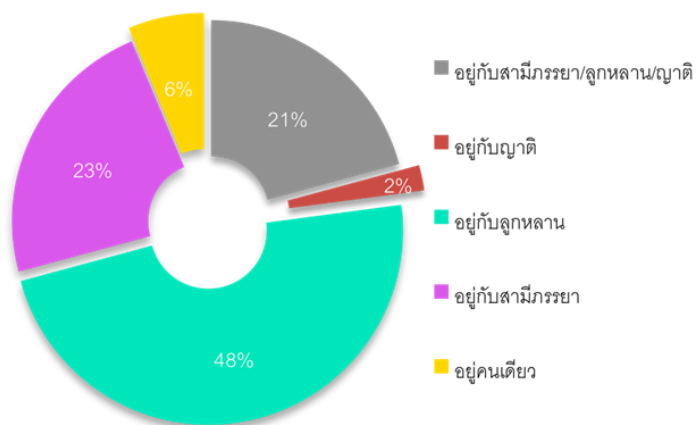


ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 37.5 (18 คน) รองลงมาคืออื่นๆ ร้อยละ 31.3 (15 คน) ดังภาพที่ 3-4



ภาพที่ 3-4 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาชีพ

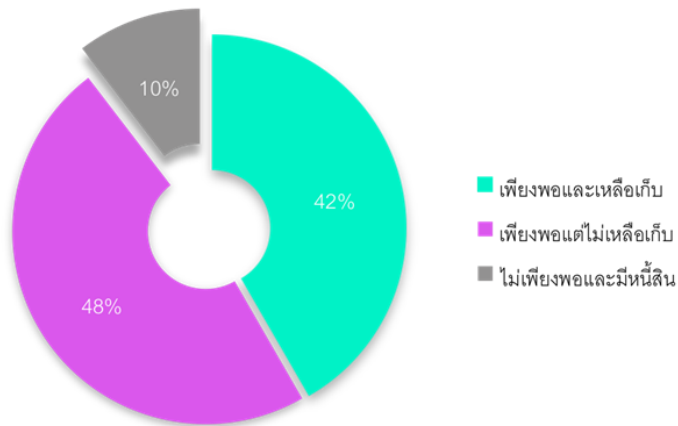
ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะการพักอาศัย พบว่า ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับลูกหรือหลาน ร้อยละ 47.9 (23 คน) รองลงมาคือพักอยู่กับสามีหรือภรรยา ร้อยละ 22.9 (11 คน) ดังภาพที่ 3-5



ภาพที่ 3-5 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะการพักอาศัย

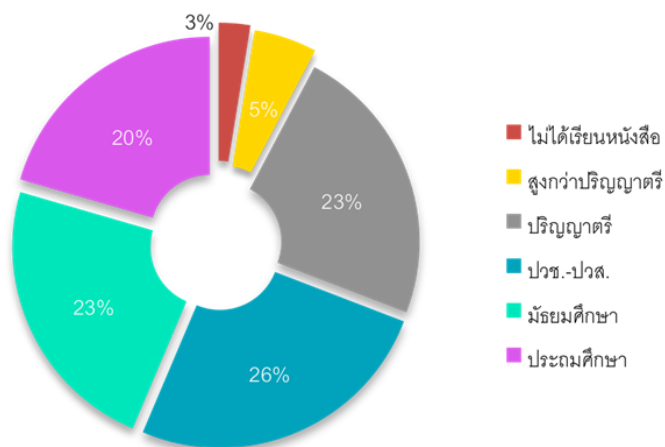


ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายได้ของครอบครัว พบว่าส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัว เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 47.9 (23 คน) รองลงมาคือมีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บ ร้อยละ 41.7 (20 คน) ดังภาพที่ 3-6



ภาพที่ 3-6 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายได้ของครอบครัว

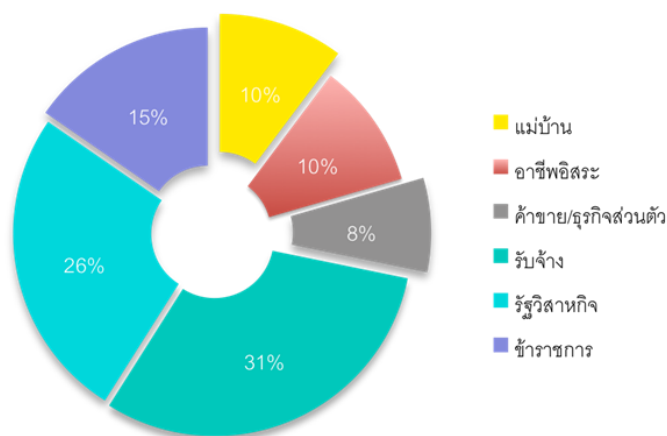
ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการศึกษาของผู้ดูแล พบว่า ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลที่มีระดับ การศึกษาอยู่ที่ ปวช.- ปวส. ร้อยละ 20.8 (10 คน) รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 18.8 (9 คน) และปริญญาตรี ร้อยละ 18.8 (9 คน) และกลุ่มตัวอย่างไม่มีผู้ดูแล ร้อยละ 18.8 (9 คน) ดังภาพที่ 3-7



ภาพที่ 3-7 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการศึกษาของผู้ดูแล



ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาชีพของผู้ดูแล พบว่าส่วนใหญ่มีผู้ดูแลที่มีอาชีพคือรับจ้าง ร้อยละ 30.77 (12 คน) รองลงมาคือรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 25.64 (10 คน) ดังภาพที่ 3-8



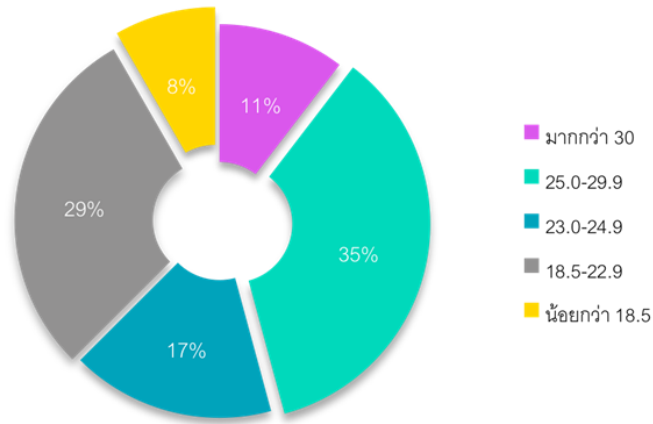
ภาพที่ 3-8 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาชีพของผู้ดูแล

2. ภาวะโภชนาการ ภาวะสุขภาพและแบบแผนการบริโภคอาหาร

การประเมินภาวะโภชนาการในการวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดบริโภคนิสัย ของแซน เจอ 20 บริโภคนิสัยของผู้สูงอายุส่งผลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุได้โดย ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ประเมินได้จากค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) ซึ่งบ่งบอกถึงภาวะโภชนาการ ปกติภาวะขาดสารอาหาร และภาวะโภชนาการเกิน ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลภาวะโภชนาการและแบบแผนบริโภคของผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

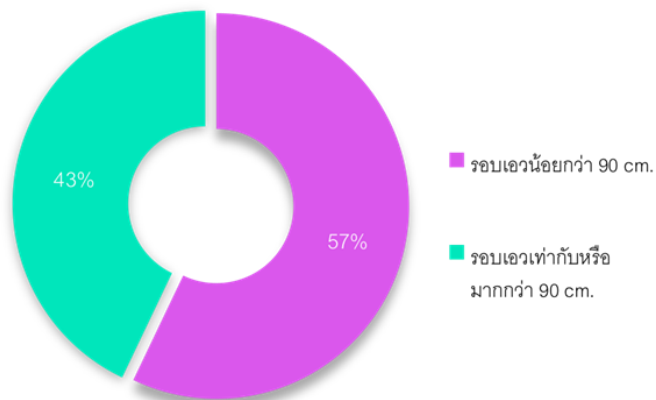
ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามน้ำหนัก พบว่า ส่วนใหญ่มีน้ำหนักอยู่ระหว่าง 55.0 – 64.9 กิโลกรัม ร้อยละ 37.5 (18 คน) รองลงมามีน้ำหนักอยู่ระหว่าง 45.0 – 54.9 กิโลกรัม ร้อยละ 33.3 (16 คน) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนสูงอยู่ระหว่าง 150 – 159.9 เซนติเมตร ร้อยละ 52.1 (25 คน) รองลงมา คือ 160 – 169.9 เซนติเมตร ร้อยละ 29.2 (14 คน)

ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามดัชนีมวลกาย พบว่า ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกาย 25 – 29.9 ซึ่งหมายถึงมีน้ำหนักเกินเกณฑ์หรืออ้วน ร้อยละ 35.4 (17 คน) รองลงมาคือ 18.5 – 22.9 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 29.2 (14 คน) ดังภาพที่ 3-9



ภาพที่ 3-9 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามดัชนีมวลกาย

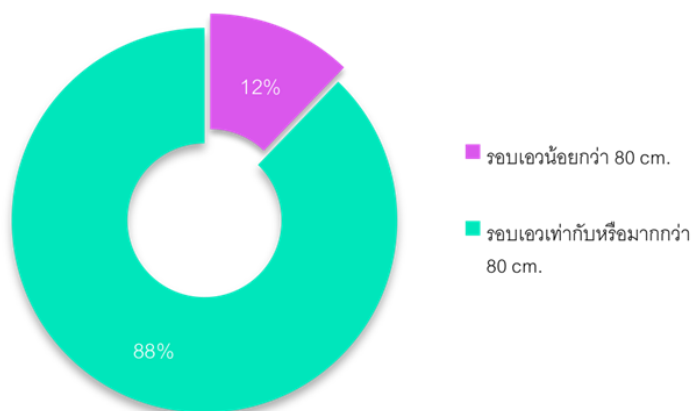
ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเพศชายจำแนกตามเส้นรอบเอว พบว่า ส่วนใหญ่มีเส้นรอบเอวน้อยกว่า 90 เซนติเมตร ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 57.1 (4 คน) และมีเส้นรอบเอวมากกว่าหรือเท่ากับ 90 เซนติเมตร ซึ่งเกินค่ามาตรฐาน ร้อยละ 42.9 (3 คน) ดังภาพที่ 3-10



ภาพที่ 3-10 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเพศชายจำแนกตามเส้นรอบเอว

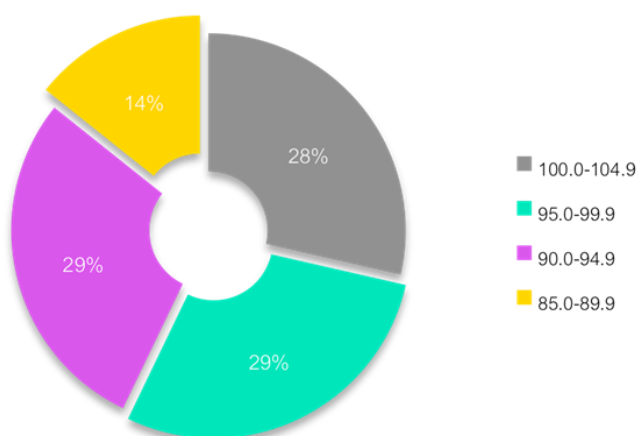


ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงจำแนกตามเส้นรอบเอว พบว่า ส่วนใหญ่มีเส้นรอบเอวมมากกว่าหรือเท่ากับ 80 เซนติเมตร ซึ่งเกินค่ามาตรฐาน ร้อยละ 87.8 (36 คน) รองลงมา มีเส้นรอบเอวน้อยกว่า 80 เซนติเมตร ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 12.2 (5 คน) ดังภาพที่ 3-11



ภาพที่ 3-11 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงจำแนกตามเส้นรอบเอว

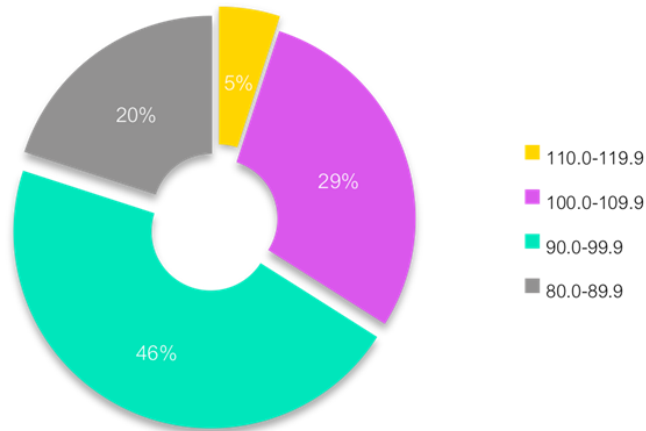
ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเพศชายจำแนกตามเส้นรอบสะโพก พบว่า ส่วนใหญ่มีเส้นรอบสะโพกอยู่ระหว่าง 90.0 - 94.9, 95.0 - 99.9 และ 100.0 - 104.9 เซนติเมตร ร้อยละ 28.6 (2 คน) เท่ากัน รองลงมาคือ 85.0 - 89.9 เซนติเมตร ร้อยละ 14.3 (1 คน) ดังภาพที่ 3-12



ภาพที่ 3-12 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเพศชายจำแนกตามเส้นรอบสะโพก

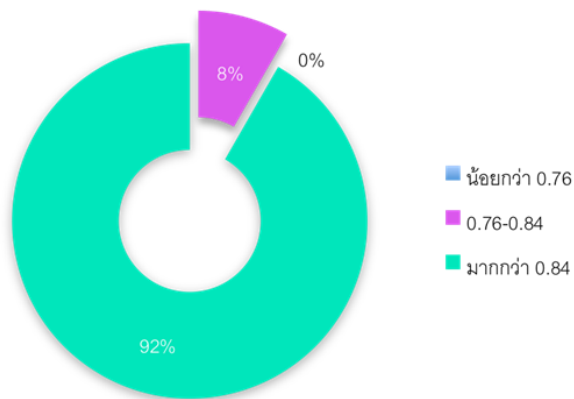


ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงจำแนกตามเส้นรอบสะโพก พบว่า ส่วนใหญ่มีเส้นรอบสะโพกอยู่ระหว่าง 90.0 – 99.9 เซนติเมตร ร้อยละ 46.3 (19 คน) รองลงมาคือ 100.0 – 109.9 เซนติเมตร ร้อยละ 29.3 (12 คน) ดังภาพที่ 3-13



ภาพที่ 3-13 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงจำแนกตามเส้นรอบสะโพก

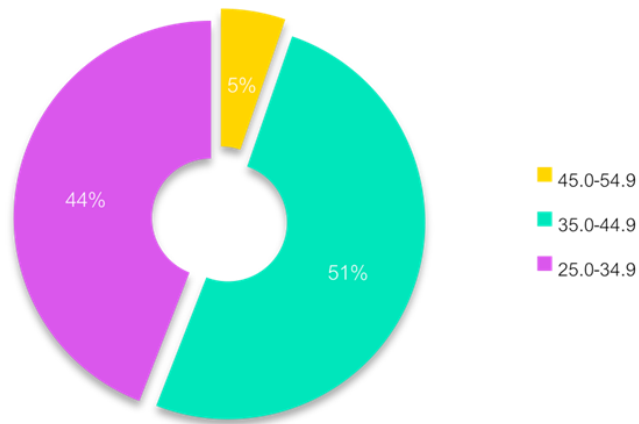
ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอัตราส่วนรอบเอวต่อรอบสะโพก พบว่า ส่วนใหญ่มีอัตราส่วนรอบเอวต่อรอบสะโพกมากกว่า 0.84 ซึ่งจัดอยู่ในเกณฑ์ที่มีภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 91.7 (44 คน) รองลงมาคือ 0.76 – 0.84 ซึ่งเป็นเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 8.3 (4 คน) ดังภาพที่ 3-14



ภาพที่ 3-14 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอัตราส่วนรอบเอวต่อรอบสะโพก

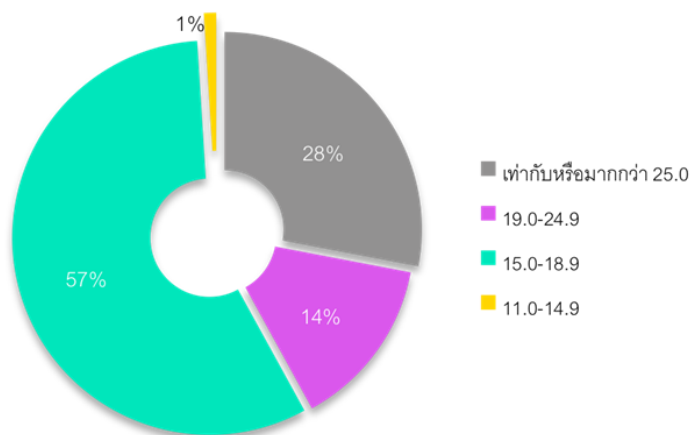


ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามมวลกล้ามเนื้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีมวลกล้ามเนื้ออยู่ระหว่าง 35.0 – 44.9 กิโลกรัม ร้อยละ 47.9 (23 คน) รองลงมาคือ 25.0 – 34.9 กิโลกรัม ร้อยละ 41.7 (20 คน) ดังภาพที่ 3-15



ภาพที่ 3-15 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามมวลกล้ามเนื้อ

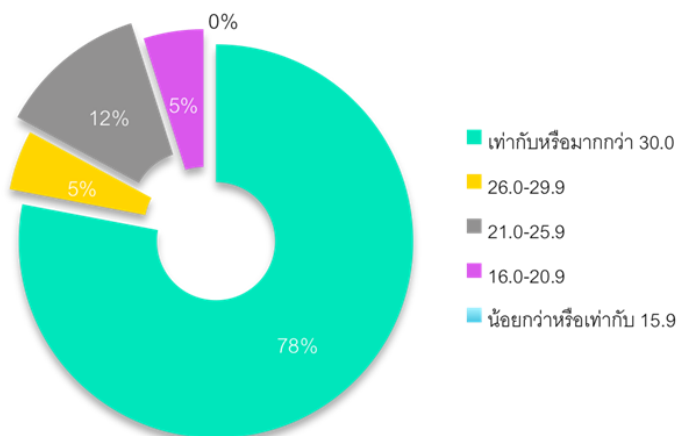
ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเพศชายจำแนกตามปริมาณน้ำหนักไขมัน พบว่า ส่วนใหญ่มีปริมาณน้ำหนักไขมันอยู่ระหว่าง 15 – 18 % ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 57.1 (4 คน) รองลงมาคือมากกว่าหรือเท่ากับ 25 % คือระดับอ้วนมาก ร้อยละ 28.6 (2 คน) ดังภาพที่ 3-16



ภาพที่ 3-16 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเพศชายจำแนกตามปริมาณน้ำหนักไขมัน

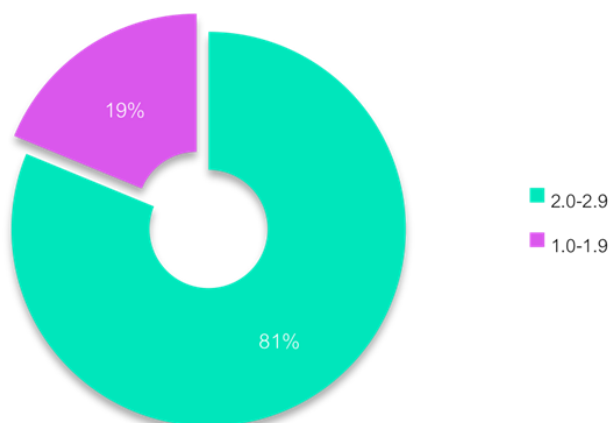


ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงจำแนกตามปริมาณน้ำหนักไขมัน พบว่า ส่วนใหญ่มีปริมาณน้ำหนักไขมันมากกว่าหรือเท่ากับ 30 % คือระดับอ้วนมาก ร้อยละ 78.0 (32 คน) รองลงมาคือ 21.0 – 25.9 % ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 12.2 (5 คน) ดังภาพที่ 3-17



ภาพที่ 3-17 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงจำแนกตามปริมาณน้ำหนักไขมัน

ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความหนาแน่นของกระดูก พบว่า ส่วนใหญ่มีความหนาแน่นของกระดูกอยู่ระหว่าง 2.0 – 2.9 กิโลกรัม ร้อยละ 81.3 (39 คน) รองลงมาคือ 1.0 – 1.9 กิโลกรัม ร้อยละ 18.8 (9 คน) ดังภาพที่ 3-18

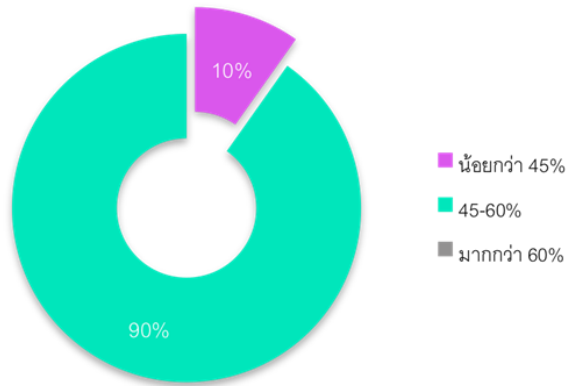


ภาพที่ 3-18 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความหนาแน่นของกระดูก

ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเพศชายจำแนกตามเปอร์เซ็นต์รวมของน้ำในร่างกาย พบว่า เพศชายทั้งหมดมีเปอร์เซ็นต์รวมของน้ำในร่างกาย อยู่ระหว่าง 50.0 – 65.0 % ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 100.0

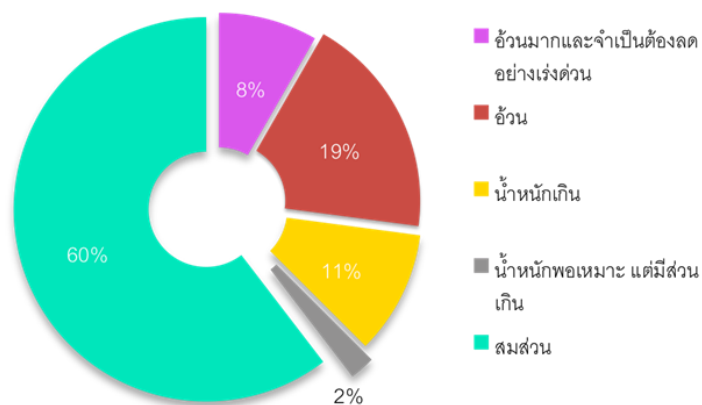


ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงจำแนกตามเปอร์เซ็นต์รวมของน้ำในร่างกาย พบว่า เพศหญิงมีเปอร์เซ็นต์รวมของน้ำในร่างกาย อยู่ระหว่าง 45.0 – 60.0 % ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 90.2 รองลงมาคือน้อยกว่า 45.0 ซึ่งน้อยกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 9.8 ดังภาพที่ 3-19



ภาพที่ 3-19 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงจำแนกตามเปอร์เซ็นต์รวมของน้ำในร่างกาย

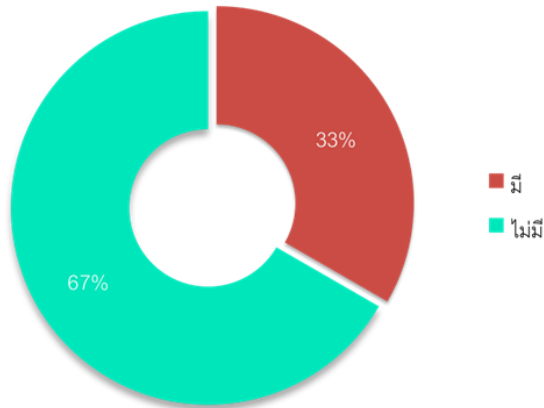
ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรูปร่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีรูปร่างสมส่วน ร้อยละ 60.4 (29 คน)รองลงมาคือรูปร่างอ้วน ร้อยละ 18.8 (9 คน) ดังภาพที่ 3-20



ภาพที่ 3-20 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรูปร่าง

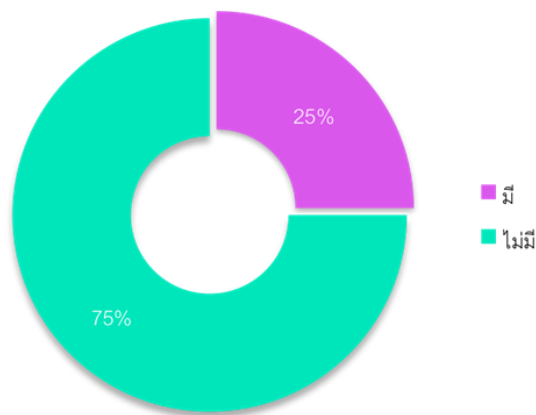


ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความวิตกกังวล/ความเครียด พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีความวิตกกังวลหรือความเครียด ร้อยละ 66.7 (32 คน) รองลงมาคือมีความวิตกกังวลหรือความเครียด ร้อยละ 33.3 (16 คน) ดังภาพที่ 3-21



ภาพที่ 3-21 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความวิตกกังวล/ความเครียด

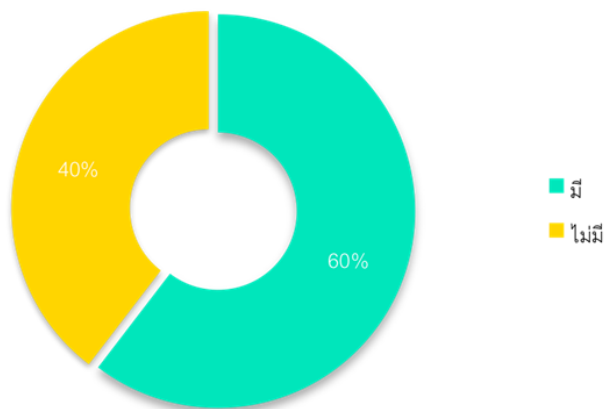
ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามโรคประจำตัว พบว่า ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75.0 (36 คน) รองลงมาคือไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 25.0 (12 คน) ดังภาพที่ 3-22



ภาพที่ 3-22 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามโรคประจำตัว

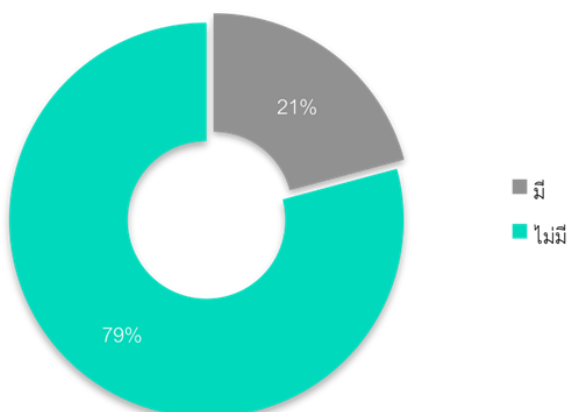


ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับประทานยาในปัจจุบัน พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับประทานยาในปัจจุบัน ร้อยละ 60.4 (29 คน) รองลงมาคือไม่มีการรับประทานยาในปัจจุบัน ร้อยละ 39.6 (19 คน) ดังภาพที่ 3-23



ภาพที่ 3-23 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับประทานยาในปัจจุบัน

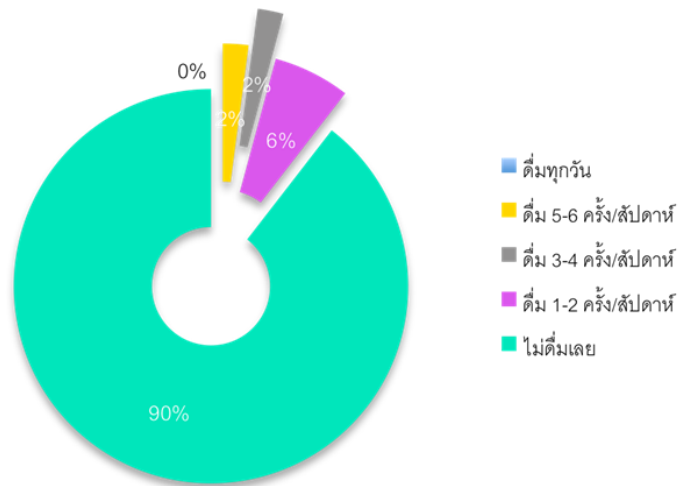
ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับประทานผลิตภัณฑ์อาหารเสริม พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีการรับประทานผลิตภัณฑ์อาหารเสริม ร้อยละ 79.2 (38 คน) รองลงมาคือมีการรับประทานผลิตภัณฑ์อาหารเสริม ร้อยละ 20.8 (10 คน) ดังภาพที่ 3-24



ภาพที่ 3-24 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับประทานผลิตภัณฑ์อาหารเสริม

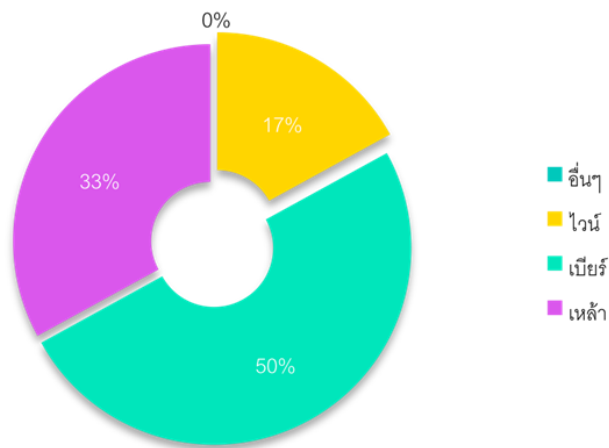


ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 89.6 (43 คน) รองลงมาคือ ดื่ม 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 6.3 (3 คน) ดังภาพที่ 3-25



ภาพที่ 3-25 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

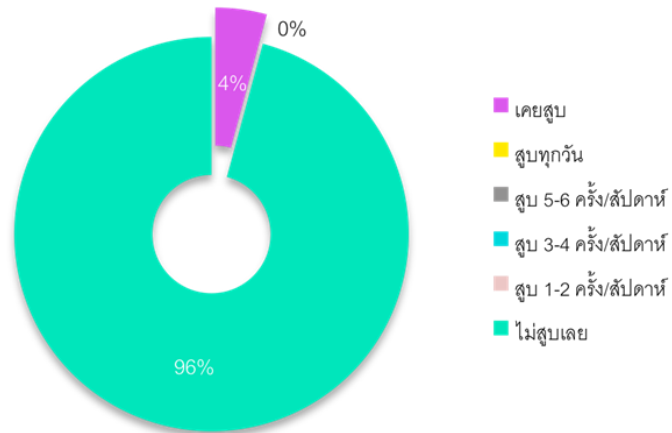
ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำแนกตามชนิดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่ม พบว่า ส่วนใหญ่ดื่มเบียร์ ร้อยละ 50.0 (3 คน) รองลงมาคือเหล้า ร้อยละ 33.33 (2 คน) ดังภาพที่ 3-26



ภาพที่ 3-26 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามชนิดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่ม

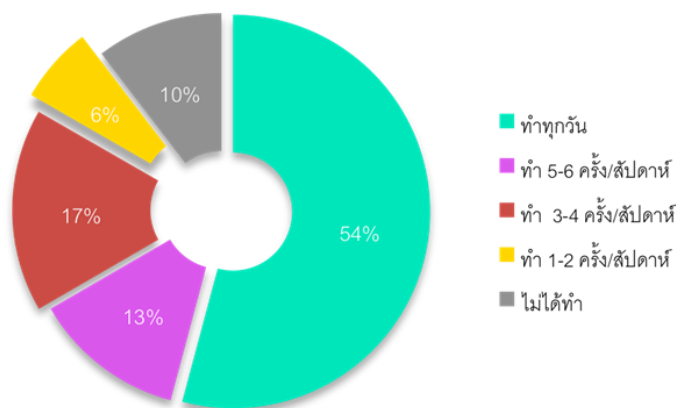


ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการสูบบุหรี่ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 95.8 (46 คน) รองลงมาคือเคยสูบ ร้อยละ 4.2 (2 คน) ดังภาพที่ 3-27



ภาพที่ 3-27 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการสูบบุหรี่

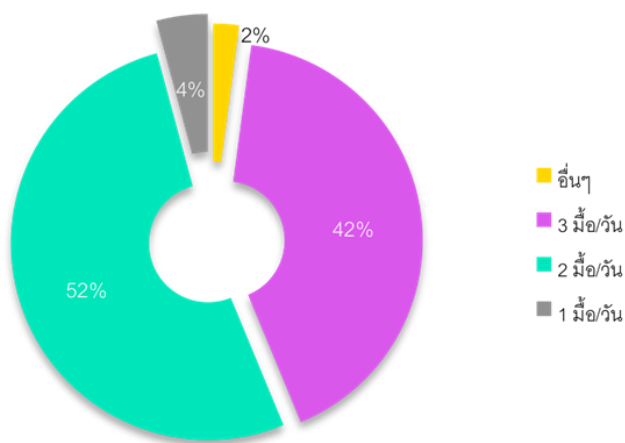
ร้อยละกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการออกกำลังกาย พบว่า ส่วนใหญ่ออกกำลังกายเป็นประจำทุกวัน ร้อยละ 54.2 (26 คน) รองลงมาคือทำ 3 – 4 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 16.7 (8 คน) ดังภาพที่ 3-28



ภาพที่ 3-28 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการออกกำลังกาย

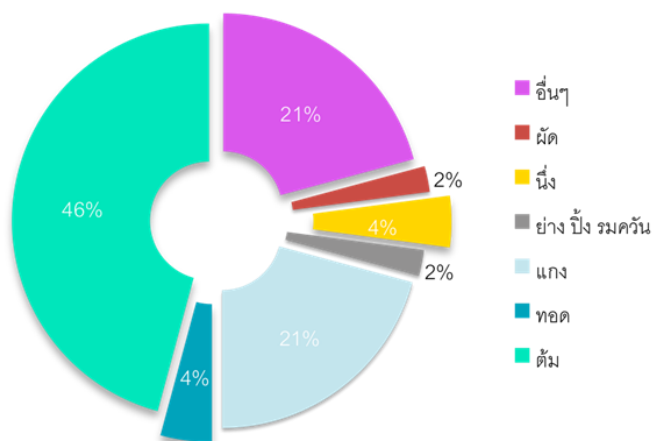


ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับประทานอาหารเช้าในแต่ละวัน พบว่า ส่วนใหญ่รับประทานอาหารเช้า 2 มื้อ/วัน ร้อยละ 52.1 (25 คน) รองลงมาคือ 3 มื้อ/วัน ร้อยละ 41.7 (20 คน) ดังภาพที่ 3-29



ภาพที่ 3-29 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับประทานอาหารเช้าในแต่ละวัน

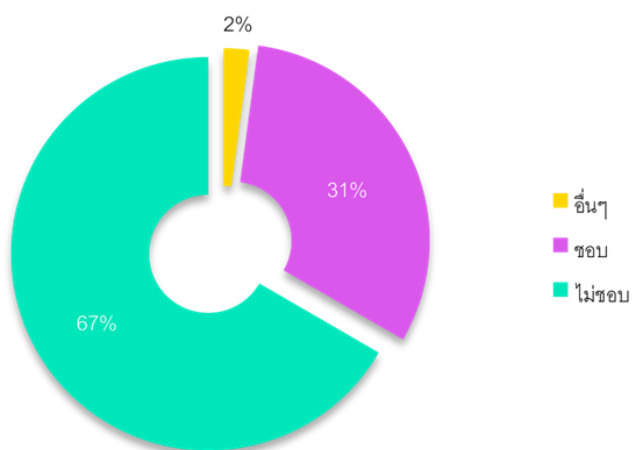
ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประเภทอาหารที่รับประทาน พบว่า ส่วนใหญ่รับประทานอาหารเช้าประเภทต้ม ร้อยละ 45.8 (22 คน) รองลงมาคืออาหารประเภทแกง ร้อยละ 20.8 (10 คน) และอื่นๆร้อยละ 20.8 (10 คน) ดังภาพที่ 3-30



ภาพที่ 3-30 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประเภทอาหารที่รับประทาน

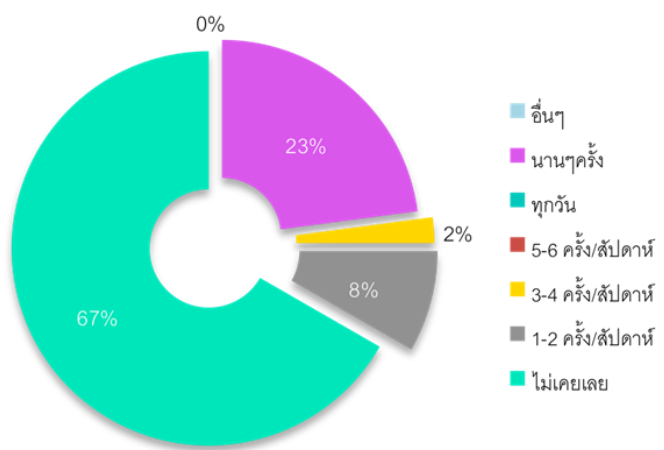


ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับประทานอาหารชนิดเดียวติดต่อกันเป็นเวลานาน พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ชอบรับประทานอาหารชนิดเดียวติดต่อกันเป็นเวลานาน ร้อยละ 66.7 (32 คน) รองลงมาคือ ชอบรับประทานอาหารชนิดเดียวติดต่อกันเป็นเวลานาน ร้อยละ 31.3 (15 คน) ดังภาพที่ 3-31



ภาพที่ 3-31 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับประทานอาหารชนิดเดียวติดต่อกันเป็นเวลานาน

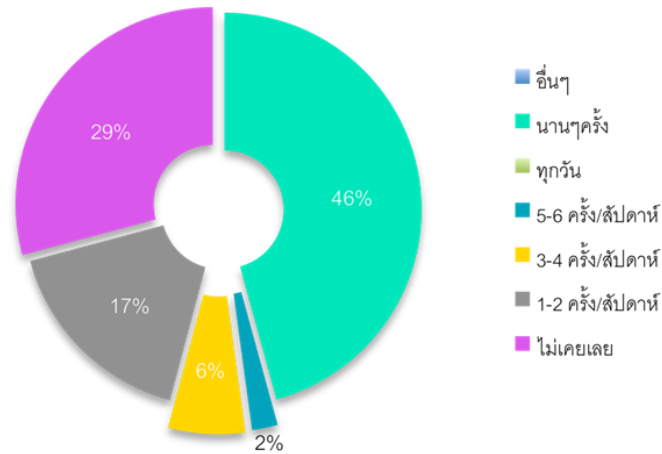
ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับประทานอาหารแบบตะวันตก พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยรับประทานอาหารแบบตะวันตก ร้อยละ 66.7 (32 คน) รองลงมาคือรับประทานนานๆครั้ง ร้อยละ 22.9 (11 คน) ดังภาพที่ 3-32



ภาพที่ 3-32 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับประทานอาหารแบบตะวันตก

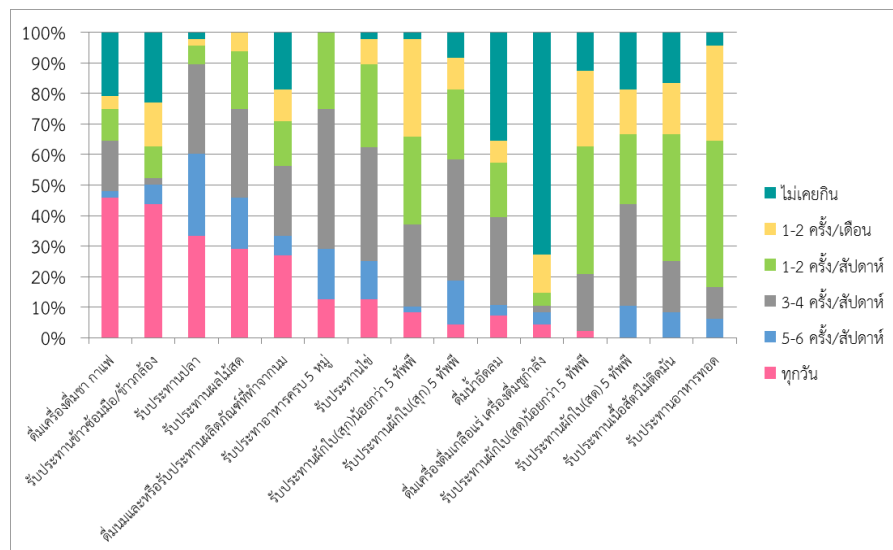


ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับประทานขนมหวานที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ พบว่าส่วนใหญ่รับประทานอาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบนานๆครั้ง ร้อยละ 45.8 (22 คน) รองลงมาคือไม่เคยรับประทาน ร้อยละ 29.2 (14 คน) ดังภาพที่ 3-33



ภาพที่ 3-33 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับประทานขนมหวานที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ

ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความถี่ในการรับประทานอาหาร พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับประทานที่ปฏิบัติเป็นประจำทุกวันมากที่สุด คือ ต้มเครื่องต้มชา กาแฟ ร้อยละ 45.8 (22 คน) และมีการรับประทานอาหารที่ไม่เคยปฏิบัติมากที่สุด คือ ต้มเครื่องต้มเกลือแร่ เครื่องดื่มชูกำลัง ร้อยละ 72.9 (35 คน) ดังภาพที่ 3-34



ภาพที่ 3-34 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความถี่ในการรับประทานอาหาร



ผลการตรวจวัดความดันโลหิต พบว่า เป็นกลุ่มปกติ มากที่สุด ร้อยละ 31.53 รองลงมาเป็นกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มสงสัย ร้อยละ 29.06 และ ร้อยละ 25.12 ตามลำดับ เมื่อนำมาคำนวณค่า Mean arterial pressure (MAP) พบว่า เป็นกลุ่มปกติมากที่สุด ร้อยละ 85.71 รองลงมาเป็นกลุ่มไม่ปกติในระดับที่สูงเกินไป และกลุ่มไม่ปกติในระดับต่ำเกินไป ร้อยละ 11.33 และ 1.97 ตามลำดับ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการและสุขภาพของผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

ระยะที่ 2 เป็นการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนแผนการบริโภคของผู้สูงอายุ โดยแกนนำสุขภาพ การพัฒนารูปแบบฯ เริ่มด้วยการสำรวจความคิดเห็นของแกนนำสุขภาพในชุมชนบางพระจำนวน 13 คน เกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในชีวิตประจำวันและจิตอาสาที่จะเป็นแกนนำ ด้วยข้อคำถาม 8 คำถาม ได้แก่

(1) เมื่อแกนนำสุขภาพเห็นผู้สูงอายุกำลังเดินอยู่ในชุมชน แกนนำสุขภาพรู้สึกอยากเข้าไปช่วยจูงหรือพยุงหรือไม่ ถ้าตอบว่าไม่ เพราะเหตุใด

(2) เมื่อแกนนำสุขภาพเห็นผู้สูงอายุในชุมชน แกนนำสุขภาพอยากเข้าไปคุยด้วยหรือไม่ ถ้าตอบว่าไม่ เพราะเหตุใด

(3) ในบ้านของแกนนำสุขภาพมีผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 55 ปีในบ้าน หรือไม่

(4) ถ้าในบ้านแกนนำสุขภาพมีผู้สูงอายุ ในรอบ 7 วันที่ผ่านมา ได้คุยเรื่องเกี่ยวกับการรับประทานอาหารกับผู้สูงอายุอย่างน้อยเพียงใด

(5) แกนนำสุขภาพอยากให้ผู้สูงอายุพูดคุยกับแกนนำสุขภาพเรื่องใดมากที่สุดที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพและโภชนาการ (ระบุ)

(6) แกนนำสุขภาพไม่อยากให้ผู้สูงอายุพูดคุยเรื่องใดบ้าง (ระบุ)

(7) ถ้าให้แกนนำสุขภาพไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุข้างบ้าน หรือผู้สูงอายุในชุมชน แกนนำสุขภาพจะไปหรือไม่ ถ้าตอบว่าไม่ เพราะเหตุใด (ระบุ)

(8) แกนนำสุขภาพคิดว่าจะทำกิจกรรมอะไรที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพและโภชนาการร่วมกับผู้สูงอายุได้บ้าง (ระบุ)

2.1 การประเมินความคิดเห็นของแกนนำสุขภาพ

จากการสำรวจความคิดเห็นของแกนนำสุขภาพชุมชนบางพระ อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี จำนวน 13 คน พบว่า



2.1.1 แขนนำสุขภาพที่ต้องการช่วยจูง/พยุงผู้สูงอายุ แขนนำสุขภาพทุกคนอยากเข้าไปช่วยจูง/พยุงผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 100

2.1.2 แขนนำสุขภาพที่อยากเข้าไปพูดคุยกับผู้สูงอายุ แขนนำสุขภาพจำนวน 10 คน โดยแขนนำสุขภาพอีก 3 คน ให้เหตุผลที่ไม่อยากพูดคุยกับผู้สูงอายุว่า “ไม่รู้จะคุยเรื่องอะไร” มากที่สุด

2.1.3 แขนนำสุขภาพที่มีผู้สูงอายุในบ้าน จำนวน 11 คน โดยแขนนำสุขภาพมีการพูดคุยกับผู้สูงอายุในบ้าน “ทุกวัน” เป็นความถี่สูงสุด

2.1.4 แขนนำสุขภาพอยากให้ผู้สูงอายุพูดคุยเรื่อง “อดีตของผู้สูงอายุในวัยเด็ก” มากที่สุด จำนวน 7 ราย รองลงมาเป็นเรื่อง “ความสุขของผู้สูงอายุ” จำนวน 6 ราย และ “เรื่องที่ทำแล้วสนุก” จำนวน 6 ราย เรื่อง “ความสุขของผู้สูงอายุ” “เรื่องเกี่ยวกับบุตรหลาน” “เรื่องอาหารที่ชอบและความสามารถพิเศษและเรื่องเกี่ยวกับอาหาร

2.1.5 แขนนำสุขภาพไม่อยากให้ผู้สูงอายุพูดคุยเรื่อง “เรื่องที่ทำให้ผู้สูงอายุเครียดหรือไม่สบายใจ เรื่องความเจ็บป่วย” มากที่สุด จำนวน 13 ราย รองลงมาเป็นเรื่อง “ความตาย” จำนวน 8 ราย และ “เรื่องส่วนตัว” จำนวนเท่ากับ “เรื่องการทะเลาะเบาะแว้ง” คือเรื่องละจำนวน 5 ราย

2.1.6 แขนนำสุขภาพยินดีไปเที่ยวกับผู้สูงอายุข้างบ้าน หรือผู้สูงอายุในชุมชนของแขนนำสุขภาพ โดยแขนนำสุขภาพบางคนให้เหตุผลที่ไม่อยากไปเที่ยวกับผู้สูงอายุว่า “ไม่สนุก” และ “ไม่ชอบไปทำเรื่องไร้สาระและควรเป็นหน้าที่ของครอบครัว” เท่ากัน

2.1.7 กิจกรรมที่แขนนำสุขภาพจะทำร่วมกับผู้สูงอายุได้ เป็นกิจกรรม “พูดคุย” มากที่สุด กิจกรรม “ไปเที่ยว” “ออกกำลังกาย” “ไปทำบุญที่วัด” กิจกรรม “จัดกลุ่มคุยกัน” และเรียนรู้การทำอาหารที่บ้าน

จากการสัมภาษณ์แขนนำสุขภาพ 13 คนแล้วพบว่าในการทำประชาคมร่วมกันระหว่างผู้ที่เป็นแขนนำสุขภาพและนักวิจัยได้คัดสรรแขนนำสุขภาพที่มีคุณสมบัติที่กำหนดไว้และสามารถเข้าร่วมดำเนินการในการวิจัยนี้ได้อย่างต่อเนื่องจำนวน 10 คน

2.2 พัฒนารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการและสุขภาพของผู้สูงอายุ มีขั้นตอน ดังนี้

2.2.1 เริ่มด้วยการประสานกับชมรมผู้สูงอายุตำบลบางพระ เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อชี้แจงรายละเอียดให้เข้าใจวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการประสานงานกับผู้สูงอายุในชุมชน



2.2.2 ประชุมชี้แจงกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการอย่างสมัครใจ โดยแสดงความยินยอม เป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อเข้าร่วมงานวิจัยนี้ หลังการประเมินสถานะโภชนาการ แบบแผนการบริโภค และ สุขภาพกายของผู้สูงอายุแล้ว เชิญชวนสมัครแกนนำสุขภาพ และขอให้ผู้สูงอายุเสนอชื่อแกนนำสุขภาพ

2.2.3 ฝึกให้แกนนำสุขภาพได้เรียนรู้วิธีการโภชนศึกษาสำหรับผู้สูงอายุ ฝึกทักษะการ พูดคุย การจดบันทึก การตั้งคำถาม และคำตอบ โดยการแจกสมุดเพื่อให้แกนนำสุขภาพได้บันทึกสิ่งที่ได้ พูดคุยกับผู้สูงอายุ พบว่าแกนนำสุขภาพมีปัญหาในการเขียนหนังสือ ขาดสมาธิ เขียน/บันทึกไม่ตรงกับที่ ถาม จึงต้องใช้วิธี สร้างแบบฟอร์มการบันทึกให้มีรายละเอียดมากขึ้นและมีตัวเลือกเพื่อให้ง่ายในการบันทึก และมีบางส่วนที่เขียนเพิ่มเติมได้

2.2.4 ฝึกให้แกนนำสุขภาพรู้จักการพูดคุยกับผู้สูงอายุด้วยตนเอง ในครั้งแรกโดยใช้ 2 คำถาม เพื่อเป็นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับแกนนำสุขภาพ และให้บันทึกลงในสมุดที่แจก ให้กับแกนนำสุขภาพ คำถามที่ให้เป็นคำถามตั้งต้น ถ้าแกนนำสุขภาพจะคุยกับผู้สูงอายุมากกว่านี้ก็สามารถ ทำได้ เพราะวัตถุประสงค์การวิจัยต้องการให้เกิดการสื่อสารกันระหว่างแกนนำสุขภาพกับผู้สูงอายุ และ คาดหมายว่าจะได้ข้อมูลจากการบันทึกของแกนนำสุขภาพ

2.2.5 ฝึกให้แกนนำสุขภาพเล่าเรื่อง จากการไปพูดคุยกับผู้สูงอายุและทำกิจกรรมร่วมกับ ผู้สูงอายุ ในครั้งแรก พบว่า แกนนำสุขภาพมาเล่าเรื่องได้เพียงไม่กี่คน จากการสังเกตพบว่า แกนนำ สุขภาพได้พูดคุยกับผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเป้าหมายทุกคน แต่เรื่องที่สนทนาบางเรื่อง แกนนำสุขภาพไม่กล้า บันทึก ไม่กล้านำมาเล่าให้เพื่อนๆ ฟัง ส่วนใหญ่เรื่องที่นำมาเล่ามักจะเป็นเรื่องทั่วไป เช่น ชีวิตของผู้สูงอายุ การประกอบอาชีพ ความสุขของการไปเที่ยวและไปเยี่ยมลูกที่ต่างจังหวัด เป็นต้น จากเดิมที่มีการ สนทนากันน้อย ไม่มีการช่วยเหลือกันอย่างชัดเจน เป็นเพียงแค่การทักทาย แต่ตอนนี้เมื่อพบหน้ากันก็มี การทักทาย ยกมือไหว้สวัสดีและทำความเคารพ ช่วยเหลือกันและกัน มีเรื่องราวสนทนากันมากและนาน ขึ้นกว่าแต่ก่อนมาก

2.2.6 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขนำความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ สุขลักษณะที่ดีและการโภชนาการ ในการใช้ชีวิตประจำวันที่ถูกต้อง มาพูดคุยให้กับแกนนำสุขภาพทุกครั้งที่ประชุมกัน เพื่อประเด็นในการ นำไปพูดคุยกับผู้สูงอายุของแกนนำสุขภาพ และให้แกนนำสุขภาพบันทึกกิจกรรมที่กระทำร่วมกับผู้สูงอายุ

2.2.7 กำหนดให้แกนนำสุขภาพเล่าเรื่องที่ได้ไปพูดคุยหรือทำกิจกรรมกับผู้สูงอายุ ให้เพื่อน แกนนำสุขภาพฟังเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน เป็นการจัดการความรู้ในกลุ่มแกนนำสุขภาพ ช่วงนี้พบว่าแกน นำสุขภาพจะมีส่วนร่วมในกิจกรรมเพิ่มมากขึ้น และมีกิจกรรมที่แตกต่างหลากหลายออกไป เช่น ผู้สูงอายุ สอนเกี่ยวกับการทำอาหาร ร้องเพลงเรือให้ฟัง สำหรับแกนนำสุขภาพผู้ชาย จะพูดคุยเกี่ยวกับอาชีพ สอนไม่ให้ไปยุ่งกับยาเสพติด โดยทุกครั้งที่ทำกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุให้บันทึกในสมุดประจำตัว



มอบหมายกิจกรรมครั้งต่อไป ให้แกนนำสุขภาพไปพูดคุยในเรื่องที่ตนเองอยากรู้ และค้นหากิจกรรมที่สนใจร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุกับแกนนำสุขภาพ

2.2.8 ฝึกให้แกนนำสุขภาพสร้างกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุในชุมชน และให้เล่าเรื่องราวของตนเองที่ทำกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุให้เพื่อนๆ ฟัง ตัวอย่าง เช่น

แกนนำสุขภาพ 1 (หญิง): “ได้ต้มน้ำอาบให้ผู้สูงอายุ ทั้งผู้สูงอายุที่อยู่ที่บ้านและที่เลือกพูดคุยทำกิจกรรม (หมายถึงผู้สูงอายุข้างบ้านที่แกนนำสุขภาพเลือกเอง) รู้สึกภูมิใจ ผู้สูงอายุได้ให้คำสอน ให้ศีล ให้พร เมื่อฟังแล้วรู้สึกดีใจ เกิดความรัก ห่วงใยเอื้ออาทร”

แกนนำสุขภาพ 2 (ชาย): “มีโอกาสนำหน้าที่รับส่งผู้สูงอายุไปวัดในวันพระแทนลูก เพราะยายที่เลือกไว้ ต้องเดินไปทำบุญ จึงตัดสินใจขับรถไปส่ง และตัวเองก็ได้ไปวัดด้วย กินข้าวที่วัด สนุกดี”

แกนนำสุขภาพ 3 (หญิง): “ไปพูดคุยกับผู้สูงอายุ ท่านจะสอนให้ทำอาหาร ร้องเพลงเรือให้ฟัง ตอนเย็นๆจะชวนผู้สูงอายุออกกำลังกาย การพูดคุยจะคุยกันได้ทุกเรื่อง สอบถามสารทุกข์สุกดิบ รู้สึกรักผูกพันมากขึ้น”

แกนนำสุขภาพ 4 (หญิง): “ได้พูดคุยและทำกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุเกือบทุกวัน ชวนผู้สูงอายุออกกำลังกาย และได้พูดคุยกันมากขึ้น”

แกนนำสุขภาพ 5 (หญิง): “ช่วยเหลือผู้สูงอายุ ไปซื้อของ ช่วยทำอาหาร ล้างจาน บางทีก็กวาดบ้านให้ ภาคภูมิใจที่สามารถทำได้”

แกนนำสุขภาพ 6 (ชาย): “ไปพูดคุยกับผู้สูงอายุ บางทีก็ไปเล่นกีฬาหน้าบ้าน ก็ชวนคุณตาไปเล่นด้วย”

เมื่อพูดคุยกับแกนนำสุขภาพในภาพรวม ส่วนใหญ่บอกว่า ผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงจากเดิมที่ไม่ค่อยได้พูดคุยก็จะพูดคุยกันมากขึ้น สอนให้ทำงานบ้าน สอนทำอาหาร เล่าเรื่องราวอดีตให้ฟัง เล่าเรื่องชีวิตความเป็นอยู่ในสมัยก่อน และหลายเรื่องที่ไม่เคยทราบก็ทำให้ได้ทราบ เช่นประวัติของท้องถิ่นตลอดจนความเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้น

2.3 รูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการและสุขภาพผู้สูงอายุโดยแกนนำสุขภาพ

จากการสรุปกระบวนการร่วมกันระหว่างทีมวิจัย นักวิชาการสาธารณสุข และครู พบว่า

2.3.1 การเลือกแกนนำสุขภาพที่เข้าร่วมกิจกรรมนี้ สามารถใช้แกนนำสุขภาพในระดับใดก็ได้ ไม่จำกัดเพราะใช้วิธีการสื่อสารเป็นหลัก ถ้าเป็นแกนนำสุขภาพที่อาสาสมัครจะทำให้แกนนำสุขภาพ



สนุกกับการสื่อสาร และสร้างกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุมากขึ้น และการจัดการอาจไม่ยุ่งยากเพราะเป็นแกนนำสุขภาพที่มีละแวกบ้านให้ดูแลอยู่แล้ว

2.3.2 การเลือกกลุ่มเป้าหมาย สามารถใช้วิธีการเลือกผู้สูงอายุข้างบ้านที่แกนนำสุขภาพมีความประสงค์จะพูดคุยด้วย ตามกลวิธีของงานวิจัยนี้ เมื่อแกนนำสุขภาพพูดคุยกับผู้สูงอายุข้างบ้านแล้วจะมีข้อมูลในตัวเองเพิ่มมากขึ้น และพูดคุยกับผู้สูงอายุในบ้านเพิ่มขึ้นด้วย (ทั้งนี้งานวิจัยนี้ยังไม่ได้มีการพิสูจน์ในเรื่องนี้)

2.3.3 การจัดสนทนากลุ่มให้แกนนำสุขภาพได้เล่ากิจกรรมที่ทำร่วมกันกับผู้สูงอายุสามารถให้ดำเนินการได้ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือครูก็ได้ เพราะทำให้เกิดกระบวนการสื่อสารระหว่างคนในชุมชนและผู้สูงอายุ โดยถ้าเป็นครูจะเน้นการพูดคุยความสนใจของผู้สูงอายุทั่วไป ซึ่งสามารถรวบรวมเป็นงานวิจัยต่อยอดทางการศึกษากับชุมชนได้ ถ้าเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะเน้นการพูดคุยทั่วไป เรื่องโภชนาการและสุขภาพของผู้สูงอายุ ทำให้ได้ทั้งการบริการผู้สูงอายุได้ทั่วถึง และสามารถนำไปต่อยอดเป็นงานวิจัยที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุได้เช่นกัน

2.3.4 ลำดับขั้นตอนในการดำเนินการตามรูปแบบนี้

2.3.4.1 ผู้สนใจกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือโรงเรียน

2.3.4.2 ประสานกับผู้อำนวยการโรงเรียนเพื่อขอดำเนินโครงการบางกิจกรรมในโรงเรียน และขอแกนนำที่เป็นครูเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยเพื่อประโยชน์ของเด็กในการ เรียนรู้เรื่องพัฒนาการตามวัยของมนุษย์ โดยใช้ทรัพยากรบุคคลในชุมชน และเอื้อประโยชน์ ต่อการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุในชุมชน และจะทำให้บุคคลต่างวัยในชุมชนมีโอกาสการ สื่อสารกันมากขึ้นเป็นการลดช่องว่างและปัญหาในชุมชน

2.3.4.3 ประชุมครูและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการฯ และให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้อธิบายให้แกนนำสุขภาพในการดำเนินกิจกรรม

2.3.4.4 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและครูกำหนดให้แกนนำสุขภาพเลือกผู้สูงอายุข้างบ้าน 5-8 คน เป็นคู่สนทนา โดยให้แกนนำสุขภาพเลือกตามความพอใจของแกนนำสุขภาพเอง แต่ไม่ให้ซ้ำกัน

2.3.4.5 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและครูจัดเวลาให้แกนนำสุขภาพ ได้มาเล่าถึงการ พู ด ค ุ ย กับผู้สูงอายุ สัปดาห์ละ 2-3 คน หมุนเวียนกันไป ตลอดระยะเวลาศึกษาวิจัย จะให้เกิด การสนทนาและ กิจกรรมระหว่างแกนนำกับผู้สูงอายุมากขึ้นโดยบางครั้งมีนักเรียนเข้าร่วม เรียนรู้ด้วย ซึ่งเป็นการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดีอีกทางหนึ่ง



2.3.4.6 คณะวิจัยจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถ่ายทอดเทคโนโลยีโดยแกนนำและผู้สูงอายุร่วมกิจกรรมกันที่ตำบลห้วยน้ำขาว อำเภอเมือง จังหวัดตราด

ระยะที่ 3 ประเมินรูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้พัฒนาขึ้น

การดำเนินงานตามรูปแบบที่ร่วมกันกำหนดข้างต้นภายในระยะเวลาเพียง 3 เดือนซึ่งสั้นมากสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและบริโภคนิสัยของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามนักวิจัยได้ประเมินผลการทดลองรูปแบบดำเนินการโดย (1) โดยสำรวจ ตรวจ วัด สุขภาพกาย และชีวเคมีในเลือด ด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจครั้งแรก วิเคราะห์เปรียบเทียบชุดข้อมูลครั้งที่ 1 กับชุดข้อมูลครั้งที่ 2 โดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย Standard Deviation, Wilcoxon Sign Rank Test และ (2) ถอดบทเรียนการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ (3) ถอดบทเรียนการเรียนรู้ของครู (4) ถอดบทเรียนการเรียนรู้ของนักวิชาการสาธารณสุข ได้ผลการประเมินโดยสรุปดังนี้

ผลการสำรวจสุขภาพกายและชีวเคมีในเลือด เมื่อพิจารณาเป็นกลุ่มที่มีการปฏิบัติสม่ำเสมอ โดยการจดบันทึกอาหารที่บริโภคอย่างต่อเนื่องและครบถ้วนจำนวน 33 คน พบว่าทั้ง แกนนำและผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มดังกล่าวมีผลการวิเคราะห์คือ

หลังการจดบันทึกรายการอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภค มีผู้สูงอายุจำนวน 25 คน เข้าร่วมกิจกรรม โดยเป็นเพศชาย จำนวน 3 คน หญิง 22 คน ในกรณีนี้เป็นกลุ่มแกนนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารจำนวน 6 คน มีอายุ เฉลี่ย 64.1 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.2 ปี มากที่สุด 77.0 ปี น้อยที่สุด 51.0 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-70 ปี รองลงมาคือช่วงอายุน้อยกว่า 60 ปี และมากกว่า 70 ปี ตามลำดับ มีโรคประจำตัวทั้งหมด 20 คน ได้แก่ ไขมันในระดับเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคกระเพาะอาหาร และภูมิแพ้

โดยเมื่อตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดพบว่า เฉลี่ยอยู่ที่ 71.2 mg/dL ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 19.7 mg/dL มากที่สุด 125.0 mg/dL น้อยที่สุด 46.0 mg/dL ภาพรวมอยู่ในกลุ่มปกติมากที่สุด จำนวน 17 คน และอยู่ในกลุ่มเสี่ยง 2 คน ในกลุ่มแกนนำพบว่า จำนวน 4 คนอยู่ในกลุ่มปกติ และจำนวน 1 คนอยู่ในกลุ่มเสี่ยง

ในส่วนของระดับคอเลสเตอรอลในเลือด พบว่า เฉลี่ยอยู่ที่ 197.1 mg/dL ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 39.5 mg/dL มากที่สุด 292.0 mg/dL น้อยที่สุด 150.0 mg/dL ในภาพรวมอยู่ในกลุ่มปกติ จำนวน 15 คน เริ่มสูง 5 คน และเสี่ยงสูง 4 คน ในส่วนกลุ่มแกนนำนั้น พบว่า อยู่ในกลุ่มปกติ 3 คน และอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง 2 คน ในกรณีนี้แกนนำจำนวน 1 คน มีระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูงกว่าเกินช่วงที่กำหนด



บทที่ 4

สรุปผลงาน อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

บทนี้จะนำเสนอข้อค้นพบตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะในแต่ละประเด็น ดังนี้

4.1 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนชนบทไทย

สรุปผลงาน รูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนชนบทไทย จากการวิจัยนี้ เป็นกระบวนการที่กำหนดให้ครู นักวิชาการสาธารณสุขในพื้นที่ และแกนนำสุขภาพมีบทบาทสำคัญ ผ่านกลไกการสื่อสาร โดยวิธีการให้แกนนำสุขภาพ เลือกผู้สูงอายุข้างบ้าน 5-8 คนที่แกนนำสุขภาพสนใจจะสนทนาสื่อสารด้วย การใช้คำถามง่ายๆ 2 ประโยค คือ (1) วันนี้มีความสุขกับเรื่องใดมากที่สุดให้เล่าให้ฟังด้วย (2) อาหารการกินและกิจกรรมสิ่งที่ทำในวันนี้ดีต่อสุขภาพอย่างไร และใช้โรงเรียนหรือศาลาอิมทะเลขของเทศบาลบางพระเป็นฐานการดำเนินการ มีนักวิชาการสาธารณสุขร่วมให้ข้อมูลและพัฒนาความสามารถของแกนนำสุขภาพให้สามารถพูดคุยให้โภชนศึกษาแก่ผู้สูงอายุได้ต่อเนื่อง ในเวลา 3 เดือน ทุกสองสัปดาห์ให้คุณครูและนักวิชาการสาธารณสุขร่วมกัน จัดเวที ให้แกนนำสุขภาพได้เล่าเรื่องที่ได้รับฟัง หรือทำกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุ สอบถามตามเรื่องที่แกนนำสุขภาพสนใจ ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามความสนใจของแกนนำสุขภาพ

ผลจากการใช้รูปแบบทำให้ เกิดผลบวกต่อแกนนำสุขภาพ ครู โดยจากการถอดบทเรียนพบข้อมูล ดังนี้

4.1.1 แกนนำสุขภาพ มีกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุ

(1) เข้าร่วมกิจกรรมกับผู้สูงอายุในวันสำคัญทางศาสนา เช่น วิสาขบูชา (2) ไปพบปะพูดคุยสารทุกข์สุขดิบ ให้ผู้เฒ่าเล่าประสบการณ์เรื่องต่างๆ อดีตและความเป็นมาของท้องถิ่น เรียนรู้เกี่ยวกับการเข้ากับผู้สูงอายุ การปรับตัวให้อยู่ร่วมกับคนต่างวัยได้ (3) ให้ความช่วยเหลือตามสภาพ (4) ไปนวดผ่อนคลาย (5) ไปทำขนมรับประทานกัน แนะนำให้ผู้สูงอายุกินอาหารที่เป็นประโยชน์ (6) ไปช่วยเก็บกวาดบ้าน และบริเวณรอบบ้าน ช่วยเหลือผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมประจำวัน (7) แนะนำผู้สูงอายุออกกำลังกาย และออกกำลังกายกลางแจ้ง



4.1.2 แขนงนำสุขภาพ มีความเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อผู้สูงอายุ

(1) เกิดความตระหนักเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ (2) มีนิสัยเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น สุขภาพเรียบร้อยมากขึ้น มีอรรถยาศัยไมตรีดีขึ้น (3) กล้าพูด กล้าคุยกับผู้สูงอายุหรือเพื่อนบ้าน รู้จักทักทาย พูดจาไม่รังเกียจ (4) เกิดความรัก ความสงสาร ความเข้าใจในวัยผู้สูงอายุ (5) ความผูกพัน เคารพ และเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ (6) อยากทำกิจกรรมพร้อมๆ กับผู้สูงอายุ (7) เกิดความสำนึกในการดูแลช่วยเหลือ และเกิดความกตัญญูรู้คุณ (8) มีความสุขเมื่อได้พูดคุยหรือสนทนาเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ตนเองดูแล (9) ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ซึ่งกันและกัน ในเรื่องต่างๆ เช่น การทำงาน และกับผู้สูงอายุ (10) ได้เรียนรู้วิถีชีวิตของผู้สูงอายุและ ชุมชนตั้งแต่อดีตสู่ปัจจุบัน

4.1.3 แขนงนำสุขภาพ มีความเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง

(1) เปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น เกิดความรัก ความเข้าใจ และรู้จักการให้ต่อผู้อื่น รู้คุณค่า แขนงนำสุขภาพมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงทั้ง 6 ด้าน เช่น ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สติปัญญา และจิตสำนึก รักในขนบธรรมเนียมประเพณีไทย (2) มีสัมมาคารวะมากขึ้น กล้าแสดงออกมากขึ้น กล้าพูดกล้าคุย กล้าซักถาม (3) รับผิดชอบมากขึ้น (4) เปลี่ยนแปลงไปในเรื่องของคุณธรรม จริยธรรม ความอ่อนน้อม รู้จักการให้ มีน้ำใจช่วยเหลือเผื่อแผ่ ถามทุกข์สุขต่างๆ เอื้ออาทร เห็นความยากลำบากของผู้สูงอายุแต่คุณธรรมสูง สร้างจิตสำนึกให้แขนงนำสุขภาพหวงแหนบ้านเกิด เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ เจตคติที่ดีของผู้สูงอายุ เข้าใจวิถีชีวิตการเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ (5) อยากสืบทอดวัฒนธรรมของท้องถิ่นด้วยตนเอง

4.1.4 โรงเรียน โดยครูนำกระบวนการให้แขนงนำสุขภาพไปพูดคุยกับผู้สูงอายุมาประยุกต์ใช้

(1) สอนในกลุ่มสาระสุขศึกษาและพลศึกษา สังคมศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรม โดยทางกลุ่มหัวหน้างานกิจกรรมได้จัดให้ทำโครงการ ทำความดี ถวายในหลวง (2) วิชาการงานอาชีพและวิชาโครงการต่างๆ มีการให้แขนงนำสุขภาพสอบถามข้อมูลโครงการจากผู้สูงอายุในชุมชน การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น ขั้นตอนการประกอบอาหารพื้นบ้านต่างๆ ขั้นตอนการประกอบอาชีพ ภูมิปัญญาพื้นบ้าน อุปกรณ์เครื่องมือในการดำรงชีวิตประจำวัน ยารักษาโรค การละเล่นพื้นบ้าน ประเพณีต่างๆ สืบทอดประเพณีวัฒนธรรม การครองตน การสร้างคุณงามความดี การช่วยเหลือ เผื่อแผ่ของชุมชน

อภิปรายผล รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนชนบทไทย โดยมีแขนงนำสุขภาพเข้าไปหาและ สนทนาด้วย เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการ เพราะผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยทางด้านร่างกาย ขาดความคล่องตัว ไปไหนมาไหนลำบาก การมีแขนงนำสุขภาพมาคุยด้วย ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า ได้อาศัยไหว้วานทำงานเล็กน้อย ได้รับรู้เรื่องปัจจุบันของคนในชุมชน การสนทนาที่มีต่อเนื่องเป็นระยะๆ ประกอบกับการให้ความรู้เรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุจากนักวิชาการสาธารณสุข ทำให้แขนงนำ



สุขภาพเข้าใจผู้สูงอายุ และมีหลายรายที่มีความผูกพันกันและให้ความช่วยเหลือเล็กน้อยๆ ซึ่งกันและกัน
ต่างคนต่างภูมิใจที่ได้มีส่วนช่วยเหลือกัน กระบวนการนี้ช่วยลดช่องว่างระหว่างคนวันต่างๆและผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

- (1) สำหรับผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สามารถนำรูปแบบแกนนำสุขภาพดูแลผู้สูงอายุตามความสมัครใจ ไปใช้ในชุมชนโดยอาศัยโรงเรียนเป็นฐานร่วมกับหน่วยบริการสาธารณสุขได้
- (2) ผู้วิจัยที่สนใจ ควรทดลองทำวิจัยรูปแบบนี้ แต่อาจเลือก แกนนำสุขภาพเป็นนักเรียนในระดับชั้นต่างๆ เช่น มัธยมต้น หรือเลือกเป็นเยาวชนอาสาสมัครโดยไม่จำกัดวัย
- (3) ผู้วิจัยที่สนใจ ควรทดลองทำวิจัยรูปแบบนี้ ในระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี เพื่อให้สามารถวัดผลสัมฤทธิ์ในเชิงความยั่งยืนได้อย่างชัดเจน

4.2 การยกระดับโภชนาการและสุขภาพกายผู้สูงอายุ

สรุปผลงาน จากข้อมูลจะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุในตำบลบางพระ อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ก่อนการจัดบันทึกรายการอาหารที่บริโภคนั้น จะมีระดับน้ำตาลในเลือด และระดับคอเลสเตอรอลในเลือดอยู่ในระดับสูงมากกว่าหลังให้จัดบันทึกรายการอาหารที่บริโภค ทั้งนี้เนื่องมาจาก ผู้สูงอายุสามารถระมัดระวังการบริโภคอาหารของตนเองได้มากขึ้น มีความตระหนักที่จะดูแลตนเอง แต่ในการนี้ก็ยังผู้สูงอายุที่ระดับคอเลสเตอรอลสูงเกินช่วงที่กำหนด และจากการสอบถามเป็นรายบุคคลของผู้ที่มีระดับคอเลสเตอรอลสูง พบว่า ครอบครัวของผู้สูงอายุมีอาชีพประมง ซึ่งอาหารที่ครอบครัวปรุง หรือผู้สูงอายุปรุงเอง เป็นอาหารทะเลที่ได้มาจากการออกเรือ ส่วนในกลุ่มที่ระดับคอเลสเตอรอลต่ำกว่าช่วงที่กำหนดนั้น ได้มีการแนะนำให้ผู้สูงอายุไปพบแพทย์เพื่อตรวจละเอียดอีกครั้ง เพราะคอเลสเตอรอลที่ตรวจวัดนั้น ยังไม่ได้จำแนกว่าเป็นไขมันดี หรือไขมันเลว และถ้าผู้สูงอายุมีอยู่ในระดับที่ต่ำมากๆก็อาจส่งผลกระทบต่อระบบการทำงานต่างๆของร่างกาย

และจากการสอบถามข้อมูลการบริโภคอาหารในกลุ่มแกนนำฯ ทำให้พบว่า ในตำบลบางพระนั้น ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับอาหารที่บริโภค โดยชมรมผู้สูงอายุตำบลบางพระ ได้มีการแนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย ซึ่งผู้สูงอายุจะรวมกลุ่มกันออกกำลังกาย ได้มีการพบปะสังสรรค์กัน รวมถึงมีการแนะนำการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับวัยของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามนอกจากชมรมผู้สูงอายุในตำบลบางพระแล้ว ยังมีชมรมคนรักในหลวงในตำบลบางพระ อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ที่ให้ความสำคัญกับการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ โดยทางชมรมได้มีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตตามหลักปรัชญา



เศรษฐกิจพอเพียง สนับสนุนให้ผู้สูงอายุปลูกผัก เลี้ยงปลากินเอง เพื่อที่จะได้บริโภคอาหารที่สะอาด ปลอดภัยจากสารเคมี รวมถึงเป็นอาหารที่เหมาะสมกับวัยของผู้สูงอายุด้วย

จากการเปรียบเทียบสภาวะสุขภาพกายของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดสอบรูปแบบ โดย (1) ค่าความดันโลหิต (2) ค่าดัชนีมวลกาย (3) ค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลง (4) ค่าคอเลสเตอรอล โดยรวม และใช้สถิติ Wilcoxon Sign Rank test เปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดสอบรูปแบบ พบว่า ผู้สูงอายุ มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ค่าคอเลสเตอรอลโดยรวมลดลง ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) สำหรับค่า Mean arterial pressure ค่าดัชนีมวลกาย และค่า Triglyceride มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่มีนัยสำคัญ

อภิปรายผล หลังการทดสอบรูปแบบ ผลการประเมินสุขภาพกายเปลี่ยนแปลงอาจมีผลจากการมีความเคลื่อนไหวตนเองเนื่องจากมีแกนนำสุขภาพชวนทำกิจกรรม ซึ่งไม่ค่อยได้ทำมาก่อน หรือทำได้มากขึ้นเพราะมีแกนนำสุขภาพเป็นผู้ช่วย อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงสุขภาพกายอาจไม่ได้เกิดจากผลการวิจัยทั้งหมด แต่จากข้อสังเกตของนักวิชาการสาธารณสุขที่รับผิดชอบการดูแลผู้สูงอายุ มีความเห็นว่ากิจกรรมโครงการนี้แกนนำสุขภาพทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตชีวา กระฉับกระเฉงขึ้น ซึ่งการกระตุ้นจะเป็นเฉพาะช่วงที่แกนนำสุขภาพมาคุย/ทำกิจกรรม เมื่อหมดช่วงเวลานั้นๆ ผู้สูงอายุก็จะกลับสู่ภาวะเหมือนเดิม จึงเกิดผลดีกับร่างกายและในขณะเดียวกันผู้สูงอายุก็ยอมรับว่าพอใจกับโครงการนี้มาก

ข้อเสนอแนะ ในการยกระดับสุขภาพกายของผู้สูงอายุ จากโครงการนี้เห็นผลชัดเจน แต่เนื่องจากทั้งแกนนำสุขภาพ และผู้สูงอายุ เป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ ต้องมีผู้คอยติดตามเชื่อมโยงกิจกรรมให้ต่อเนื่อง ในกรณีนี้ครู นักวิชาการสาธารณสุขในพื้นที่ และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ถ้าสามารถสร้างกิจกรรมได้จะเกิดผลดีต่อผู้สูงอายุมาก

4.3 การเพิ่มประสิทธิภาพของบุคลากรสาธารณสุข

สรุปผลงาน ประสิทธิภาพที่เพิ่มขึ้นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คือ (1) การขยายบริการให้การดูแลผู้สูงอายุได้ทั่วถึงมากขึ้น ผู้สูงอายุบางคนเดินทางมาไม่ถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การมีแกนนำสุขภาพนำทางไปทำให้ครอบคลุมบริการมากขึ้น และจากการตรวจวัดสุขภาพทั้งด้านจิต และกาย พบผู้ที่มีปัญหารุนแรง ก็เข้าไปช่วยเหลือให้ดีขึ้นได้ทันที่ (2) การเรียนรู้เรื่องการวิจัยที่ไม่ซับซ้อนใช้งบประมาณไม่มาก แต่สร้างผลกระทบเชิงบวกต่อการให้บริการสุขภาพของประชาชนได้มาก โดยเฉพาะเรื่องแกนนำที่อายุไม่มากและผู้สูงอายุ นักวิชาการสาธารณสุขสามารถพัฒนาต่อยอดงานวิจัยด้วยการนำเยาวชนอาสาสมัครในเขตตำบลบางพระมาสื่อสารกับผู้สูงอายุเพื่อเป้าหมายลดความเสี่ยงของโรคภาวะไขมันในเลือดสูงของกลุ่มผู้สูงอายุ



อภิปรายผล เนื่องจากงานวิจัยนี้ดำเนินการโดยให้บทบาทเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและครูในโรงเรียนในการร่วมสร้างกิจกรรม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะให้ความสนใจมากกว่า อาจเพราะมีหน้าที่ต้องดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่แล้ว กลวิธีนี้น่าจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีขึ้นได้ โดยไม่ต้องใช้งบประมาณมากนัก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงมองเห็นรายละเอียดในกระบวนการและมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบอย่างมาก และมองการณ์ไกลไปถึงการรื้อฟื้นให้สังคมแบบดั้งเดิมกลับมา ความเอื้ออาทร ความห่วงใย จะทำให้เกิดความเข้มแข็งของชุมชนด้วย

ข้อเสนอแนะ ในระดับนโยบาย ควรมีการกำหนดให้นำรูปแบบไปทดลองใช้ในชุมชนเมืองทั่วไป ซึ่งมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตั้งอยู่ หรือจัดเป็นแนวทางทางเลือกในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนเมือง เชื่อว่าจะช่วยปรับปรุงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้ดีขึ้นได้ โดยใช้งบประมาณไม่มาก สอดคล้องกับแนวนโยบายการช่วยเหลือผู้สูงอายุ และการทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นอกจากนี้ยังเป็นการพัฒนาจิตวิญญาณของแกนนำสุขภาพซึ่งก็คือผู้ที่อยู่ร่วมชุมชนนั่นเอง และพัฒนาสังคมด้วย

ในกลุ่มนักวิชาการ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ควรจัดทำในกลุ่มที่มีจำนวนขนาดน้อยกว่านี้ เพราะจะมีปัญหาด้านระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลมาก



บรรณานุกรม

- กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. (2554). **การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว**. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก www.udo.moph.go.th/promote/joomla/การดำเนินงานผู้สูงอายุ.ppt, สืบค้นเมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2558.
- กองทุนสหประชาชาติ. *ภาวะประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย: สภาพการณ์และนโยบาย*. กรุงเทพฯ: กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ, 2549.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). **การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยชุมชน**. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก http://www.thatoomhsp.com/userfiles/16_%20การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยชุมชน.pdf, สืบค้นเมื่อวันที่ 19 พฤษภาคม 2558.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). **การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน**. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก http://203.157.7.55/mserv/data_center/mserv_mod/20140914_221954_428353_file.pdf, สืบค้นเมื่อวันที่ 19 พฤษภาคม 2558.
- คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี. (2545). **แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564)**. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก http://www.npmhomeperson.dsdw.go.th/document/plan/plan2545_2564.pdf, สืบค้นเมื่อวันที่ 14 พฤษภาคม 2558.
- คณะกรรมการกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุและผู้พิการ สภาผู้แทนราษฎร, กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2554). **การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ**. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์
- คณะกรรมการกิจการสตรี เยาวชนและผู้สูงอายุ วุฒิสภา. *วันของฉัน ผืนของเธอ "สะพานรักระหว่างคนสองวัย"* : รวมผลงานชนะเลิศประกวดเรียงความเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. [กรุงเทพฯ]: คณะ, [2547] เจริญ ธานีรัตน์. (2551). การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. *วารสารรามคำแหง*. 25, 148-159.
- ชญาณิศ เขียวสด และคณะ. (2553). **การศึกษาและพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวด้วยการบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน**. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก <http://203.157.71.148/Information/center/reserch%2054/shiyamid54.pdf>, สืบค้นเมื่อวันที่ 14 พฤษภาคม 2558.
- ฐานข้อมูลหลักประกันสุขภาพเครือข่าย CUP ศรีราชา วันที่ 6 มีนาคม 2558.



- ธิดารัตน์. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ (Factors affecting nutritional status). (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก <http://thidaratana.blogspot.com/2011/11/nutrition-in-adult-and-elderly.html>. สืบค้นเมื่อวันที่ 14 พฤษภาคม 2558.
- นวนิตย์ จันทร์ชุ่ม. (2556). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุเขตบางขุนเทียน กรุงเทพมหานคร. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก intranet.opp.go.th/fls/fls_uploads/51224/บทความ%20สำรอง.docx, สืบค้นเมื่อวันที่ 18 พฤษภาคม 2558.
- เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ ปันดดา ปริญญา และญาณิศา โชติกะคาม. (2555). ศึกษากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลมาบแค. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/download/3061/2750>, สืบค้นเมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2558.
- เพียงจันทร์ เศวตศรีสกุล และคนอื่นๆ. *โครงการพัฒนานักวิจัยรุ่นเยาว์*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2548.
- มนพร สุภาพ. *ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุด้านการส่งเสริมสุขภาพ: ศึกษาเฉพาะกรณีชมรมผู้สูงอายุในอำเภอลิซล จังหวัดนครศรีธรรมราช*. [กรุงเทพฯ?]: ม.ป.พ., 2550.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนชมพู. (2555). การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก http://www.aihd.mahidol.ac.th/sites/default/files/images/new/chn/stage_develop_chs/stage8/older_donchompu.pdf, สืบค้นเมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2558.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดสลุด ตำบลบางแก้ว. (2557). *ตำบลต้นแบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาว*. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก <https://samutprakamhealth.files.wordpress.com/2012/04/การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว.ppt>, สืบค้นเมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2558.
- สลักจิต ศรีสุระ. (2552). *วิถีชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลหัวทะเล อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา*. ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2558*. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก http://203.157.181.5/yasopho/plan58/kpi_update_30sep2014.pdf, สืบค้นเมื่อวันที่ 14 พฤษภาคม 2558.



บรรณานุกรม (ต่อ)

อุบลวรรณ ปิ่นทะ. (2552). การบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาโภชนาศาสตร์ศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Anthony S. Fauci, MD and et al. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 17th ed. ed. New York: McGraw-Hill Medical, 2008.

Daniel, Wayne W. *Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Science*. 5th ed. ed. Singapore: Wiley 1991.



ภาคผนวก



คำอธิบายเพื่อชี้แจงกับผู้ถูกวิจัย (ผู้สูงอายุ)

เรื่อง แบบแผนการบริโภคอาหารภาวะโภชนาการและปัจจัยขับเคลื่อนชุมชนผู้สูงอายุสุขภาพดี

คณะผู้วิจัยขอเชิญท่านเข้าร่วมการโครงการวิจัย “แบบแผนการบริโภคอาหารภาวะโภชนาการและปัจจัยขับเคลื่อนชุมชนผู้สูงอายุสุขภาพดี” ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการและภาวะสุขภาพแบบบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนบางพระ

อาหาร และโภชนาการเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อสุขภาพของบุคคลทุกวัย รวมทั้งในวัยสูงอายุด้วย การที่ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารไม่เพียงพอหรือได้มากเกินไป จะมีผลซ้ำเติมอวัยวะต่างๆในร่างกายที่มีแนวโน้มจะเสื่อมอยู่แล้วให้เสื่อมมากขึ้น ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฯลฯ ในทางตรงกันข้าม ผู้ที่รับประทานอาหารเหมาะสมตลอดเวลา มักจะมีภาวะโภชนาการที่ดี ซึ่งก็จะช่วยลดปัญหาการเจ็บป่วย ชะลอความแก่ มีสุขภาพแข็งแรง และมีส่วนช่วยให้อายุยืนยาวขึ้นได้

เพื่อพัฒนาให้เมืองบางพระ เป็นเมืองที่ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการดีอย่างยั่งยืน กลุ่มผู้วิจัยจึงขอเชิญชวนท่านเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้เพื่อสำรวจและค้นหาปัญหาโภชนาการของผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการและภาวะสุขภาพแบบบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนบางพระ

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจาก เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองบางพระ ซึ่งมีความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจในการให้ข้อมูล โดยในการวิจัยครั้งนี้ คาดว่าจะใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 6 เดือน ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2557 ถึงเดือนมีนาคม 2558

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการเข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ ท่านจะได้ทราบภาวะโภชนาการของตัวเอง ได้แก่ ความยาวรอบเอว น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย มวลกระดูก มวลกล้ามเนื้อ มวลน้ำ มวลไขมันในร่างกาย ตลอดจนค่าชีวเคมีในเลือด เช่น ระดับไขมัน ไตรกลีเซอไรด์ ผลการวิจัยในภาพรวมจะทำให้ทราบข้อมูลเรื่องแบบแผนการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในชุมชน ตลอดจนข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาสุขภาพและยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชน ซึ่งท่านสามารถนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้เพื่อการดูแลสุขภาพและภาวะโภชนาการของท่านได้

หากท่านตกลงเข้าร่วมการศึกษานี้ นั่นคือท่านจะเข้าร่วมประชุมระดมสมองปรึกษาหารืออย่างน้อย 3 ครั้ง เข้าร่วมกิจกรรมขับเคลื่อนชุมชนสุขภาพดี ท่านจะอนุญาตโดยสมัครใจให้คณะผู้วิจัยเก็บข้อมูลในการสำรวจภาวะโภชนาการของท่าน โดยท่านจะถูกสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป และแบบแผนการบริโภคอาหารของท่าน ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที และวัดสัดส่วนร่างกาย ตลอดจน



ตรวจวัดความหนาแน่นของมวลกระดูก ซึ่งจะใช้เวลาอีกประมาณ 30 นาที ท่านจะได้รับการเจาะเลือดที่ปลายนิ้วเพื่อตรวจหาค่าทางชีวเคมีในเลือดเบื้องต้น

อาการและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้จากการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ที่อาจพบได้คือ รอยเขียวช้ำบริเวณปลายนิ้วที่เจาะเลือด ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้โดยเฉพาะหากท่านรับประทานยาพวก แอสไพรินเป็นประจำ เป็นอาการที่ไม่มีอันตรายร้ายแรง เกิดเนื่องจากผลที่ถูกเจาะเลือดไม่ถูก

กตให้เลือดหยุด หรือกตไม่นานนพอ สามารถป้องกันได้โดยการใช้นิ้วกดบริเวณปากแผลที่ถูกเจาะเลือดไว้สักครู่ จนกว่าเลือดจะหยุดไหล

ผลการตรวจของท่านจะถูกแจ้งกลับให้ท่านทราบเป็นรายบุคคลโดยไม่ถูกเปิดเผยต่อผู้อื่น สำหรับการนำเสนอต่อสาธารณะ ผู้วิจัยจะนำข้อมูลของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งหมดมาประมวล และนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ท่านสามารถยุติการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อท่านทั้งสิ้น

การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

หากท่านมีปัญหาสงสัย โปรดซักถามคณะผู้วิจัยได้ที่ทันที หรือหากท่านมีปัญหาข้อสงสัยในภายหลังท่านสามารถติดต่อคณะผู้วิจัยซึ่งมีรายชื่อดังต่อไปนี้

ดร.วนัสรา เชาวนนิยม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศิริพร จันทร์ฉาย

ดร. สุนิศา แสงจันทร์

ดร.พัชณา ใจดี

ภาควิชาพื้นฐานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

โทรศัพท์: 038 393266



แบบฟอร์มใบยินยอมให้ทำการศึกษา

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว)นามสกุล.....อายุ.....ปี
อยู่บ้านเลขที่หมู่ที่ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ได้รับคำอธิบายจาก ดร.วนัสรา เซวณนิยม เกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัย “แบบแผนการบริโภคอาหารภาวะโภชนาการและปัจจัยขับเคลื่อนชุมชนผู้สูงอายุสุขภาพดี” ว่ามีขั้นตอนอย่างไรบ้าง และทราบถึงผลใกล้เคียงอันอาจเกิดขึ้น ข้อดี ข้อเสีย เท่าที่ได้มีการศึกษาแล้ว โดยข้อความที่อธิบายประกอบด้วย

1. วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา และระยะเวลาที่ทำการศึกษา
2. ขั้นตอนและวิธีปฏิบัติตัวที่ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติ

ข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษานี้ เมื่อใดก็ได้ ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา และหากเกิดมีอาการผลข้างเคียงขึ้น ข้าพเจ้าจะรายงานให้แพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ที่กำลังปฏิบัติงานอยู่ในขณะนั้นทราบทันที ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าตามคำอธิบายข้างต้นแล้ว จึงได้ลงนามยินยอมให้ทำการศึกษา

ลงชื่อ.....อาสาสมัคร
(.....)

พยาน.....(ไม่ใช่ผู้อธิบาย)
(.....)



คู่มือแบบสำรวจ (ผู้สูงอายุ)

แบบสำรวจนี้เป็นแบบสำรวจผู้สูงอายุในโครงการวิจัย “แบบแผนการบริโภคอาหารภาวะโภชนาการและปัจจัยขับเคลื่อนชุมชนผู้สูงอายุสุขภาพดี” มีวัตถุประสงค์ เพื่อสำรวจและค้นหาปัญหาโภชนาการของผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนา รูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการและภาวะสุขภาพแบบบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนบางพระ

แบบสำรวจผู้สูงอายุในโครงการนี้ประกอบไปด้วย 2 ส่วน ได้แก่ **ส่วนที่ 1** ข้อมูลการสัมภาษณ์ ประกอบไปด้วย ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและอาหารที่บริโภค **ส่วนที่ 2** ข้อมูลการตรวจวัด ประกอบไปด้วย ข้อมูลการตรวจวัดสัดส่วนและองค์ประกอบร่างกาย ต่างๆ และข้อมูลการตรวจวัดค่าทางชีวเคมีในเลือด ได้แก่ ปริมาณน้ำตาล และไขมัน

ในแบบสัมภาษณ์แต่ละส่วนมีคำอธิบายประกอบดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลการสัมภาษณ์ ประกอบไปด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและอาหารที่บริโภค ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษาสูงสุด ศาสนา อาชีพในปัจจุบัน ลักษณะครอบครัว รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษาของผู้ดูแล อาชีพของผู้ดูแล ความพึงพอใจในรูปร่าง การออกกำลังกาย ความวิตกกังวลหรือความเครียด ประเภทอาหารที่รับประทานบ่อย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา/แอลกอฮอล์ รายการอาหารที่รับประทานปกติ ปริมาณอาหารที่ควรรับประทานในแต่ละวัน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการตรวจวัด ประกอบไปด้วย 1) ข้อมูลการตรวจวัดสัดส่วนและองค์ประกอบร่างกาย ต่างๆ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ดัชนีมวลกาย มวลกล้ามเนื้อ มวลไขมัน มวลกระดูก ปริมาณน้ำในร่างกาย 2) ข้อมูลการตรวจวัดค่าทางชีวเคมีในเลือด ได้แก่ ปริมาณน้ำตาลในเลือด ไตรกลีเซอไรด์ คอเลสเตอรอล ไขมันอิ่มตัว ไขมันไม่อิ่มตัว

ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยในข้อมูลส่วนรวม และเก็บข้อมูลในตู้เอกสารโดยผู้วิจัยปิดล็อกและเก็บกุญแจไว้กับผู้วิจัยเอง สำหรับตัวอย่างเลือดจะถูกเก็บแช่แข็งไว้เพื่อการศึกษาอื่นๆที่เกี่ยวข้องประมาณ 10 ปี



ใบให้ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (เจ้าหน้าที่ในชุมชนและผู้นำชุมชน)

เรื่อง แบบแผนการบริโภคอาหารภาวะโภชนาการและปัจจัยขับเคลื่อนชุมชนผู้สูงอายุสุขภาพดี

คณะผู้วิจัยขอเชิญท่านเข้าร่วมการโครงการวิจัย “แบบแผนการบริโภคอาหารภาวะโภชนาการและปัจจัยขับเคลื่อนชุมชนผู้สูงอายุสุขภาพดี” ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการและภาวะสุขภาพแบบบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนบางพระ

อาหาร และโภชนาการเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อสุขภาพของบุคคลทุกวัย รวมทั้งในวัยสูงอายุด้วยการที่ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารไม่เพียงพอหรือได้มากเกินไป จะมีผลซ้ำเติมอวัยวะต่างๆในร่างกายที่มีแนวโน้มจะเสื่อมอยู่แล้วให้เสื่อมมากขึ้น ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฯลฯ ในทางตรงกันข้าม ผู้ที่รับประทานอาหารเหมาะสมตลอดเวลา มักจะมีภาวะโภชนาการที่ดี ซึ่งก็จะช่วยลดปัญหาการเจ็บป่วยชะลอความแก่ มีสุขภาพแข็งแรง และมีส่วนช่วยให้อายุยืนยาวขึ้นได้

เพื่อพัฒนาให้บางพระ เป็นเมืองที่ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการดีอย่างยั่งยืน กลุ่มผู้วิจัยจึงขอเชิญชวนท่านเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้เพื่อสำรวจและค้นหาปัญหาโภชนาการของผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการและภาวะสุขภาพแบบบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนบางพระ โดยในการวิจัยครั้งนี้ คาดว่าจะใช้เวลา 6 เดือน ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2557 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2558

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการเข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ ท่านสามารถนำข้อมูลแบบแผนการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ และข้อเสนอเชิงนโยบาย ซึ่งเป็นผลการวิจัยไปใช้ในการดูแลภาวะโภชนาการ และเพื่อพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

หากท่านตกลงเข้าร่วมการศึกษานี้ นั่นคือท่านอนุญาตโดยสมัครใจ ให้คณะผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลหลังเครือข่ายในชุมชน ในการให้บริการดูแลสุขภาพและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในชุมชน การสัมภาษณ์จะใช้เวลาประมาณ 30 นาที ทั้งนี้ผู้วิจัยจะไม่เปิดเผยความคิดเห็นและข้อมูลบุคคลของท่านเป็นรายบุคคล แต่จะนำความคิดเห็นที่ได้จากการสัมภาษณ์ทั้งหมดมาประมวล และนำเสนอต่อสาธารณะในภาพรวมเท่านั้น ท่านสามารถยุติการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อท่านทั้งสิ้น

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยเร็วและไม่ปิดบัง

หากท่านมีปัญหาสงสัย โปรดซักถามคณะผู้วิจัยซึ่งมีรายชื่อดังต่อไปนี้

ดร.วนัสรา เชาว์นิยม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศิริพร จันทร์ฉาย

ดร. สุนิศา แสงจันทร์

ดร.พัชณา ใจดี

ภาควิชาพื้นฐานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

โทรศัพท์: 038 393266

แบบฟอร์มยินยอมให้ทำการศึกษา



ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว)นามสกุล.....อายุ.....ปี อยู่
บ้านเลขที่หมู่ที่ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....

ได้รับคำอธิบายจาก..... (ชื่อ-สกุลผู้อธิบาย) เกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัคร
ในโครงการวิจัย “แบบแผนการบริโภคอาหารภาวะโภชนาการและปัจจัยขับเคลื่อนชุมชนผู้สูงอายุสุขภาพ
ดี” ว่ามีขั้นตอนอย่างไรบ้าง และทราบถึงผลใกล้เคียงอันอาจเกิดขึ้น ข้อดี ข้อเสีย เท่าที่ได้มีการศึกษาแล้ว
โดยข้อความที่อธิบายประกอบด้วย

1. วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา และระยะเวลาที่ทำการศึกษา
2. ขั้นตอนและวิธีปฏิบัติตัวที่ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติ

ข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษานี้ เมื่อใดก็ได้ ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา และหากเกิดมีอาการ
ผลข้างเคียงขึ้น ข้าพเจ้าจะรายงานให้แพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ที่กำลังปฏิบัติงานอยู่ในขณะนั้นทราบทันที

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจตามคำอธิบายข้างต้นแล้ว จึงได้ลงนามยินยอมให้ทำการศึกษา

ลงชื่อ..... ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(.....)

พยาน.....(ไม่ใช่ผู้อธิบาย)
(.....)



แบบสัมภาษณ์ (เจ้าหน้าที่ในชุมชนและผู้นำชุมชน)

แบบสัมภาษณ์นี้เป็นแบบสัมภาษณ์ในส่วนเจ้าหน้าที่ในชุมชนและผู้นำชุมชน ของโครงการวิจัย “แบบแผนการบริโภคอาหารภาวะโภชนาการและปัจจัยขับเคลื่อนชุมชนผู้สูงอายุสุขภาพดี” มีวัตถุประสงค์ เพื่อสำรวจและค้นหาปัญหาโภชนาการของผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการและภาวะสุขภาพแบบบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนบางพระ

แบบสัมภาษณ์ในส่วนเจ้าหน้าที่ในชุมชนและผู้นำชุมชนนี้ประกอบไปด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านเครือข่ายการดูแลสุขภาพและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในชุมชน และส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านนโยบายสาธารณะและยุทธศาสตร์ท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในชุมชน ในแบบสัมภาษณ์แต่ละส่วนมีคำอธิบายประกอบดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษาสูงสุด ตำแหน่งงาน ลักษณะงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในเทศบาลตำบลบางพระ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านเครือข่ายการดูแลสุขภาพและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ เครือข่ายในชุมชนที่ทำงานด้านการดูแลสุขภาพของประชาชนในเทศบาลตำบลบางพระ เครือข่ายในชุมชนที่ทำงานด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเทศบาลตำบลบางพระ ความคิดเห็นที่มีต่อกลุ่มเครือข่ายในการทำงานด้านการดูแลสุขภาพและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในเทศบาลตำบลบางพระ ความคิดเห็นที่มีต่อกลุ่มเครือข่ายในการทำงานด้านการดูแลสุขภาพและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในเทศบาลตำบลบางพระ สิ่งที่เครือข่ายด้านการดูแลสุขภาพและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในเทศบาลตำบลบางพระควรปรับปรุงเพื่อพัฒนาการดำเนินงาน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านนโยบายสาธารณะและยุทธศาสตร์ท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ นโยบายของเทศบาลตำบลบางพระที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในเทศบาลตำบลบางพระ ยุทธศาสตร์การดำเนินงานของเทศบาลตำบลบางพระที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในเทศบาลตำบลบางพระ ข้อเสนอเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในเทศบาลตำบลบางพระ

ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยในข้อมูลส่วนรวม และเก็บข้อมูลในตู้เอกสารโดยผู้วิจัยปิดล็อกและเก็บกุญแจไว้กับผู้วิจัยเอง



(สำหรับเจ้าหน้าที่)

วันที่.....

ID No.

แบบสอบถามเรื่อง

เรื่องแบบแผนการบริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการ และปัจจัยขับเคลื่อนชุมชนผู้สูงอายุสุขภาพดี

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง เติมข้อความลงในช่องว่าง และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง () ตามความจริง

1. ชื่อ (นาย, นาง, นางสาว) นามสกุล.....
2. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
3. อายุ ปี
4. สัดส่วน และองค์ประกอบร่างกาย
 - 4.1 น้ำหนัก..... กิโลกรัม,
 - 4.2 ส่วนสูง..... เซนติเมตร
 - 4.3 ความดันโลหิต...../.....มิลลิเมตรปรอท
 - 4.4 ความยาวรอบเอว เซนติเมตร
 - 4.5 ความยาวรอบสะโพก เซนติเมตร
 - 4.6 ดัชนีมวลกาย (BMI).....
 - 4.7 มวลกล้ามเนื้อ (Muscle Mass).....
 - 4.8 มวลไขมัน (Body fat).....%
 - 4.9 มวลกระดูก (BMD).....
 - 4.10 ปริมาณน้ำในร่างกาย (TBW).....%
5. ศาสนา
 - () 1. พุทธ () 2. คริสต์ () 3. อิสลาม () 4. อื่นๆ ระบุ.....
6. สถานภาพการสมรส
 - () 1. โสด () 2. แต่งงานและยังอยู่ด้วยกัน () 3. แต่งงานและแยกกันอยู่ () 4. ม่าย
7. ศาสนา () 1. พุทธ () 2. คริสต์ () 3. อิสลาม () 4. อื่นๆ ระบุ
8. อาชีพในปัจจุบันของท่าน
 - () 1. ไม่ได้ทำงาน () 2. รัฐวิสาหกิจ..... () 3. รับจ้าง.....
 - () 4. ข้าราชการ..... () 5. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว.....
 - () 6. เกษตรกร..... () อื่นๆ ระบุ.....
9. ปัจจุบัน ท่านพักอาศัยอยู่กับใคร
 - () 1. อยู่คนเดียว () 2. อยู่กับสามีหรือภรรยา () 3. อยู่กับลูกหรือหลาน
 - () 4. อยู่กับญาติ () 5. อยู่กับสมาชิกข้อ 2 3 และ 4



10. รายได้ของครอบครัวท่านเป็นอย่างไร
 1. เพียงพอ และเหลือเก็บ 2. เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ 3. ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน
11. ระดับการศึกษาของผู้ดูแลท่าน
 1. ไม่มีผู้ดูแล (ข้ามไปข้อ 13) 2. ประถมศึกษา 3. มัธยมศึกษา 4. ปวช.-ปวส.
 5. ปริญญาตรี 6. สูงกว่าปริญญาตรี 7. ไม่ได้เรียนหนังสือ
12. อาชีพของผู้ดูแลท่านคืออะไร.....
13. ท่านคิดว่ารูปร่างของท่านเป็นอย่างไร
 1. สมส่วน กำลังดี 2. น้ำหนักพอเหมาะ แต่มีส่วนเกิน 3. น้ำหนักเกิน
 4. อ้วน 5. อ้วนมากและจำเป็นต้องลดอย่างเร่งด่วน
14. ปัจจุบันท่านมีความวิตกกังวลหรือมีความเครียดหรือไม่
 1. มี เรื่อง..... 2. ไม่มี
15. โรคประจำตัว
 1. ไม่มี 2. มี ระบุ.....
16. ยาที่ท่านกินอยู่ปัจจุบัน
 1. ไม่มี 2. มี ระบุ.....
 ขนาดที่กิน
 วิธีการกิน.....
17. ผลิตภัณฑ์อาหารเสริม ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร วิตามิน แร่ธาตุ ฯลฯ ที่กินเพิ่มเติมจากอาหารปกติประจำวัน
 1. ไม่มี 2. มี ระบุ.....
 ขนาดที่กิน
 วิธีการกิน.....
18. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ เหล้า เบียร์ สาโท ไวน์ ฯลฯ
 1. ไม่ดื่มเลย 2. ดื่ม 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ 3. ดื่ม 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์
 4. ดื่ม 5-6 ครั้งต่อสัปดาห์ 5. ดื่มทุกวัน
19. หากท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มชนิดใดที่ท่านดื่มบ่อยที่สุด
 1. เหล้า 2. เบียร์ 3. ไวน์
 4. อื่นๆ โปรดระบุ.....
20. หากท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
 20.1 ท่านดื่มครั้งละกี่แก้ว แก้ว
 20.2 ท่านดื่มแบบใด
 1. ดื่มแบบไม่ผสม 2. ดื่มแบบผสมน้ำเปล่า
 3. ดื่มแบบผสมน้ำโซดา 4. ดื่มแบบผสมน้ำอัดลม
 5. ดื่มแบบอื่นๆ ระบุ.....
21. บุหรี่ หรือยาสูบ
 1. ไม่สูบเลย 2. สูบ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ 3. สูบ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์
 4. สูบ 5-6 ครั้งต่อสัปดาห์ 5. สูบทุกวัน 6. เคยสูบ.....ปี เลิก.....ปี



22. หากท่านสูบบุหรี่ หรือยาสูบ

22.1 ท่านสูบบุหรี่..... มวน

23. การออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา เช่น เดินไกล ปั่นจักรยาน ว่ายน้ำ เต้นแอโรบิก รำมวยจีน ฯลฯ

() 1. ไม่ได้ทำ () 2. ทำ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ () 3. ทำ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์

() 4. ทำ 5-6 ครั้งต่อสัปดาห์ () 5. ทำทุกวัน

24. กิจกรรมประจำวันของท่าน

.....

.....

.....

.....

.....

25. ในแต่ละวันท่าน**ควร**รับประทานอาหารในหมวดต่างๆต่อไปนี้ในปริมาณเท่าไร

25.1 ข้าว แป้ง.....ทัพพี

25.2 เนื้อสัตว์.....ช้อนโต๊ะ

25.3 ผัก.....ทัพพี

25.4 ผลไม้.....ส่วน

25.5 นม (หรือ อาหารแคลเซียมสูงอื่นๆ) (ระบุชนิด)ม.ล. / กรัม

25.6 เครื่องดื่มรสหวาน ขนมหวาน (ระบุชนิด และปริมาณ).....

25.7 ไขมัน / น้ำมัน.....ช้อนชา

25.8 น้ำปลา ซีอิ๊ว ซอสรสเค็มต่างๆช้อนชา

เกลือ.....ช้อนชา

ตอนที่ 2 ข้อมูลอาหารที่รับประทาน

1. แต่ละวัน ท่านรับประทานกี่มื้อ

() 1. 1 มื้อ ระบุมื้ออาหารที่รับประทาน.....

() 2. 2 มื้อ ระบุมื้ออาหารที่รับประทาน.....

() 3. 3 มื้อ ระบุมื้ออาหารที่รับประทาน.....

() 4. อื่นๆ ระบุ.....

2. ประเภทอาหารที่ท่านรับประทานบ่อยที่สุด (ตอบได้เพียง 1 ข้อ)

() 1. ประเภทต้ม () 2. ประเภททอด

() 3. ประเภทแกง () 4. ประเภทย่าง ปิ้ง ร่มควัน

() 5. ประเภทนึ่ง () 6. ประเภทผัด

() 7. อื่นๆ ระบุ.....

3. ท่านมักรับประทานอาหารชนิดเดียวติดต่อกันเป็นเวลานานๆ หรือไม่

() 1. ไม่ชอบ () 2. ชอบ () 3. อื่นๆ ระบุ.....

4. ท่านรับประทานอาหารแบบตะวันตก เช่น แซมเบอร์เกอร์ พิซซา ฯลฯ บ่อยเพียงใด

() 1. ไม่เคยเลย () 2. 1-2 ครั้ง/สัปดาห์



- () 3. 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ () 4. 5-6 ครั้ง/สัปดาห์
 () 5. ทุกวัน () 6. นานๆ ครั้ง
 () 7. อื่นๆ ระบุ.....

5. ท่านรับประทานขนมหวานที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบบ่อยเพียงใด

- () 1. ไม่เคยเลย () 2. 1-2 ครั้ง/สัปดาห์
 () 3. 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ () 4. 5-6 ครั้ง/สัปดาห์
 () 5. ทุกวัน () 6. นานๆ ครั้ง
 () 7. อื่นๆ ระบุ.....



ตอนที่ 3 ความถี่การรับประทานอาหาร

รายการ	ไม่ เคย กิน	1-2 ครั้ง/ เดือน	1-2 ครั้ง/ สัปดาห์	3-4 ครั้ง/ สัปดาห์	5-6 ครั้ง/ สัปดาห์	ทุก วัน	หมายเหตุ
1.รับประทานอาหารครบ 5 หมู่							
2.รับประทานข้าวซ้อม มือ/ ข้าวกล้อง							
3.รับประทานผักใบ (สุก) น้อยกว่า 5 ท็อปพี							
4.รับประทานผักใบ (สุก) 5 ท็อปพี							
5.รับประทานผักใบ (สด) น้อยกว่า 10 ท็อปพี							
6.รับประทานผักใบ (สด) 10 ท็อปพี							
7.รับประทานผลไม้สด							
8.ดื่มนม และหรือ รับประทานผลิตภัณฑ์ที่ ทำจากนม							
9.รับประทานไข่							
10.รับประทานปลา							
11.รับประทานเนื้อสัตว์ไม่ ติดมัน							
12.ดื่มเครื่องดื่มเกลือแร่ เครื่องดื่มชูกำลัง							
13.รับประทานอาหารทอด							
14.ดื่มน้ำอัดลม							
15.ดื่มเครื่องดื่มชา กาแฟ							
16.รับประทานผลไม้หมัก ดอง							



แบบสัมภาษณ์การบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง

อาหารที่รับประทานต่อไปนี้เป็นรายการอาหารที่ท่านรับประทานปกติเท่านั้น

ไม่ใช่ วันพิเศษที่ไปร่วมงานเลี้ยงสังสรรค์ หรือวันที่มีอาการเจ็บป่วยไม่สบาย

1. ชื่อ - สกุล.....

วัน เดือน ปี	มื้อ อาหาร	สถานที่	รายการ อาหาร และราคา(ถ้าซื้อ)	ส่วนประกอบ	อาหารส่วนที่กิน(กรัม)		
					น้ำหนัก(สุก)	น้ำหนัก(ดิบ)	ปริมาณ
	มื้อเช้า						
	มื้อ กลางวัน						
	มื้อเย็น						



(สำหรับเจ้าหน้าที่)

วันที่.....

ID No.

แบบสอบถามเรื่อง

เรื่องแบบแผนการบริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการ และปัจจัยขับเคลื่อนชุมชนผู้สูงอายุสุขภาพดี

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง เติมข้อความลงในช่องว่าง และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง () ตามความจริง

3. ชื่อ (นาย, นาง, นางสาว) นามสกุล.....
4. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
3. อายุ ปี
4. สัดส่วน และองค์ประกอบร่างกาย
 - 4.1 น้ำหนัก..... กิโลกรัม,
 - 4.2 ส่วนสูง..... เซนติเมตร
 - 4.3 ความดันโลหิต...../.....มิลลิเมตรปรอท
 - 4.4 ความยาวรอบเอว เซนติเมตร
 - 4.5 ความยาวรอบสะโพก เซนติเมตร
 - 4.6 ดัชนีมวลกาย (BMI).....
 - 4.7 มวลกล้ามเนื้อ (Muscle Mass).....
 - 4.8 มวลไขมัน (Body fat).....%
 - 4.9 มวลกระดูก (BMD).....
 - 4.10 ปริมาณน้ำในร่างกาย (TBW).....%
5. ศาสนา
 - () 1. พุทธ () 2. คริสต์ () 3. อิสลาม () 4. อื่นๆ ระบุ.....
6. สถานภาพการสมรส
 - () 1. โสด () 2. แต่งงานและยังอยู่ด้วยกัน () 3. แต่งงานและแยกกันอยู่ () 4. ม่าย
7. ศาสนา () 1. พุทธ () 2. คริส () 3. อิสลาม () 4. อื่นๆ ระบุ
8. อาชีพในปัจจุบันของท่าน
 - () 1. ไม่ได้ทำงาน () 2. รัฐวิสาหกิจ () 3. รับจ้าง () 4. ข้าราชการ
 - () 5. ค่าขาย/ธุรกิจส่วนตัว () 6. เกษตรกร () อื่นๆ ระบุ.....
9. ปัจจุบัน ท่านพักอาศัยอยู่กับใคร
 - () 1. อยู่คนเดียว () 2. อยู่กับสามีหรือภรรยา () 3. อยู่กับลูกหรือหลาน
 - () 4. อยู่กับญาติ () 5. อยู่กับสมาชิกข้อ 2 3 และ 4



10. รายได้ของครอบครัวท่านเป็นอย่างไร
 1. เพียงพอ และเหลือเก็บ 2. เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ 3. ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน
11. ระดับการศึกษาของผู้ดูแลท่าน
 1. ไม่มีผู้ดูแล (ข้ามไปข้อ 13) 2. ประถมศึกษา 3. มัธยมศึกษา 4. ปวช.-ปวส.
 5. ปริญญาตรี 6. สูงกว่าปริญญาตรี 7. ไม่ได้เรียนหนังสือ
12. อาชีพของผู้ดูแลท่านคืออะไร.....
13. ท่านคิดว่ารูปร่างของท่านเป็นอย่างไร
 1. สมส่วน กำลังดี 2. น้ำหนักพอเหมาะ แต่มีส่วนเกิน 3. น้ำหนักเกิน
 4. อ้วน 5. อ้วนมากและจำเป็นต้องลดอย่างเร่งด่วน
14. ปัจจุบันท่านมีความวิตกกังวลหรือมีความเครียดหรือไม่
 1. มี เรื่อง..... 2. ไม่มี
15. โรคประจำตัว
 1. ไม่มี 2. มี ระบุ.....
16. ยาที่กินอยู่ปัจจุบัน
 1. ไม่มี 2. มี ระบุ.....
 ขนาดที่กิน
 วิธีการกิน.....
17. ผลิตภัณฑ์อาหารเสริม ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร วิตามิน แร่ธาตุ ฯลฯ ที่กินเพิ่มเติมจากอาหารปกติประจำวัน
 1. ไม่มี 2. มี ระบุ.....
 ขนาดที่กิน
 วิธีการกิน.....
18. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ เหล้า เบียร์ สาโท ไวน์ ฯลฯ
 1. ไม่ดื่มเลย 2. ดื่ม 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ 3. ดื่ม 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์
 4. ดื่ม 5-6 ครั้งต่อสัปดาห์ 5. ดื่มทุกวัน
19. หากท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มชนิดใดที่ท่านดื่มบ่อยที่สุด
 1. เหล้า 2. เบียร์ 3. ไวน์
 4. อื่นๆ โปรดระบุ.....
20. หากท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
 20.1 ท่านดื่มครั้งละกี่แก้ว แก้ว
 20.2 ท่านดื่มแบบใด
 1. ดื่มแบบไม่ผสม 2. ดื่มแบบผสมน้ำเปล่า
 3. ดื่มแบบผสมน้ำโซดา 4. ดื่มแบบผสมน้ำอัดลม
 5. ดื่มแบบอื่นๆ ระบุ.....
21. บุหรี่ หรือยาสูบ
 1. ไม่สูบเลย 2. สูบ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ 3. สูบ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์
 4. สูบ 5-6 ครั้งต่อสัปดาห์ 5. สูบทุกวัน 6. เคยสูบ.....ปี เลิก.....ปี



22.หากท่านสูบบุหรี่ หรือยาสูบ

22.1 ท่านสูบวันละ..... มวน

23.การออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา เช่น เดินไกล ปั่นจักรยาน ว่ายน้ำ เต้นแอโรบิก รำมวยจีน ฯลฯ

() 1. ไม่ได้ทำ () 2. ทำ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ () 3. ทำ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์

() 4. ทำ 5-6 ครั้งต่อสัปดาห์ () 5. ทำทุกวัน

24.กิจวัตรประจำวันของท่าน

.....
.....
.....
.....
.....

25.ในแต่ละวันท่านควรรับประทานอาหารในหมวดต่างๆต่อไปนี้ในปริมาณเท่าไร

25.1 ข้าว แป้ง.....ทัพพี

25.2 เนื้อสัตว์.....ช้อนโต๊ะ

25.3 ผัก.....ทัพพี

25.4 ผลไม้.....ส่วน

25.5 นม (หรือ อาหารแคลเซียมสูงอื่นๆ) (ระบุชนิด)ม.ล. / กรัม

25.6 เครื่องดื่มรสหวาน ขนมหวาน (ระบุชนิด และปริมาณ).....

25.7 ไขมัน /น้ำมัน.....ช้อนชา

25.8 น้ำปลา ซีอิ๊ว ซอสรสเค็มต่างๆช้อนชา

เกลือ.....ช้อนชา



ตอนที่ 2 ข้อมูลอาหารที่รับประทาน

6. แต่ละวัน ท่านรับประทานที่มี
- () 1. 1 มื้อ ระบุมื้ออาหารที่รับประทาน.....
 - () 2. 2 มื้อ ระบุมื้ออาหารที่รับประทาน.....
 - () 3. 3 มื้อ ระบุมื้ออาหารที่รับประทาน.....
 - () 4. อื่นๆ ระบุ.....
7. ประเภทอาหารที่ท่านรับประทานบ่อยที่สุด (ตอบได้เพียง 1 ข้อ)
- () 1. ประเภทต้ม () 2. ประเภททอด
 - () 3. ประเภทแกง () 4. ประเภทย่าง ปิ้ง รมควัน
 - () 5. ประเภทนึ่ง () 6. ประเภทผัด
 - () 7. อื่นๆ ระบุ.....
8. ท่านมักรับประทานอาหารชนิดเดียวติดต่อกันเป็นเวลานานๆ หรือไม่
- () 1. ไม่ชอบ () 2. ชอบ () 3. อื่นๆ ระบุ.....
9. ท่านรับประทานอาหารแบบตะวันตก เช่น แซมเบอร์เกอร์ พิซซ่า ฯลฯ บ่อยเพียงใด
- () 1. ไม่เคยเลย () 2. 1-2 ครั้ง/สัปดาห์
 - () 3. 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ () 4. 5-6 ครั้ง/สัปดาห์
 - () 5. ทุกวัน () 6. นานๆ ครั้ง
 - () 7. อื่นๆ ระบุ.....
10. ท่านรับประทานขนมหวานที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบบ่อยเพียงใด
- () 1. ไม่เคยเลย () 2. 1-2 ครั้ง/สัปดาห์
 - () 3. 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ () 4. 5-6 ครั้ง/สัปดาห์
 - () 5. ทุกวัน () 6. นานๆ ครั้ง
 - () 7. อื่นๆ ระบุ.....



ตอนที่ 3 ความถี่การรับประทานอาหาร

รายการ	ไม่ เคย กิน	1-2 ครั้ง/ เดือน	1-2 ครั้ง/ สัปดาห์	3-4 ครั้ง/ สัปดาห์	5-6 ครั้ง/ สัปดาห์	ทุก วัน	หมายเหตุ
1.รับประทานอาหารครบ 5 หมู่							
2.รับประทานข้าวซ้อม มือ/ ข้าวกล้อง							
3.รับประทานผักใบ (สุก) น้อยกว่า 5 ท็อปพี							
4.รับประทานผักใบ (สุก) 5 ท็อปพี							
5.รับประทานผักใบ (สด) น้อยกว่า 10 ท็อปพี							
6.รับประทานผักใบ (สด) 10 ท็อปพี							
7.รับประทานผลไม้สด							
8.ดื่มนม และหรือ รับประทานผลิตภัณฑ์ที่ ทำจากนม							
9.รับประทานไข่							
10.รับประทานปลา							
11.รับประทานเนื้อสัตว์ไม่ ติดมัน							
12.ดื่มเครื่องดื่มเกลือแร่ เครื่องดื่มชูกำลัง							
13.รับประทานอาหารทอด							
14.ดื่มน้ำอัดลม							
15.ดื่มเครื่องดื่มชา กาแฟ							
16.รับประทานผลไม้หมัก ดอง							



แบบสัมภาษณ์การบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง

อาหารที่รับประทานต่อไปนี้เป็นรายการอาหารที่ท่านรับประทานปกติเท่านั้น

ไม่ใช่ วันพิเศษที่ไปร่วมงานเลี้ยงสังสรรค์ หรือวันที่มีอาการเจ็บป่วยไม่สบาย

1. ชื่อ - สกุล.....

วัน เดือน ปี	มื้อ อาหาร	สถานที่	รายการ อาหาร และราคา(ถ้าซื้อ)	ส่วนประกอบ	อาหารส่วนที่กิน(กรัม)		
					น้ำหนัก(สุก)	น้ำหนัก(ดิบ)	ปริมาณ
	มื้อเช้า						
	มื้อ กลางวัน						
	มื้อเย็น						

