

การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงทดลองและกึ่งทดลอง
สำหรับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน
A Research Synthesis of Quasi and Experimental Studies
for Thai Elderly Health Promotion at Currently

ชัชวาล วงศ์สารี, ปร.ด., Chutchavarn Wongsaree, Ph.D.^{1*}

สุระพรรณ พนมฤทธิ์, ค.ม., Surapan Panomrit, M.Sc.²

สายสมร เฉลยกิตติ, ปร.ด., Saisamon Chaleoykitti, Ph.D.³

วลัยนารี พรหมลา, ปร.ด., Walianaree Promla, Ph.D.⁴

ธันน์ธนิภา ภักคฺุขนิธิวัฒน์, พย.ม., Thanannipha Phuksuknithiwat, MN.S.⁵,

สุทธิชาร์ตน์ เจริญพงศ์, ปร.ด., Sudthicharat Charoenphong, Ph.D.⁶

¹อาจารย์ประจำ, ²รองคณบดีฝ่ายบริหาร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต กรุงเทพฯ

¹Instructor, ²Deputy Dean for Administration, Faculty of Nursing, Kasem Bundit University, Bangkok

³รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิงและผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก กรุงเทพฯ

³Associate Professor, Maj. Gen., and Director of the Royal Thai Army Nursing College, Bangkok

⁴ผู้ช่วยศาสตราจารย์ และรองคณบดีฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

⁴Assistant professor and Deputy Dean for Research, Faculty of Nursing, Pathumthani University

⁵ผู้ช่วยศาสตราจารย์และคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น บุรีรัมย์

⁵Assistant professor and Dean, Faculty of Nursing, Western University, Buriram

⁶รองผู้อำนวยการกลุ่มงานอำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ กรุงเทพฯ

⁶Deputy Director of Administration, Borommarajonani College of Nursing Nopparat Vajira, Bangkok

*Corresponding Author: chutchavarn.won@kbu.ac.th

Received: August 23, 2021

Revised: December 22, 2021

Accepted: December 25, 2021

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์ความรู้สำหรับการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในบริบทประเทศไทย โดยใช้ PICOD-T สืบค้นและวิเคราะห์ความรู้อย่างเป็นระบบซึ่งได้งานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ 9 เรื่อง ผลวิเคราะห์พบว่า 1) โปรแกรมเป็นรูปแบบผสมผสานที่เน้นการพัฒนาความรู้ทักษะแบบกลุ่มและรายบุคคล ส่วนใหญ่ใช้เวลาเฉลี่ย 8 สัปดาห์ (2) กิจกรรม ได้แก่ การให้คำแนะนำและสอนความรู้ที่มีแบบแผน กำหนด

รูปแบบที่เป็นรูปธรรม สาธิตและฝึกปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพ ติดตามประเมินภาวะสุขภาพ สอนแนะกำกับการส่งเสริมสุขภาพ ใช้ครอบครัวหรือเพื่อนเครือข่ายมีส่วนร่วม 3) มีการประยุกต์เทคโนโลยีและสื่อออนไลน์มาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ 4) วัดผลลัพธ์ก่อน-หลัง ได้แก่ ความรู้ การรับรู้ พฤติกรรม ตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ทางคลินิก คุณภาพชีวิต การรับประทานอาหาร การสมรรถนะทางกาย การทรงตัว การนอนหลับ การทำหน้าที่ของสมอง จิตอารมณ์และจิตสังคม 5) ทฤษฎีและแนวคิดที่นำมาประยุกต์ใช้ได้แก่ ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการเสริมสร้างพลังอำนาจ 6) ขณะดำเนินโปรแกรมควรประเมินความพร้อมโดยรวมของร่างกาย และติดตามค่าความดันโลหิต ชีพจร น้ำตาล เจ็บหน้าอกและอาการผิดปกติอื่น เสนอแนะให้ใช้ระบบการพยาบาลทางไกลมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการสอนความรู้และสร้างพฤติกรรมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในวิถีใหม่

คำสำคัญ: การส่งเสริมสุขภาพวิถีใหม่ การส่งเสริมสุขภาพวิถีถัดไป ผู้สูงอายุไทย

Abstract

This article aimed to synthesize knowledge for enhancing health care competence among Thai elderly. Using PICOD-T for systematic search and analysis, this paper synthesized nine (9) qualified researches as inputs. The analysis results found that: 1) Most health programs in the synthesized researches are comprised of mixed models that focus on developing knowledge; 2) Activities include giving advice and teaching knowledge in a structured and concrete manner (the pattern involves demonstration, practice of health promotion, follow-up and assessing health conditions, coaching on health promotion and involving family and friends in promoting health); 3) Technology and online media are tapped to promote health. 4) Results are measured before and after joining the program (which include knowledge, perception, behavior, clinical outcome indicators, quality of life, diet, physical performance, balance, sleep, brain function, psycho-emotional and psychosocial behavior); 5) Popular theories and concepts include: Pender's Health Promoting Theory, Health Belief Model Theory, Social Support Concept, Health Belief Model and Empowerment for Health Promotion; 6) The overall readiness of the body is assessed by monitoring blood pressure, pulse, sugar level, chest pain, exacerbation and other abnormalities during the program. Recommended to use Telenursing for Teaching knowledge and following up on self-health promotion behaviors of the elderly in the next normal.

Keywords: health promotion in new normal, health promotion in next normal, Thai elderly

บทนำ

ประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ หรือ Aging society (ซึ่งหมายถึงสังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10) มาแล้วนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดยมีผู้สูงอายุรวมร้อยละ 10.72 (ชัชวาล วงศ์สารี, 2561) เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุร่างกายของผู้สูงอายุจะมีความเสื่อมในระบอบต่างๆปรากฏขึ้นและโรคประจำตัวปัญหาสุขภาพต่างๆก็จะควบคุมยากตามมาด้วย (Zugich et al, 2016) อย่างไรก็ตามในมุมมองของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เชื่อว่า การจัดการส่งเสริมสุขภาพสามารถชะลอการเสื่อมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ จึงมีการจัดโครงการเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งจากผลการวิจัยผลของจัดกิจกรรมสำหรับการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุสามารถชะลอการเสื่อมทางสุขภาพของผู้สูงอายุได้จริง (เป้พมา ผาติภักทรกุล และคณะ, 2561; พเยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติและคณะ, 2561; ดวงใจ เปลี่ยนบำรุงและคณะ, 2557; ศรุตยา หวางษ์ และคณะ, 2560; สุนทรียพันธ์ อ่อนสีแดง และคณะ, 2558) เมื่อพิจารณาถึงกิจกรรมและรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทยที่ผ่านมา พบว่า ผู้พัฒนาโปรแกรมต้องมีความรู้เฉพาะเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีความสามารถในการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ สามารถประยุกต์ใช้ทฤษฎีที่หลากหลายมาปฏิบัติในโปรแกรม และสามารถกำกับกรดำเนินโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยผู้ประกอบวิชาชีพต้องเป็นแกนนำและต้องลงพื้นที่เพื่อนำสร้างสุขภาพให้กับผู้สูงอายุเอง (พเยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ และคณะ, 2561; จารุวรรณ ก้านศรีและคณะ 2563; สุนทรียพันธ์ อ่อนสีแดง และคณะ, 2558) ซึ่งเป็นรูปแบบที่พบได้บ่อยซึ่งในยุคปัจจุบัน

แต่ในความปกติใหม่ (New normal) ที่เกิดขึ้นทำให้รูปแบบการดำเนินชีวิตของคนในสังคมแบบใหม่ที่แตกต่างจากอดีต อันเนื่องจากโรคระบาดโควิด 19 กระทบรูปแบบการดำเนินชีวิตที่เคยเป็นอยู่ จนแบบแผนและแนวทางปฏิบัติที่คนในสังคมคุ้นเคยอย่างเป็นปกติ

และเคยคาดหมายล่วงหน้าได้ ต้องเปลี่ยนแปลงไปสู่วิถีใหม่ ภายใต้หลักมาตรฐานในศาสตร์นั้นๆ ความปกติใหม่จึงเป็นรูปแบบการดำเนินชีวิตอย่างใหม่ที่แตกต่างจากอดีต อันเนื่องจากมีบางสิ่งมากระทบ จนแบบแผนและแนวทางปฏิบัติที่คนในสังคมคุ้นเคยอย่างเป็นปกติและเคยคาดหมายล่วงหน้าได้ ต้องเปลี่ยนแปลงไปสู่วิถีใหม่ ภายใต้หลักมาตรฐาน จากการทบทวรรณกรรม พบว่า ความปกติใหม่ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเกิดจาก 2 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยด้านการบริหารการเปลี่ยนแปลงในศตวรรษที่ 21 (Change management in 21st century) ซึ่งทุกสิ่งอย่างมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอย่างก้าวกระโดด (Disruptive change) การเปลี่ยนแปลงในลักษณะนี้ทำให้เห็นความแตกต่างของกระบวนการประสิทธิภาพ ประสิทธิผลในการดำเนินการที่เคยเป็นที่ชัดเจน (Elton & O'Riordan, 2016) โดยเหตุปัจจัยในศตวรรษที่ 21 ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ ใช้ปัญญาประดิษฐ์ (Artificial intelligence: AI) เข้ามาประมวลผลข้อมูลและตัดสินใจด้วยความแม่นยำ ใช้เทคโนโลยีโลกเสมือนจริง (Virtual reality) ในการจำลองให้เห็นกระบวนการทำเป็นจริงและรับรู้สึกจริงร่วมกับเทคโนโลยีโลกเสมือนจริงนั้น ใช้เทคโนโลยีที่มีในปัจจุบันมาส่งเสริมการทำงานให้เกิดขึ้นจริงตามแบบจำลอง (Augmented reality: AR) ใช้เทคโนโลยีอินเทอร์เน็ตเพื่อทุกสิ่ง (Internet of things: IoT) มาทำการเก็บข้อมูลขนาดใหญ่ให้เป็นฐานข้อมูลออนไลน์ สืบค้น ประสานงาน และสื่อสารด้วยแอปพลิเคชันเทคโนโลยีที่ทันสมัย ใช้การเรียนรู้จากโลกาภิวัตน์ (Globalizations) ให้เห็นประสบการณ์จากอีกมุมของโลกที่เกิดขึ้นแบบนาที่ต่อเนื่อง เพื่อทำนายอนาคตปรับตัวให้เกิดความได้เปรียบเชิงการแข่งขัน (Terry, 2020; Palmieri, Peterson, & Noeding, 2015) ซึ่งเป็นความท้าทายที่จะประยุกต์ปัจจัยเหล่านี้เข้ามาในศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และ ปัจจัยด้านเงื่อนไขของโรคระบาดโควิด 19 ที่กระตุ้นให้การดิสรบชั้นในประเทศไทยเกิดขึ้นอย่าง

ชัดเจน เหตุเพราะวิธีการเดิมทำให้เกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 เพื่อความปลอดภัยและดำรงไว้ซึ่งการมีชีวิตอยู่รอดมนุษย์ต้องแยกห่างออกจากกัน เนื่องจากการอยู่รวมกันเป็นกลุ่มเป็นเหตุที่ทำให้การแพร่กระจายของเชื้อเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว (Muthuppaliappan & Stevenson, 2021) ทำให้คนไทยต้องเรียนรู้โลกาภิวัตน์และสร้างนวัตกรรมนำใช้นวัตกรรมอย่างและเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว และเห็นหลายสิ่งอย่างเกิดขึ้นแทนที่วิธีการเดิมอย่างรวดเร็ว ทั้งนี้ในบริบทการบริการทางการแพทย์ สภาการพยาบาล (2564) ได้ประกาศแนวทางการบริการพยาบาลทางไกล (Telenursing) ที่มุ่งการให้บริการทางวิชาชีพการพยาบาลผ่านระบบดิจิทัลอย่างมีมาตรฐาน ดังนั้นโรคระบาดโควิด 19 เป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้ดิสรักชั่นได้เร็วขึ้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้สิ่งเดิมหยุดชะงักหรือหายไปจากที่เคยเป็น เราเรียกว่า ดิสรักชั่น (Disruptions) ภายใต้สถานการณ์แห่งอนาคตที่ยังคะเนรูปแบบที่ไม่มีความชัดเจนว่าจะดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างไรจึงจะเหมาะสม

อย่างไรก็ตามไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้นการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทยยังมีความจำเป็นอย่างมาก เพื่อให้เห็นความรู้ที่เป็นปัจจุบันเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการนำไปประยุกต์ในมิติการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยในชีวิตวิถีถัดไป จะเกิดการดิสรักชั่นในวิธีการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุหรือไม่เป็นคำถามที่ชวนติดตาม คณะผู้เขียนจึงสนใจศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย เพื่อสรุปความรู้การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยในปัจจุบันก่อนโรคโควิด 19 ระบาด

คำถามการวิจัย

การส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในประเทศไทยเป็นอย่างไร เครื่องมือที่ใช้ประเมิน/และวัดผลลัพธ์อะไรบ้าง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุใน 2 ประเด็น ได้แก่ 1) องค์ความรู้และแนวคิด ทฤษฎีพื้นฐานที่นำมาประยุกต์ใช้ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2) การออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ การดำเนินกิจกรรมและการวัดผลลัพธ์

วิธีดำเนินการวิจัย

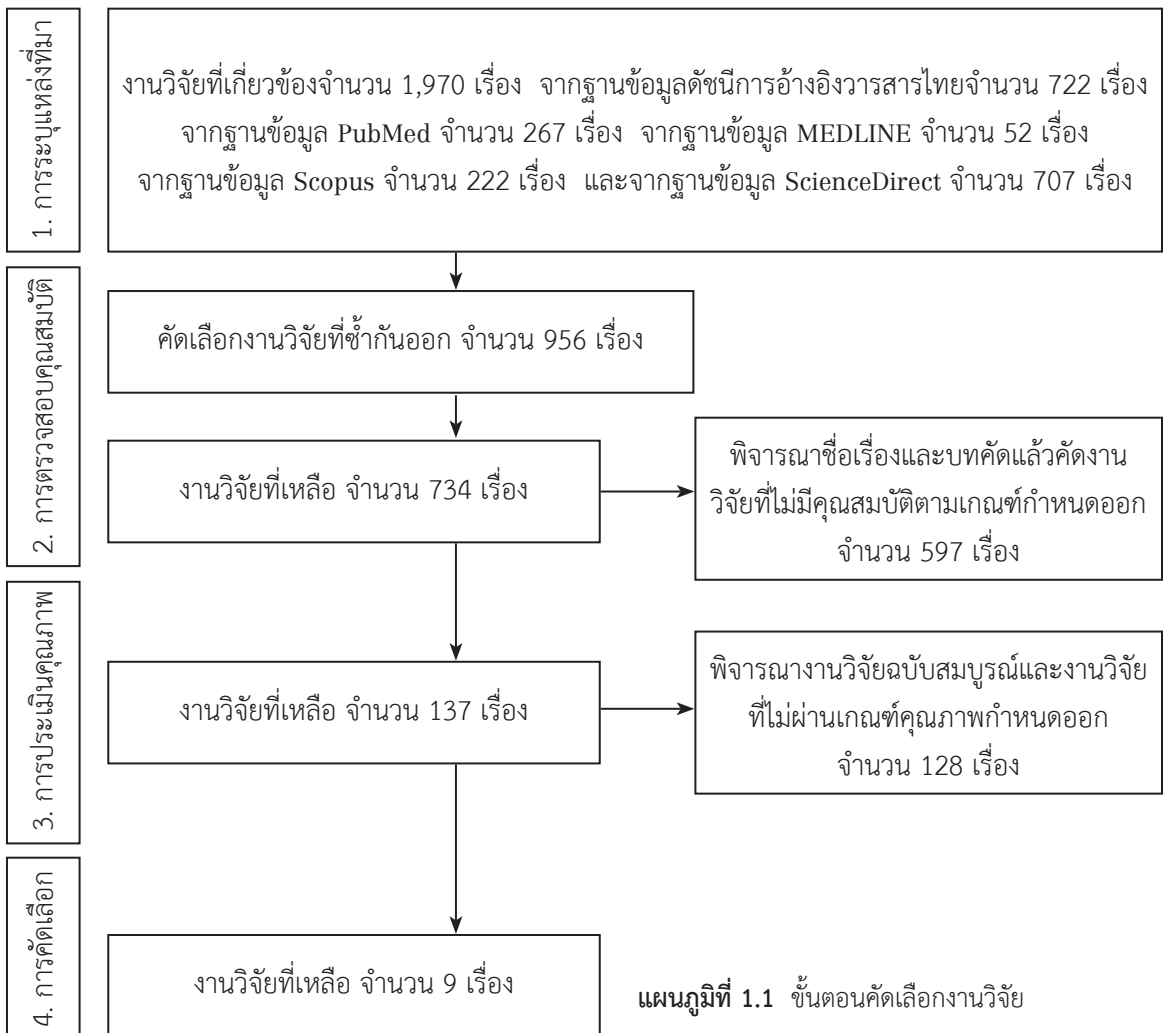
การวิจัยเอกสารครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กระบวนการศึกษาและดำเนินการวิเคราะห์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ (Systematic review) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการสังเคราะห์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบของฮอลลี่, แซลมอนด์และสยามเบิร์ท (Holly, Salmond, & Saimbert, 2017) ดังนี้

1. ระบุขอบเขตการสืบค้น คณะผู้วิจัยสืบค้นจากฐานข้อมูลออนไลน์ที่เชื่อถือได้ 6 ฐานข้อมูล ได้แก่ ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai journal citation index center: TCI), PubMed, MEDLINE, ProQuest, Scopus, และ ScienceDirect ใช้คำสำคัญในการสืบค้นในดัชนีการอ้างอิงวารสารไทยด้วยคำว่า “การส่งเสริมสุขภาพ”, “ผู้สูงอายุ”, “ผู้สูงอายุไทย” “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ” และใช้คำสำคัญในการสืบค้นในฐานข้อมูลนานาชาติด้วยคำว่า “health promotion” “elderly” “Thai elderly” “Effects of health promotion programs”

2. กำหนดการคัดเลือกวรรณกรรม (Literature selection) โดยหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidences) ที่เป็นประชากรและตัวอย่างการศึกษาครั้งนี้เป็นรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ (Full report) บทความวิจัย (Research article) ประยุกต์ใช้ PICOD-T เป็นกรอบในการคัดเลือกวรรณกรรมหรือเป็น เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ P (population): เป็นผู้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และ

ยังเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนหรือชมรมผู้สูงอายุ โดยงานวิจัยต้องอยู่ในช่วงตีพิมพ์ตามชีวิตวิถีใหม่ที่เริ่มต้นมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000 เป็นต้นมา I (Intervention or area of interest): เป็นงานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีการประยุกต์ทฤษฎีหรือแนวคิดด้านสุขภาพในการออกแบบการวิจัย C (Comparison or context): งานวิจัยต้องศึกษาในผู้สูงอายุบริบทประเทศไทย O (outcome of interest): เป็นผล (Effects) หรือผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health outcomes) ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพตามโปรแกรมการวิจัย D (Designed): เป็นงานวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองที่ศึกษาในผู้สูงอายุ โดยมีการออกแบบกิจกรรมที่หลากหลาย

หลายในโปรแกรม ระยะเวลา ระบุขั้นตอนการดำเนินงาน กิจกรรมและการวัดผลลัพธ์อย่างชัดเจน T(Time): ช่วงเวลาของการเผยแพร่งานวิจัยที่สืบค้นมาวิเคราะห์ความรู้ครั้งนี้ต้องไม่เกิน 10 ปี หรือใช้งานวิจัยที่เผยแพร่ตั้งแต่เดือนมกราคม 2555 ถึงเดือนมิถุนายน 2564 เท่านั้น และกำหนด เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ เป็นงานวิจัยที่เผยแพร่เฉพาะบทคัดย่อ ใช้วิธีการส่งเสริมสุขภาพที่ไม่ระบุแนวคิดหรือทฤษฎีประกอบการศึกษาที่ใช้รูปแบบพรรณนา เป็นงานวิจัยที่ไม่มีการจัดกระทำ และบทความวิชาการ หนังสือ ตำราและใช้ภาษาอื่นที่ไม่ใช่ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษในการตีพิมพ์ (ขั้นตอนคัดเลือกงานวิจัย ตามแผนภูมิที่ 1.1)



3. ประเมินคุณภาพงานวิจัยโดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพ และความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Melnik & Fineout-Overholt, 2019) 7 ระดับ เรียงจากคุณภาพมากที่สุดหรือระดับ 1 ไปคุณภาพน้อยหรือระดับ 7 ในการศึกษาครั้งนี้คัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ตั้งแต่ระดับ 1-3 เท่านั้น และใช้เกณฑ์ในการประเมินงานวิจัยที่สอดคล้องกับการมุ่งนำไปใช้ประโยชน์ (Polit & Beck, 2017) ใน 3 ปัจจัย คือ 1) งานวิจัยมีความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก (Clinical relevance) 2) อธิบายความหมายเชิงศาสตร์ (Scientific merit) ที่บ่งชี้ว่าพยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นบ่งชี้ความน่าเชื่อถือของพยาบาลในการทำบทบาทการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และ 3) แนวโน้มของความรู้อาจนำไปประยุกต์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทยได้

4. การวิเคราะห์/สกัดข้อมูล (Data extraction) เป็นการอ่านทำความเข้าใจกับชุดข้อมูลเหล่านั้น แล้วนำข้อมูลมาบันทึกลงในตารางทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review table) ประกอบด้วย ชื่อผู้วิจัย ปีที่ตีพิมพ์ ชื่อเรื่อง แหล่งตีพิมพ์ วัตถุประสงค์ ประชากรที่ศึกษาระเบียบวิธีวิจัย ระดับงานวิจัย/หลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการวิจัย และข้อเสนอแนะในการ นำไปใช้ประโยชน์ต่อไป เป็นวิธีลดข้อมูลให้เหลือเฉพาะสาระสำคัญ (Data reduction) แล้วนำมาจัดหมวดหมู่ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

5. การสังเคราะห์ข้อมูล (Data synthesis) เป็นการอ่านเชิงวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบองค์ประกอบของแต่ละชิ้นงาน เรียบเรียงเป็นข้อความที่มีความเป็นนามธรรมมากขึ้นโดยลำดับทบทวน/ตรวจสอบ/สอบทานระหว่างคณะผู้ศึกษาจำนวน 3 คน เพื่อความเชื่อมั่นในการเลือกสรรเฉพาะเนื้อความที่มีสาระ (Content massage) การตีความ/แปลความ และการประมวลเข้าเป็นหมวดหมู่ไปพร้อมกัน จากนั้นจึงเรียบเรียงใหม่เป็นข้อสรุป (Conclusion)

อนึ่ง เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเอกสารแบบ Systematic review ไม่ได้กระทำโดยตรง

กับบุคคลหรือกลุ่มตัวอย่างที่มีชีวิตและไม่ได้ละเมิดข้อบัญญัติและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และเป็นวิจัยที่ใช้รายงานวิจัยจากบทความวิจัยที่ถูกตีพิมพ์ไว้แล้ว จึงได้รับการยกเว้นการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (Exemption) ตามคู่มือ วิธีดำเนินการมาตรฐานงานจริยธรรมการวิจัย (คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ, 2561)

ผลการวิจัย

สถานการณ์การพัฒนางานความรู้การส่งเสริมสุขภาพวิถีใหม่ในผู้สูงอายุไทย

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ 9 เรื่อง ทั้งหมดตีพิมพ์เป็นภาษาไทย โดยตีพิมพ์ในระหว่างปี พ.ศ. 2555 – 2559 จำนวน 2 เรื่อง (ร้อยละ 22.20) และพ.ศ. 2560 – 2564 จำนวน 7 เรื่อง (ร้อยละ 77.80) เมื่อพิจารณาตามภูมิภาคพบว่ามีการตีพิมพ์ในภาคกลางมากที่สุด (ร้อยละ 44.5) รองลงมาพบในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 33.33) เมื่อพิจารณาตามผู้วิจัยหลักพบว่างานวิจัยส่วนใหญ่พัฒนาขึ้นโดยอาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษา (ร้อยละ 66.70) รองลงมาเป็นงานวิจัยของนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาศาสาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ (ร้อยละ 22.20) เมื่อพิจารณาตามระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นรายงานการวิเคราะห์เมตาหรือการทบทวนอย่างเป็นระบบจำนวน 1 เรื่อง (ร้อยละ 11.10) และเป็นงานวิจัยระดับ 3 หรืองานวิจัยกึ่งทดลองมากที่สุดจำนวน 8 เรื่อง (ร้อยละ 88.90) ซึ่งแบ่งเป็นงานวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลลัพธ์ก่อนและหลังให้โปรแกรมจำนวน 4 เรื่อง (ร้อยละ 50.0) และงานวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลลัพธ์ก่อนและหลังให้โปรแกรมและวัดเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองจำนวน 4 เรื่อง (ร้อยละ 50.0) ทั้งนี้งานวิจัยทุกเรื่องมีความสอดคล้องกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่บ่งชี้ว่าพยาบาลสามารถปฏิบัติได้ด้วยขอบเขตวิชาชีพกำหนดและแนวโน้มของความรู้อาจนำไปประยุกต์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทยได้ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของหลักฐานเชิงประจักษ์

คุณลักษณะทั่วไป	จำนวน (เรื่อง)	ร้อยละ
ปีที่ตีพิมพ์		
พ.ศ. 2555 - 2559	2	22.20
พ.ศ. 2560 - 2564	7	77.80
ศึกษาวิจัยในภูมิภาค		
ภาคใต้	1	11.11
ภาคเหนือ	1	11.11
ภาคกลาง	4	44.45
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	3	33.33
ตีพิมพ์ในวารสารประเทศไทย	9	100
ลักษณะของผู้ศึกษา		
เป็นงานวิจัยของนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ	2	22.20
เป็นงานวิจัยของอาจารย์ในสถาบันอุดมศึกษา	6	66.70
เป็นงานวิจัยของพยาบาล/พนักงานสาธารณสุข	1	11.10
ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์		
ระดับ 1 รายงานการวิเคราะห์เมตาหรือการทบทวนอย่างเป็นระบบ	1	11.10
ระดับ 2 รายงานการวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีการควบคุม	-	-
ระดับ 3 รายงานการวิจัยกึ่งทดลอง	8	88.90
- แบบ 1 กลุ่ม เปรียบเทียบคะแนนก่อน-หลัง	4	50
- แบบ 2 กลุ่ม เปรียบเทียบคะแนนก่อน-หลังของกลุ่มทดลอง	4	50
และเปรียบเทียบคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม		

ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ

จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าผู้สูงอายุที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพได้อายุอยู่ในช่วง 60-75 ปี จากการศึกษาทั้ง 8 เรื่องมีผู้สูงอายุเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 578 คน โปรแกรมส่วนใหญ่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุซึ่งวัดผลลัพธ์ในด้าน

การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย สมรรถนะทางกาย การทรงตัว การทำหน้าที่ของสมอง จิตอารมณ์ จิตสังคมและการนอนหลับพักผ่อน ดังนั้นจึงสามารถกำหนดนิยามในบทบาทพยาบาลกับการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุในบริบทประเทศไทยได้ว่า การส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ หมายถึง การปฏิบัติดูแลส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลที่มุ่งเน้นกิจกรรมที่เสริมสร้างสุขภาพ

ทางกาย ใจ สังคม อารมณ์และจิตวิญญาณในผู้สูงอายุ ด้วยการประยุกต์ใช้ความรู้ทางวิชาชีพและเทคโนโลยี นวัตกรรมมาออกแบบโปรแกรมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุชำระ สุขภาพตนเอง (Self-care maintenance) เพื่อชะลอ การเสื่อมของสุขภาพและดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ด้วย ตนเอง โดยต้องการค้ำยันนโยบายสุขภาพและการเกื้อหนุน ทางสังคมในการสร้างเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ

การวัดผลลัพธ์ของการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ 8 เรื่อง พบว่า ผลลัพธ์ที่เกิดจากการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในบริบท ประเทศไทยมี 11 ลักษณะ ได้แก่ 1) วัดความรู้และการรับรู้ ด้านสุขภาพ ร้อยละ 25.00 (ชวนพิศ เจริญพงศ์และคณะ, 2562; เพียว พงษ์ศักดิ์ชาติและคณะ, 2561) 2) วัดความสามารถในการดูแลตนเอง ร้อยละ 12.50 (ชวนพิศ เจริญพงศ์และคณะ, 2562) 3) วัดพฤติกรรม สุขภาพ ร้อยละ 25.50 (ชวนพิศ เจริญพงศ์ และคณะ, 2562; บังอรศรี จินดาวงค์ และคณะ, 2564) 4) วัดพฤติกรรมการออกกำลังกาย ร้อยละ 62.50 (ปีทมา ผาติภักทรกุลและคณะ, 2561; บังอรศรี จินดาวงค์ และคณะ, 2564; ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง และคณะ, 2557; ศรุตยา หวางษ์ และคณะ, 2560; สุนทรียพันธ์ อ่อนสีแดง และคณะ, 2558) 5) วัดภาวะโภชนาการหรือพฤติกรรม การรับประทานอาหารเช้า ร้อยละ 50.00 (ปีทมา ผาติภักทรกุล และคณะ, 2561; เพียว พงษ์ศักดิ์ชาติ และคณะ, 2561; ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง และคณะ, 2557; ศรุตยา หวางษ์ และคณะ, 2560; สุนทรียพันธ์ อ่อนสีแดง และคณะ, 2558) 6) วัดระดับความเครียด ร้อยละ 50.00 (ปีทมา ผาติภักทรกุล และคณะ, 2561; บังอรศรี จินดาวงค์ และคณะ, 2564; ศรุตยา หวางษ์ และคณะ, 2560; สุนทรียพันธ์ อ่อนสีแดง และคณะ, 2558) 7) วัดการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน ร้อยละ 12.50 (บังอรศรี จินดาวงค์ และคณะ, 2564) 8) วัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ร้อยละ 25.50

(บังอรศรี จินดาวงค์ และคณะ, 2564; ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง และคณะ, 2557) 9) วัดการพัฒนาจิตวิญญาณ ร้อยละ 12.50 (บังอรศรี จินดาวงค์ และคณะ, 2564) 10) วัดสุขภาพด้านอารมณ์และจิตใจ ร้อยละ 37.50 (เพียว พงษ์ศักดิ์ชาติ และคณะ, 2561; จารุวรรณ ก้านศรี และคณะ, 2563; สุนทรียพันธ์ อ่อนสีแดง และคณะ, 2558) และ 11) วัดความสามารถทางปัญญา ร้อยละ 25.50 (ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง และคณะ, 2557; ศรุตยา หวางษ์และคณะ, 2560)

รูปแบบการดำเนินโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

จากงานวิจัย 8 เรื่อง สามารถอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ประเทศไทย แบ่งตามระยะเวลาและลักษณะของ โปรแกรมที่เกิดประสิทธิผลได้ 4 ลักษณะ ดังนี้

1) ลักษณะของโปรแกรมที่เกิดประสิทธิผลใน 4 สัปดาห์ มีงานวิจัยร้อยละ 25.50 ที่ใช้เวลาในการ ดำเนินโปรแกรมได้สำเร็จใน 4 สัปดาห์ โดยการดำเนิน โปรแกรมสัปดาห์ละ 2 วัน (ครั้งละ 90 นาที – 2 ชั่วโมง) ประกอบด้วย 2 กิจกรรมหลัก คือ 1.1) การพัฒนา ความรู้และความสามารถแก่ผู้สูงอายุตามโปรแกรม เช่น มีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเน้นเนื้อหาเกี่ยวกับการ ส่งเสริมสุขภาพที่ครอบคลุมกิจกรรมทางกาย สัมพันธภาพ ระหว่างบุคคล การเจริญสติปัญญา การบริโภคอาหาร เป็นต้น ใช้วิดีโอออนไลน์มาช่วยสอนสุขภาพและแจก คู่มือการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพพร้อมแบบบันทึก การส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเองทั้งนี้ผู้วิจัยมีการให้คนใน ครอบครัวเฝ้ามน้ำใจและจูงใจให้ผู้สูงอายุดำเนินกิจกรรม ตามโปรแกรม 1.2) ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อกำกับการ ปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุตามโปรแกรมโดยมีสมาชิกใน กลุ่มของผู้สูงอายุติดตามเยี่ยมด้วยเพื่อร่วมแลกเปลี่ยน ประโยชน์ที่ได้รับ ปัญหา อุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพ

ภาพตนเองและช่วยกระตุ้นสมาชิกในกลุ่มปฏิบัติส่งเสริมสุขภาพตนเองตามโปรแกรม โดยทฤษฎีที่พบว่านักวิจัยนำมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินส่งเสริมสุขภาพให้ประสบผลสำเร็จในระยะ 4 สัปดาห์ ประกอบด้วย ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และ แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาตามโปรแกรมลักษณะข้างต้น พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 ($t = 3.25, p = .01$) (ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง และคณะ, 2557) และกลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค และการปฏิบัติดูแลสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ศรุตยา หวางษ์ และคณะ, 2560)

2) ลักษณะของโปรแกรมที่เกิดประสิทธิผล ใน 8 สัปดาห์ มีงานวิจัยร้อยละ 50 ที่ใช้เวลาในการดำเนินโปรแกรมได้สำเร็จใน 8 สัปดาห์ โดยการดำเนินโปรแกรมสัปดาห์ละ 1-2 ครั้งๆ ละ 1-2 ชั่วโมง กิจกรรมประกอบด้วย 3 ลักษณะ ได้แก่ 2.1) สอนความรู้เกี่ยวกับวิธีการเลือกเมนูอาหาร การลดความเครียด การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์และการเรียนรู้ประสบการณ์จากต้นแบบและการให้ชมวีดีโอออนไลน์ โดยมีการจัดเรียงเนื้อหาความรู้ที่จะให้ตามรายสัปดาห์และย้ำความรู้ที่ผ่านมาในสัปดาห์ที่ผ่านมาเมื่อผู้สูงอายุตอบคำถามหรือปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง 2.2) การสาธิต ติดตามกระตุ้นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและชี้ให้เห็นผลลัพธ์ร่วมกันผ่านกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การนัดหมายการผ่านกิจกรรมกลุ่ม เช่น การออกกำลังกายด้วยซิทก การร้องรำทำเพลงด้วยท่ารำต่าง ๆ การแข่งขันเลือกเมนูอาหารเฉพาะโรค เป็นต้น ทั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการชมเชย ให้กำลังใจเพื่อเสริมแรงในการปฏิบัติสุขภาพเมื่อตอบคำถามและปฏิบัติตามส่งเสริมสุขภาพได้ดีและจัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สนับสนุนคำปรึกษา

และ 2.3) การให้ปฏิบัติส่งเสริมสุขภาพตนเองแบบรายบุคคลและแบบกลุ่มที่บ้านโดยผู้วิจัยจะติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อสนับสนุนคำปรึกษาและแก้ไขปัญหาพร้อมกันกับผู้สูงอายุและครอบครัว โดยทฤษฎีที่พบว่านักวิจัยนำมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ เป็นต้น ผลการศึกษาตามโปรแกรมลักษณะข้างต้น พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนทดลองและลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งโปรแกรมมีผลเด่นให้เกิดการรับประทานยาได้ดีขึ้น (ชวนพิศ เจริญพงศ์ และคณะ, 2562) หลังการทดลองพฤติกรรมออกกำลังกายและการรับประทาน และการจัดการความเครียดสูงขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดี (ปัทมา ผาติภัทรกุลและคณะ, 2561) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 ($t = 3.25, p = .01$) (ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง และคณะ, 2557) และกลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค และการปฏิบัติดูแลสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ศรุตยา หวางษ์ และคณะ, 2560)

3) ลักษณะของโปรแกรมที่เกิดประสิทธิผล ใน 12 สัปดาห์ มีงานวิจัยร้อยละ 12.50 ที่ใช้เวลาในการดำเนินโปรแกรมได้สำเร็จใน 12 สัปดาห์ โดยการดำเนินโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุผ่านแกนนำในชุมชน โดยโปรแกรมมีการอบรมแกนนำเกี่ยวกับความรู้และอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพทั้งด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย

การสนับสนุนทางจิตใจ การจูงใจให้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง วิธีการใช้การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น โดยแกนนำเป็นผู้สูงอายุในชุมชนหลังผ่านการอบรมจะได้รับการประเมินความรู้และความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพก่อน หลังจากนั้นผู้วิจัยจะมอบหมายสมาชิกที่เป็นผู้สูงอายุในชุมชนให้แกนนำรับผิดชอบไปส่งเสริมสุขภาพต่อ โดยแบ่งสมาชิกในชมรมออกเป็นกลุ่มๆซึ่งแต่ละกลุ่มจะมีแกนนำที่ผ่านการอบรมแล้ว 3 คนเป็นผู้ติดตามส่งเสริมสุขภาพให้กับสมาชิกอย่างต่อเนื่องโดยประยุกต์ใช้ความรู้และทักษะที่ได้รับจากการอบรมมาในการส่งเสริมสุขภาพให้กับสมาชิกที่ตนรับผิดชอบ ทั้งนี้ผู้วิจัยจะติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุเพื่อกระตุ้นให้กำลังใจและให้การสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นรายกลุ่มอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง แต่จะกำกับติดตามการส่งเสริมสุขภาพและชี้แนะแก่แกนนำอย่างต่อเนื่องผ่านกลุ่มไลน์และการโทรศัพท์ติดตามให้วิธีการแก้ปัญหา สนับสนุนกำลังใจแก่แกนนำ โดยทฤษฎีที่พบว่านักวิจัยนำมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม และการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ผลการศึกษาตามโปรแกรมลักษณะข้างต้นพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมในด้านโภชนาการ การทำกิจกรรม และการออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ และพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม หลังได้รับโปรแกรมมีการคะแนนเฉลี่ยเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (บังอรศรี จินดาวงค์ และคณะ, 2564)

4) ลักษณะของโปรแกรมที่เกิดประสิทธิผลใน 16 สัปดาห์ มีงานวิจัยร้อยละ 12.50 ที่ใช้เวลาในการดำเนินโปรแกรมได้สำเร็จใน 16 สัปดาห์ โดยลักษณะของโปรแกรมมีการพัฒนาแกนนำในชุมชนเป็นผู้นำพัฒนาความรู้และทักษะการส่งเสริมสุขภาพแก่

ผู้สูงอายุในชุมชน โดยมุ่งให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การทำงานอาชีพ เช่น สานตะกร้า การส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น เข้าวัดฟังธรรม เป็นต้น และมีการมอบหมายอำนาจให้ร่วมเป็นแกนนำในการกระตุ้นผู้สูงอายุในชุมชนเข้าชมรมผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยได้ออกแบบโปรแกรมที่มีการจัดลำดับกิจกรรมอย่างเป็นขั้นตอนตามความจำเป็นของความรู้พื้นฐานไปหาความรู้และทักษะที่ต้องใช้เวลาฝึกให้ชำนาญ กิจกรรมในโปรแกรมจะมีความหลากหลาย เช่น กิจกรรม ชวนคิด ชวนคุย เสริมความรู้เพิ่มความมั่นใจ ร่วมคิด ร่วมสร้างสุขภาพ รวมพลังสร้างสุขภาพ การร่วมประเมินผลลัพธ์ และชี้แนะภาวะสุขภาพร่วมกัน เป็นต้น โดยทฤษฎีที่พบว่านักวิจัยนำมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การเสริมสร้างพลังอำนาจของเทรซี ผลการศึกษาตามโปรแกรมลักษณะข้างต้น พบว่า ความรู้ การส่งเสริมสุขภาพและพลังอำนาจในการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (เพยาวี พงษ์ศักดิ์ชาติและคณะ, 2561)

ทฤษฎีและแนวคิดที่นิยมนำมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุประเทศไทย

จากการวิเคราะห์งานวิจัย 8 เรื่อง พบว่าการส่งเสริมสุขภาพพยาบาลต้องมีความรู้ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหาสาระความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพด้านความสามารถที่จะอบรมเชิงปฏิบัติการและสร้างทักษะในการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ และด้านการประยุกต์ใช้ทฤษฎี ซึ่งจากการวิเคราะห์งานวิจัยมีทฤษฎีและแนวคิดที่ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้ผลเชิงประจักษ์ในประเทศไทย ดังนี้

ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการเสริมสร้างพลังอำนาจของ

เทรซี ซึ่งคาดว่าทฤษฎีและแนวคิดยังให้ประสิทธิผลที่ดี และควรนำไปประยุกต์ออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในอนาคตได้

การอภิปรายผลการวิจัย

การส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุไทยเป็นการปฏิบัติ การดูแลส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลที่มุ่งเน้นกิจกรรมที่เสริมสร้างสุขภาพทางกาย ใจ สังคม อารมณ์และ จิตวิญญาณในผู้สูงอายุด้วยการประยุกต์ใช้ความรู้ทาง วิชาชีพและเทคโนโลยี นวัตกรรมมาออกแบบโปรแกรม ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุชำระสุขภาพตนเอง เพื่อชะลอการ เสื่อมของสุขภาพและดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ด้วย ตนเอง โดยต้องการค้ำนโยบายสุขภาพและการเกื้อหนุน ทางสังคมในการสร้างเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่ง การส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุไทยมีความสอดคล้องกับ กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ (WHO, 1986) ที่เน้นการสร้างนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ การสร้าง สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การพัฒนาทักษะในการส่งเสริม สุขภาพ การสร้างเสริมความเข้มแข็งของกิจกรรมชุมชน เพื่อสุขภาพและการเน้นสร้างนำซ่อม รูปแบบการ ดำเนินโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พบบ่อย เป็นลักษณะการจัดกระทำโดยมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะ ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น การให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสาธิตวิธีการส่งเสริม สุขภาพ ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพด้วยการจัดโปรแกรมจะ ช่วยพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น (Pender, Murdaugh, and Parsons, 2006) การวัดผลลัพธ์ของการ สร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุของบริบทประเทศไทยมี 11 ลักษณะ ได้แก่ 1) วัดความรู้และการรับรู้ด้านสุขภาพ 2) วัดความสามารถในการดูแลตนเอง 3) วัดพฤติกรรม สุขภาพ 4) วัดพฤติกรรมการออกกำลังกาย 5) วัด ภาวะโภชนาการหรือพฤติกรรมรับประทานอาหาร 6) วัดระดับความเครียด 7) วัดการปฏิบัติกิจวัตรประจำ

วัน 8) วัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 9) วัดการพัฒนาจิต วิญญาณ 10) วัดสุขภาพด้านอารมณ์และจิตใจ และ 11) วัดความสามารถทางปัญญา ซึ่งการวัดผลลัพธ์ของการ สร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุส่วนใหญ่วัดตามแนวทฤษฎี การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, Murdaugh, and Parsons, 2006) ส่วนทฤษฎีที่ได้รับความนิยมมา ประยุกต์ส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุไทย ได้แก่ ทฤษฎี การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ทฤษฎีแบบแผนความ เชื่อด้านสุขภาพ และ แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ และการเสริมสร้างพลังอำนาจของเทรซี สอดคล้องกับแบนดูรา (Bandura, 1994) ที่ว่าการสร้าง พฤติกรรมใหม่จากการนำใช้ทฤษฎีต่างๆทำให้ผู้สูงอายุ มีความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตนสูงขึ้นและมีการ ปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพตนเองได้ดียิ่งขึ้น

การนำไปประยุกต์ใช้ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในอนาคต

จากงานวิจัยที่ค้นพบพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุไทยที่เป็นปัจจุบันและจากมุมมองตาม ภาระงานภาระงานการดีสรีบชั่นทำให้เห็นทิศทางการที่จะ สร้างโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุประเทศไทย ในชีวิตวิถีถัดไป เสนอในมุมมองที่เป็นแนวโน้มที่เป็นไป ได้ในอนาคต ดังนี้

1) โปรแกรมต้องกำหนดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นให้ ครอบคลุม 11 ผลลัพธ์ ได้แก่ การรับรู้ด้านสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมการออกกำลังกาย ภาวะโภชนาการ หรือพฤติกรรมรับประทานอาหาร วิธีการเผชิญ ความเครียด ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำ ด้วยตนเอง สัมพันธภาพระหว่างบุคคล พฤติกรรม การพัฒนาจิตวิญญาณ ความสามารถทางปัญญา และสุขภาพ ด้านอารมณ์และจิตใจ

2) ผู้พัฒนาโปรแกรมต้องมีความรู้เฉพาะเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีความสามารถในการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ สามารถประยุกต์ใช้ทฤษฎีที่หลากหลายมาปฏิบัติในโปรแกรมและสามารถกำกับการดำเนินโปรแกรมทางไกลผ่านเทคโนโลยีดิจิทัลที่สนับสนุนได้

3) รูปแบบกิจกรรมในโปรแกรม แบ่งเป็น 2 รูปแบบตามวิธีที่พยาบาลเลือกสรร คือ 3.1) หากต้องลงพื้นที่ปฏิบัติโปรแกรมด้วยตนเอง ต้องมุ่งไปที่การจัดโปรแกรมแบบเข้มข้นที่บรรลุผลใน 4 สัปดาห์ สามารถระบบการพยาบาลทางไกลในกิจกรรม การให้คำแนะนำสุขภาพ การสอนความรู้อย่างมีแบบแผน และการสอนแนะกำกับการส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น และวันที่ลงพื้นที่จริงจึงสำคัญและให้วิธีการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุตามโปรแกรมจริง และเก็บข้อมูลผ่านวิธีออนไลน์หรือผ่านแกนนำก็น่าจะเป็นไปได้ในอนาคต 3.2) หากต้องการให้เกิดความยั่งยืนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต้องออกแบบโปรแกรมให้แกนนำเป็นผู้ส่งเสริมสุขภาพแทนพยาบาล ต้องออกแบบโปรแกรมที่ต้องใช้เวลามากกว่า 4 สัปดาห์ โดยการสร้างโปรแกรมให้ทำเหมือนปกติแต่ขั้นตอนการปฏิบัติโปรแกรมจะต้องคัดเลือกแกนนำการส่งเสริมสุขภาพที่มีคุณสมบัติในการเป็นตัวแทนที่ดีและเข้าถึงผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลได้และสามารถสนับสนุนผู้สูงอายุในการปฏิบัติตามโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ต้องอบรมเชิงปฏิบัติการแก่แกนนำและให้วิธีการตามโปรแกรมแก่แกนนำและเสริมสร้างพลังอำนาจแก่แกนนำเพื่อนำความรู้ทักษะตามโปรแกรมกำหนดไปส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในชุมชนแทนพยาบาล และพยาบาลสามารถวิธี

ติดตามเยี่ยมกำกับการส่งเสริมสุขภาพตามที่แกนนำสร้างผ่านครอบครัวผู้สูงอายุหรือผ่านแกนนำด้วยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลต่างๆ

4) การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลผ่านระบบออนไลน์ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทำได้โดยการสร้างเนื้อหาที่ต้องการส่งเสริมสุขภาพเป็นคลิปวิดีโอสั้นๆ โดยเนื้อหาเหล่านั้นต้องเป็นส่วนประกอบของโปรแกรมที่พยาบาลออกแบบไว้และนำคลิปขึ้นในระบบออนไลน์ผ่านช่องทางโปรแกรมยูทูปที่สามารถคัดลอกที่อยู่เว็บไซต์ส่งต่อความรู้ให้ถึงผู้สูงอายุโดยตรงได้

5) จากงานวิจัยที่ค้นพบส่วนใหญ่ผู้สร้างโปรแกรมเป็นอาจารย์ที่สอนในมหาวิทยาลัย/วิทยาลัย ในชีวิตวิถีถัดไปควรให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาโปรแกรมและดำเนินโปรแกรมด้วยจะช่วยเพิ่มการเข้าถึงและชี้แนะผู้สูงอายุ

6) การพัฒนานวัตกรรมในการส่งเสริมสุขภาพยังเป็นสิ่งที่ท้าทายพยาบาลในชีวิตวิถีใหม่และวิถีถัดไป

สรุป

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุบริบทประเทศไทย ในวิถีถัดไป พยาบาลต้องออกแบบโปรแกรมที่ครอบคลุมผลลัพธ์ 11 ด้าน ประยุกต์ใช้ทฤษฎีและแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับโปรแกรมและใช้สื่อดิจิทัลมาออกแบบการสอนความรู้ การติดตามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และการใช้แกนนำที่ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการตามโปรแกรมและเป็นตัวแทนที่ดีเป็นผู้ส่งเสริมสุขภาพตามโปรแกรมแทนพยาบาลน่าจะเป็นแนวทางที่ท้าทายในชีวิตวิถีถัดไป ทั้งนี้จำเป็นต้องใช้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมด้วย

เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครวัดพิชัย. (2561). วิธีดำเนินการมาตรฐานงานจริยธรรมการวิจัย. ฉบับที่ 4. สืบค้นเมื่อ 22 ธันวาคม 2564, จาก <https://drive.google.com/file/d/12IpcNwBloKRyv0n2WAeWS5Uxc4nN0yKV/view>
- จารุวรรณ ก้านศรี ชูติมา มาลัย นภัทร เตียอนุกุล ภัทรวดี ศรีนวลและนภัสสร ยอดทองดี. (2563). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 36(2), 95 -107.
- ชวนพิศ เจริญพงศ์ อลิสา นิตธรรม สุพัฒน์ ธีรเวชเจริญชัย สายสมร เฉลยกิตติ. (2562). การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(1) 157-164
- ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง. (2557). ผลของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยผ่านกลุ่มผู้นำชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 32(3), 77 - 85.
- บังอรศรี จินดาวงค์ และ ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. (2564). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, 21(1), 229-241.
- ปัทมา ผาติภัทรกุล ผุสดี ก่อเจติย์ เพยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ ศิริธร ยิ่งแรงเรือง ชูติมา บุรพา ประภาส จักรพล. (2561). ประสิทธิภาพโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 12 (ฉบับพิเศษ), 52 - 60.
- เพยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ ผุสดี ก่อเจติย์ เกศแก้ว สอนดี และ จันทิพร โชคถาว. (2561). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของเครือข่ายสุขภาพชุมชนจังหวัดสระบุรี. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 31(4), 33 - 41.
- ศรุตยา ทางษ์วิมา เทียงธรรม และ สุธรรม ฉันทมงคลชัย. (2560). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 31(1): 110 -128.
- สุนทรียพันธ์ อ่อนสีแดง จตุพร เหลืองอุบล และธนรุตธ์ บุตรแสนคม. (2558). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สูงอายุวัยกลาง ตำบลทุ่งกุลา อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารทันตภิบาล*, 26(1), 91-101.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press, 1998).
- Elton, J., & O'Riordan, A. (2016). *Healthcare disrupted: Next generation business models and strategies*. John Wiley & Sons.
- Holly C, Salmond S, Saimbert M. *Comprehensive systematic review for advanced practice nursing*. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company; 2017.

- Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing and health care: a guide to best practice. 4th ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins; 2019.
- Muthuppalaniappan, M., & Stevenson, K. (2021). Healthcare cyber-attacks and the COVID-19 pandemic: an urgent threat to global health. *International Journal for Quality in Health Care*, 33(1), mzaa117.
- Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health promotion in nursing practice*. 5th ed. Jurong, Singapore: Pearson; 2006.
- Polit DF, Beck CT, Hungler CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017.
- Palmieri, P. A., Peterson, L. T., & Noeding, M. N. R. (2015). Health information technology: Anticipating, recognizing, and preventing disruptions in complex adaptive healthcare systems. In *Healthcare Administration: Concepts, Methodologies, Tools, and Applications* (pp. 1-22). IGI Global.
- Terry, O. (2020). Disruption Innovation and Theory. *Journal of Service Science and Management*, 13(03), 449.
- Tursunbayeva, A. (2019). Human resource technology disruptions and their implications for human resources management in healthcare organizations. *BMC health services research*, 19(1), 1-8.
- Wongsaree, C., Sritoomma, N., Luangamomlert, S. (2021). Development of Indicators of the Personal Initiative Behavior of Head Nurses at Private Hospitals in Thailand. *Journal of public health and development. JPHD*, 19 (1): 152-163.
- World health organization. (1986). *Ottawa charter for health promotion, 1986* (No. WHO/EURO: 1986-4044-43803-61677). World Health Organization. Regional Office for Europe.

