

การพัฒนาแบบส่งเสริมโภชนาการและออกกำลังกายแบบมีส่วนร่วมเพื่อชะลอภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย สำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ

Development of a Participatory Nutrition and Exercise Promotion Model to Delay Sarcopenia among Older Adults in Senior Citizen Clubs.

(Received: December 10,2025 ; Revised: December 19,2025 ; Accepted: December 22,2025)

รัชฎา จอปา¹, อานี พรหมมา¹

Ratchada Jopa¹, Arni Phomma¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยใช้แนวคิดของ Crane & O'Regan การดำเนินงานแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะสังเกตและวางแผนร่วมกันกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ระยะปฏิบัติและสังเกตการณ์ผ่านแผนปฏิบัติการที่ออกแบบร่วมกัน และระยะแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสะท้อนผลการดำเนินงาน เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมโภชนาการและการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับบริบทชมรมผู้สูงอายุ มีกลุ่มตัวอย่างหลัก 2 กลุ่ม ได้แก่ (1) ภาคีเครือข่าย 18 คน (บุคลากรสาธารณสุข กลุ่มผู้นำท้องถิ่น ผู้นำชุมชน คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ แกนนำ) สำหรับการออกแบบและพัฒนาแบบ (2) ผู้สูงอายุ 41 คน สำหรับการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นเวลา 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะสุขภาพใช้สถิติทดสอบ Paired Samples t-test และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า

(1) ผลการพัฒนาแบบการส่งเสริมโภชนาการและการออกกำลังกายแบบมีส่วนร่วมเพื่อชะลอภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุ ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการ ซึ่งร่วมกันกำหนดกิจกรรมหลัก 3 แผน ได้แก่ แผนอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะ ตามแผนกิจกรรมส่งเสริมโภชนาการและออกกำลังกายแบบมีส่วนร่วมเพื่อชะลอภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ แผนกิจกรรมส่งเสริมโภชนาการและการออกกำลังกายในชมรมผู้สูงอายุ และแผนกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนสุขภาพ โดยใช้ไลน์กลุ่ม

(2) หลังเข้าร่วมโครงการ พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกาย (TUGT) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001 ความเสี่ยงภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (SARC-F) ลดลงที่ระดับ 0.05 และสมรรถนะกล้ามเนื้อจากแรงบีบมือเพิ่มขึ้นที่ระดับ 0.01 นอกจากนี้ ปริมาณโปรตีนที่บริโภคต่อวันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001 สะท้อนถึงประสิทธิผลของรูปแบบในการส่งเสริมโภชนาการและสมรรถภาพผู้สูงอายุ ส่วนค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ 0.26 (3) ความยั่งยืนของรูปแบบ พบว่า ส่วนราชการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้นำรูปแบบไปบรรจุในแผนงานประจำปี และมีการวางแผนขยายกิจกรรมสู่หมู่บ้านในรูปแบบสัญจร

คำสำคัญ: โภชนาการผู้สูงอายุ, การออกกำลังกายผู้สูงอายุ, การมีส่วนร่วม, ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย, ชมรมผู้สูงอายุ

Abstract

. This research employed participatory action research (PAR) integrating qualitative and quantitative approaches, guided by the Participatory Action Research (PAR) cycle proposed by Crane & O'Regan. The study consisted of three phases: (1) observation and joint planning with local stakeholders, (2) implementation and monitoring through collaboratively designed action plans, and (3) knowledge sharing and reflection to refine a context-appropriate model for older-adult clubs. Two main groups participated in the study: (1) eighteen stakeholders—including public health personnel, local leaders, community representatives, older-adult club committee members, and community volunteers -involved in model design and development, and (2) forty-one older adults who participated in a 12-week implementation of

¹ ศูนยอนามัยที่ 2 พิชญโลก

the developed model. Quantitative data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and Paired Samples t-test, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The results showed that:

(1) The development of the participatory nutrition and exercise promotion model to delay sarcopenia among older adults was achieved through active engagement of all stakeholder groups throughout the entire process. Together, they identified three core action components: (a) a training and skill-building program aligned with the participatory nutrition and exercise promotion plan for older adults in senior citizen clubs; (b) monthly nutrition and physical activity promotion activities within the senior citizen club; and (c) a health-support group implemented via a Line communication platform.

(2) after participating in the program, older adults showed statistically significant improvements in multiple health indicators, including improved physical mobility measured by TUGT ($p < 0.001$), reduced sarcopenia risk assessed by SARC-F ($p < 0.05$), increased handgrip strength ($p = 0.01$), and increased daily protein intake ($p < 0.001$). No significant change was observed in body mass index (BMI) ($p = 0.26$); and (3) regarding sustainability, local administrative organizations incorporated the model into annual operational plans and planned to expand activities to village-level mobile programs.

Keywords: elderly nutrition, elderly exercise, participatory approach, sarcopenia; senior citizen clubs

บทนำ

ปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้นปี 2565 ประเทศไทยมีประชากรตามทะเบียนราษฎร ของกระทรวงมหาดไทย 66 ล้านคน ในจำนวนนี้มีประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 13 ล้าน คนหรือคิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด ในอีก 20 ปีข้างหน้าประชากรไทยจะลดลงจาก 66 ล้านคนเหลือเพียง 60 ล้านคน แต่ประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มจาก 13 ล้านคนเป็น 19 ล้านคน¹ ผู้สูงอายุในประเทศไทยยังคงทำงาน ร้อยละ 34.70 โดยเหตุผลที่ยังคงทำงานส่วนใหญ่ พบว่า ยังแข็งแรง/มีแรงทำงาน ร้อยละ 47.30 รองลงมา คือ ต้องการรายได้เลี้ยงครอบครัวหรือตนเอง ร้อยละ 44.6 และพบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุยากจน ร้อยละ 6.80 การอาศัยอยู่ลำพังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากร้อยละ 3.60 ในปี 2537 เป็น 12.00 ในปี 2564 การประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุและการมีผู้ดูแล พบว่ายังสามารถดูแลตนเองได้/ดูแลตนเองได้แต่ไม่มีผู้ดูแล ร้อยละ 89.60²

ผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 2 พบว่า สัดส่วนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากร้อยละ 21.80 ในปีพ.ศ.2563 เป็น 25.60 ในปี 2567 ซึ่งเป็นไปใน

ทิศทางเดียวกับประเทศที่ เมื่อจำแนกระดับความเข้มข้นของการเป็นสังคมผู้สูงอายุ ในปีพ.ศ.2567 พบว่า จังหวัดอุดรธานีและจังหวัดสุโขทัยมีสัดส่วนผู้สูงอายุที่เป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด ร้อยละ 29.60, 28.90 ตามลำดับ จังหวัดที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ได้แก่ จังหวัด พิษณุโลก และเพชรบูรณ์ ร้อยละ 26.70, 25.40, ตามลำดับ และจังหวัดตากมีสัดส่วนผู้สูงอายุเป็นสังคมสูงอายุ ร้อยละ 18.10 โดยเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 97.80 รองลงมาคือ กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 1.60 และ กลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.60 ตามลำดับ และพบว่ามีผลการคัดกรองความถดถอยครบ 9 ด้านปี 2567 เสีย 3 อันดับแรก คือ การมองเห็น สุขภาพช่องปาก และการเคลื่อนไหว ร้อยละ 11.40, 5.70, 4.30 ตามลำดับ³ เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านระบบต่างๆ ของร่างกาย และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเปราะบาง ได้ง่าย หรืออวัยวะและระบบต่าง ๆ ในร่างกายเสื่อมถอย รวมถึงสมรรถภาพร่างกาย เกิดความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น ความสามารถในการมองเห็นลดลง สุขภาพช่องปากที่มีจำนวนซี่ฟันน้อยลง ทำให้ความสามารถในการรับประทานอาหารได้ลดลง

ตามไปด้วย เสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร และกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอจากข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว นำไปสู่ภาวะเสี่ยงต่อมวลกล้ามเนื้อน้อย ส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดความแข็งแรง มีความสามารถในการเดินและการทรงตัวน้อยลง ทำให้ประสิทธิภาพในการทรงตัวบกพร่อง เสี่ยงต่อการหกล้มได้ ซึ่งจากสถานการณ์แสดงให้เห็นว่า เขตสุขภาพที่ 2 เป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์โดยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคมที่ยังมีความแข็งแรงช่วยเหลือตนเองได้ แต่ในทางกลับกันผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาความเสื่อมของร่างกายที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตโดยอาจส่งผลให้เกิดการหกล้มได้ง่าย คือ ปัญหาการมองเห็น ปัญหาสุขภาพช่องปาก และปัญหาการเคลื่อนไหว ซึ่งการหกล้มอาจทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียจำนวนปีของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีไป โดยความรุนแรงของการหกล้มมีตั้งแต่ การบาดเจ็บที่ไม่รุนแรง ไปจนถึง พิการหรือเสียชีวิต โดยเขตสุขภาพที่ 2 พบว่า อัตราผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก รวมถึงเสียชีวิต จากสาเหตุจากการหกล้มในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ต่อประชากรผู้สูงอายุแสนคน ปี 2560 – 2565 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยมีอัตราผู้สูงอายุบาดเจ็บต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก(OPD) เพิ่มขึ้นจาก 777 คน เป็น 1114.42 คน อัตราการบาดเจ็บจากการหกล้มต้องเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน (IPD) เพิ่มขึ้น จาก 367.51 คน เป็น 524.57 คน และพบว่ามีอัตราผู้สูงอายุเสียชีวิตจากการหกล้ม เพิ่มขึ้น จาก 9.28 คน เป็น 13.4 คน⁴ ซึ่งปัญหาการหกล้มในผู้สูงอายุ เป็นปัญหาที่สามารถป้องกันได้ โดยการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการหกล้ม เพื่อชะลอความเสื่อมของร่างกายลดผลกระทบที่รุนแรง และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหันมาดูแลสุขภาพสุขภาพ เลือกรับประทานอาหารที่เพิ่มมวลกล้ามเนื้อและออกกำลังกายที่เหมาะสม เพื่อชะลอภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย คงสภาพไว้ไม่ให้เข้าสู่ภาวะพึ่งพิง สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพได้ด้วยตนเอง

คณะทำงานยุโรปด้านภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุ ได้พัฒนาคำจำกัดความทางคลินิกในทางปฏิบัติและเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยที่เกี่ยวข้องกับอายุ EWGSOP (European Working Group on Sarcopenia in Older People) ประกอบด้วยตัวแทนจากองค์กรที่เข้าร่วม 4 องค์กร ได้แก่ สมาคมเวชศาสตร์ผู้สูงอายุแห่งยุโรป, สมาคมโภชนาการทางคลินิกและการเผาผลาญแห่งยุโรป, สมาคมผู้สูงอายุและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุระหว่างประเทศ ภูมิภาคยุโรป และสมาคมระหว่างประเทศด้านโภชนาการและผู้สูงอายุ ได้ให้คำจำกัดความของภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย หมายถึง กลุ่มอาการที่มีลักษณะเฉพาะ คือ มีการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อและความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่องจากความสูงอายุ⁵ โดยในทวีปเอเชียคณะทำงาน AWGS (Asian Working Group for Sarcopenia) ได้มีข้อตกลงในปี ค.ศ.2014 ในการวินิจฉัยภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยว่าเป็น การสูญเสียมวลกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับอายุ บวกกับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่ำ และ/หรือสมรรถภาพทางกายภาพต่ำ⁶ ในปี 2019 AWGS กำหนดเพิ่มเติมโดยเฉพาะสำหรับการดูแลสุขภาพเบื้องต้นหรือการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนด้วยคำดัชนีมวลกายแทนมวลกล้ามเนื้อ อาจทำนายผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้ดีกว่า⁷ EWGSOP เลือกใช้การประเมินแรกคือ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ โดยใช้การวัดแรงบีบมือ (hand grip) หรือการลุกขึ้นยืนจากเก้าอี้(chair stand test) แต่ AWGS แนะนำให้ใช้เครื่องมือ 2 ด้านในการ ประเมินเบื้องต้นสำหรับชุมชน คือ ประเมินความแข็งแรงกล้ามเนื้อ และสมรรถภาพทางกายควบคู่กัน และใช้เครื่องมือทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ประเมินความแข็งแรงกล้ามเนื้อ สมรรถภาพทางกาย ปริมาณกล้ามเนื้อ เพื่อวินิจฉัยภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในสถานพยาบาลหรือการทำวิจัย อีกทั้งปรับค่าจุดตัดของแต่ละเครื่องมือในการวัดเพื่อให้เหมาะสมกับคนเอเชีย เนื่องจากข้อแตกต่างในด้าน เชื้อชาติวัฒนธรรม วิถีชีวิต ขนาดรูปร่าง⁸

และแบบสอบถาม SARC-F เป็นเครื่องมือคัดกรองที่สามารถนำไปใช้ได้อย่างรวดเร็วเพื่อระบุภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย โดยแบบสอบถามจะคัดกรองผู้ป่วยบ่งบอกถึงอาการภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ซึ่งรวมถึงการขาดความแข็งแรงการเดินลุกขึ้นจากเก้าอี้ ปีนบันได และการหกล้ม⁹

ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย เป็นการสูญเสียกล้ามเนื้อโครงร่างที่เกี่ยวข้องกับอายุ ซึ่งอาจส่งผลให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและประสิทธิภาพการทำงานลดลง ความชุกของ ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย แตกต่างกันไปตามกลุ่มประชากรตามรุ่นและเกณฑ์การประเมิน¹⁰ ในประเทศไทยพบความชุกของภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ในชายและหญิงคือ 35.33 % (95 % CI, 29.91, 40.41) และ 34.74 % (95 % CI, 30.56, 39.10)¹¹ ความชุกของภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยของผู้สูงอายุในเขตเมืองพบร้อยละ 9.67 และ 13.68 ซึ่งน้อยกว่าในเขตชนบทที่พบร้อยละ 30.59 ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยจากการได้แก่ เพศชาย อายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป ดัชนีมวลกายในระดับผอม (<18.5 กก./ม²) และน้ำหนักเกิน (23.0-24.9 กก./ม²) และการได้รับโปรตีนน้อยกว่า 40 กรัมต่อวัน และ 40-59.9 กรัมต่อวัน¹² ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย เป็นโรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่มวลกล้ามเนื้อ ความแข็งแรงและประสิทธิภาพลดลงอย่างมีนัยสำคัญตามอายุ มักส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ⁹ การปรับวิถีชีวิตโดยเฉพาะการออกกำลังกายและการเสริมโภชนาการเป็นหลักของการรักษา¹³

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ จากการบริโภคอาหารที่ลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น การบริโภคอาหารเฉลี่ยคาดว่าจะลดลง ประมาณร้อยละ 25 ทำให้พลังงานที่ได้รับต่ำกว่าที่ควรจะเป็น นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีการใช้พลังงาน ลดลงจากการลดลงของมวลกล้ามเนื้อ การชะลอการ สูญเสียมวลกล้ามเนื้อหรือภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ตั้งแต่เนิ่น ๆ และต่อเนื่องเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและวิถีชีวิต ซึ่งอาหารและ

โภชนาการมีบทบาทสำคัญในการป้องกัน และจัดการภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย อาหารและโภชนาการมีบทบาทสำคัญในการจัดการภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะ คุณภาพอาหารและรูปแบบการบริโภคอาหาร โปรตีนและกรดอะมิโน กรดไขมันไม่อิ่มตัวเชิงซ้อนชนิดสายยาว วิตามินดี โภชนเภสัชและยาสมุนไพร แนวทางการบริโภคอาหารเพื่อจัดการภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยของผู้สูงอายุ เป็นอาหารเมดิเตอร์เรเนียน ซึ่งเน้นการบริโภคโปรตีนจากพืช ผักผลไม้ อาหารที่มีใยอาหารสูง รวมทั้งไขมัน ที่ดีต่อสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการบริโภคอาหารโปรตีนที่มีคุณภาพ และการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม¹⁴ จากข้อมูลข้างต้นผู้วิจัยมีความสนใจที่จะหาพัฒนารูปแบบส่งเสริมโภชนาการและออกกำลังกายแบบมีส่วนร่วมเพื่อชะลอมวลกล้ามเนื้อน้อยสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาและวิเคราะห์บริบทของชุมชน รวมถึงสถานการณ์การดูแลสุขภาพตนเองด้านโภชนาการและกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมโภชนาการและออกกำลังกายแบบมีส่วนร่วมที่เหมาะสมในการป้องกันและชะลอภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ที่ผสมผสานการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative analysis) และ เชิง ปริมาณ (Quantitative analysis) กรอบแนวคิดหลักที่ใช้ในการดำเนินงานคือ วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research Cycle) ของ Crane & O'Regan¹⁶ ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การสังเกต (Observe) การสะท้อนคิด

(Reflect) การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Share) กระบวนการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การสังเกต การสะท้อนคิด และการวางแผนร่วมกัน ระยะที่ 2 การปฏิบัติและการสังเกตการณ์ และระยะที่ 3 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการสะท้อนผลการปฏิบัติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 8 คน จากศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ตำบลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก โดยเป็นบุคลากรสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

2. กลุ่มผู้นำท้องถิ่น/ชุมชนและแกนนำ จำนวน 10 คน ประกอบด้วยผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยมีคุณสมบัติเป็นผู้ดำรงตำแหน่งในพื้นที่และสมัครใจเข้าร่วมกระบวนการวิจัยอย่างต่อเนื่อง

3. กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 41 คน เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลพรหมพิราม ซึ่งมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เหมาะสมต่อการดำเนินโครงการและการเก็บข้อมูล โดยเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ อายุ 60-80 ปี เดินได้ด้วยตนเอง ไม่มีข้อจำกัดทางการแพทย์ในการออกกำลังกาย และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณตามหลักการของ Cohen¹⁵ โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size; d) ที่ 0.5 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และอำนาจการทดสอบ 0.80 ด้วยโปรแกรม G*Power ต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 34 คน และเพิ่มร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงได้กลุ่มตัวอย่างสุดท้าย 41 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและแบบสังเกตได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว นักโภชนาการ และนักวิชาการสาธารณสุขด้านการออกกำลังกาย ผลการประเมินพบว่าค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.90 ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงเครื่องมือให้มีความครอบคลุมและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยก่อนนำไปใช้จริง

1.2 แบบบันทึกการประเมินสมรรถภาพและภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ อ้างอิงและปรับปรุงจากแบบประเมินของสำนักผู้สูงอายุ กรมอนามัย ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ภาวะโภชนาการ (BMI, เส้นรอบเอว) แบบประเมิน SARC-F การทดสอบ Timed Up & Go test (TUG) การวัดแรงบีบมือด้วยเครื่อง Hand Dynamometer และการประเมินการบริโภคโปรตีนใน 1 วัน การควบคุมคุณภาพดำเนินการโดยการฝึกอบรมผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้มีมาตรฐานการวัดเดียวกัน และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือวัด (Calibration) ก่อนใช้งานทุกครั้ง

1.3 แบบทดสอบการเตรียมความพร้อมก่อนการประเมินสมรรถภาพร่างกาย ของกรมอนามัย ใช้เพื่อคัดกรองความพร้อมของผู้เข้าร่วมก่อนการประเมินภาคสนาม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวางแผนและดำเนินการ (Intervention Package) ประกอบด้วย

2.1 กระบวนการระดมความคิดเห็นแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและตัดสินใจในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน

2.2 รูปแบบการส่งเสริมโภชนาการและการออกกำลังกายแบบมีส่วนร่วมเพื่อชะลอภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย สำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ แพทย์ นัก

โภชนาการ และนักวิชาการสาธารณสุขด้านการออกกำลังกาย

2.3 อุปกรณ์สถิติการออกกำลังกาย เช่น ตั้มเบลล์น้ำหนักเบา ยางยืด และเก้าอี้มั่นคง เพื่อฝึกปฏิบัติท่าทางที่ปลอดภัย

2.4 สื่อการเรียนรู้ด้านโภชนาการ ได้แก่ โมเดลอาหารจำลอง ชุดสถิติอาหารจริง และแผ่นพับความรู้ “การเสริมสร้างสมรรถนะผู้สูงวัยให้แข็งแรงป้องกันการหกล้มและมวลกล้ามเนื้อน้อย” จากสำนักผู้สูงอายุ กรมอนามัย โดยตรวจสอบความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและสอดคล้องกับเนื้อหากิจกรรมโดยทีมวิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินงานวิจัยเป็นไปตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (ของCrane & O'Regan¹⁶ ประกอบด้วย 3 ระยะ โดยกระบวนการทั้งหมดดำเนินการในพื้นที่ชมรมผู้สูงอายุตำบลพรหมพิราม อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ดังนี้

ระยะที่ 1: การสังเกต การสะท้อนคิด และการวางแผนร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ (Observe & Reflect I)

1.1 ทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย การส่งเสริมโภชนาการ การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ และแนวทางการวิจัยแบบมีส่วนร่วม

1.2 ศึกษาบริบทของชมรมผู้สูงอายุ โดยใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างกับบุคลากรสาธารณสุขและผู้นำท้องถิ่น/ชุมชน เพื่อสำรวจนโยบาย การบริหารจัดการ ปัจจัยเอื้อและอุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพ และการสังเกตการณ์กิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุแบบไม่มีส่วนร่วม

1.3 ประเมินสถานการณ์ภาวะสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ โดยใช้แบบทดสอบการเตรียมความพร้อมก่อนการประเมินสมรรถภาพร่างกายของกรมอนามัย และ

แบบบันทึกการประเมินสมรรถภาพและภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ดัชนีมวลกาย (BMI) ความเสี่ยงภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (SARC-F) การเคลื่อนไหวของร่างกาย (TUGT) สมรรถนะกล้ามเนื้อ (Handgrip) และปริมาณการบริโภคโปรตีนในหนึ่งวัน

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดและการวางแผนร่วมกัน (Reflect II & Plan)

2.1 นำข้อมูลจากการศึกษาสถานการณ์มาจัดเวทีสนทนากลุ่มคืบข้อมูลและสะท้อนคิดร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ และศักยภาพของชุมชน

2.2 จัดเวทีระดมความคิดเห็นแบบมีส่วนร่วม เพื่อร่วมกันออกแบบและวางแผนร่างรูปแบบการส่งเสริมโภชนาการและการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

2.3 ตรวจสอบความเหมาะสมของร่างรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ ความถูกต้องและความเหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง

ระยะที่ 2: การปฏิบัติและการสังเกตการณ์ (Act-Observe)

1. นำร่างรูปแบบที่ผ่านการปรับปรุงมาทดลองใช้กับผู้สูงอายุจำนวน 41 คน โดยดำเนินการกิจกรรมบูรณาการ ได้แก่ การบรรยายให้ความรู้ การสถิติอาหาร การฝึกปฏิบัติท่าออกกำลังกาย และการตั้งเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พร้อมจัดสื่อประกอบ เช่น โมเดลอาหารจำลองและแผ่นพับความรู้ “การเสริมสร้างสมรรถนะผู้สูงวัยให้แข็งแรงป้องกันการหกล้มและมวลกล้ามเนื้อน้อย”

2. ติดตามและสนับสนุนการปฏิบัติของผู้เข้าร่วมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผ่านช่องทางสื่อสารออนไลน์เพื่อให้คำแนะนำ ตอบข้อสงสัย และสร้างแรงจูงใจ รวมถึงประเมินการบริโภคโปรตีนซ้ำทุกเดือน เพื่อวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

3. ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลการสังเกตเชิงพฤติกรรม ความร่วมมือ ปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้น เพื่อใช้ในการปรับปรุงรูปแบบในระยะต่อไป

ระยะที่ 3: การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Share) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect on Action)

1. รวบรวมข้อมูลจากการสังเกต การติดตาม และความคิดเห็นของผู้เข้าร่วม เพื่อประเมินกระบวนการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยแห่งความสำเร็จ

2. ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบโดยใช้เครื่องมือชุดเดียวกับการประเมินก่อนเข้าร่วมโครงการ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย (BMI) ความเสี่ยงภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (SARC-F) การเคลื่อนไหวของร่างกาย (TUGT) สมรรถนะกล้ามเนื้อ (Handgrip) และการบริโภคโปรตีน

3. นำผลการดำเนินงานสะท้อนกลับสู่ชุมชน โดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้สูงอายุ บุคลากรสาธารณสุข และผู้นำชุมชน เพื่อสรุปบทเรียนและแนวทางขยายผลของรูปแบบ

4. ติดตามผลระยะสั้นภายหลังการดำเนินโครงการเพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในชมรมผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง การสังเกต และการสนทนากลุ่มวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสังเคราะห์ประเด็นและตอบวัตถุประสงค์การวิจัยอย่างเป็นระบบ

2. ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบบันทึกการประเมินภาวะสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพก่อนและหลังการเข้าร่วมรูปแบบ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย (BMI) การเคลื่อนไหวของร่างกาย (Timed Up and Go test: TUG) ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Handgrip

Strength) และพฤติกรรมบริโภคโปรตีน โดยใช้สถิติทดสอบที่แบบไม่อิสระ (Paired Samples t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ รหัสโครงการวิจัย 17/2568 เมื่อวันที่ 16 กรกฎาคม 2568

ผลการวิจัย

1. กระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมโภชนาการและการออกกำลังกายแบบมีส่วนร่วมเพื่อชะลอภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ

กระบวนการพัฒนาใช้แนวทาง วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ตามแนวคิดของ Crane & O'Regan (2010) ซึ่งประกอบด้วยการดำเนินงาน 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การสังเกต การสะท้อนคิด และการวางแผนร่วมกัน

ดำเนินการถอดบทเรียนสถานการณ์ด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และปัจจัยบริบทของชมรมผู้สูงอายุผ่านการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ การสังเคราะห์ร่วมกับภาคี และการจัดทำแนวทางพัฒนาร่วมกัน

ระยะที่ 2 การปฏิบัติและการสังเกตการณ์

หลังจากผ่านกระบวนการสังเกต สะท้อนคิด และการวางแผนร่วมกันในระยะที่ 1 ได้มีการสังเคราะห์ทิศทางการพัฒนา 3 ประการสำคัญ ได้แก่ (1) การบูรณาการภาคีเครือข่ายในระดับตำบลและอำเภอ (2) การออกแบบกิจกรรมที่มีเป้าหมายชัดเจนและมีการติดตามประเมินผล และ (3) การใช้สื่อดิจิทัลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง แนวทางดังกล่าวถูกนำมาสู่การดำเนินการจริงในระยะที่ 2 โดยความร่วมมือของภาคีเครือข่าย ซึ่งช่วยให้กิจกรรมสามารถ

ขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบในพื้นที่ผ่านแผนปฏิบัติการร่วม 3 แผนหลัก

ระยะที่ 3 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการสะท้อนผลการปฏิบัติ

ผลจากกระบวนการพัฒนารูปแบบทำให้เกิดการจัดทำแผนดำเนินงานอย่างต่อเนื่องทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยมีภาคีเครือข่ายในพื้นที่ร่วมสนับสนุนอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้รูปแบบมีความเป็นไปได้สูงในการขับเคลื่อนจริงและต่อยอดในอนาคต

2. ผลลัพธ์ของการดำเนินงานรูปแบบการส่งเสริมโภชนาการและการออกกำลังกายแบบมีส่วนร่วมเพื่อชะลอภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ

กิจกรรมสามารถขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบในพื้นที่ผ่านแผนปฏิบัติการร่วม 3 แผนหลัก ดังนี้

1) แผนอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะ ตามแผนกิจกรรมส่งเสริมโภชนาการและออกกำลังกายแบบมีส่วนร่วมเพื่อชะลอภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ

เป็นกิจกรรมหลักที่มุ่งพัฒนาความรู้และทักษะด้านโภชนาการและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ โดยดำเนินบนกรอบแนวคิดการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) แผนอบรมเชิงปฏิบัติเป็นกิจกรรมหลักที่ออกแบบเป็นโปรแกรม 6 ชั่วโมง แบ่งเป็น 5 ลำดับกิจกรรมที่เชื่อมโยงกัน ครอบคลุมความรู้เชิงทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติ ได้แก่ (1) ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (2) การสะท้อนผลสุขภาพรายบุคคล (3) โภชนาการป้องกันมวลกล้ามเนื้อน้อยพร้อมสาธิตเมนูโปรตีนสูง (4) การฝึกท่าการเสริมสมรรถนะทางกายตามมาตรฐานกรมอนามัย และ (5) การตั้งเป้าหมายสุขภาพและจัดทำ Wellness Plan ทั้งหมดดำเนินบนกรอบแนวคิดการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ของ Bandura โดยเน้น Mastery Experience (ฝึกปฏิบัติจริง), Vicarious Experience (สาธิตโดยวิทยากรและแกนนำผู้สูงอายุ), Verbal Persuasion (คำแนะนำเชิงบวกและการให้กำลังใจ) และการตีความสถานะทาง

กาย/อารมณ์ (สังเกตการเปลี่ยนแปลงของตนเอง) ผู้ดำเนินงานเป็นความร่วมมือแบบสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบล คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณ สถานที่ และสื่อการสอน ผลการดำเนินงานสะท้อนว่ากระบวนการจัดอบรมมีความเป็นระบบ เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุอย่างชัดเจน ทั้งในด้านความรู้ ทักษะการปรุงอาหาร โปรตีนสูง และความมั่นใจในการปฏิบัติท่าออกกำลังกายอย่างปลอดภัย รวมถึงสามารถตั้งเป้าหมายปฏิบัติเป็นรายบุคคลได้ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและการติดตามผลระยะต่อไป

2) แผนกิจกรรมส่งเสริมโภชนาการและการออกกำลังกายในชมรมผู้สูงอายุ

แผนกิจกรรมส่งเสริมโภชนาการและการออกกำลังกายในชมรมผู้สูงอายุ จัดขึ้นเดือนละ 1 ครั้ง รวม 3 ครั้ง โดยออกแบบเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องในสภาพแวดล้อมจริงของชมรมกิจกรรมทั้งหมดเน้น “การเรียนรู้ผ่านการลงมือทำ” (experiential learning) เพื่อเสริมสร้างทักษะด้านโภชนาการ การเตรียมอาหารโปรตีนสูง และการปฏิบัติท่าบริหารที่ถูกต้อง สามารถนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวันชมรมผู้สูงอายุ ภายใต้ความร่วมมือของอบต. ทีมสาธารณสุข นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และ อสม. กิจกรรมประกอบด้วย 3 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่

(1) การสาธิตและปฏิบัติการทำอาหารโปรตีนสูงร่วมกัน การดำเนินงานเน้นการมีส่วนร่วมระหว่างผู้สูงอายุ แกนนำชมรม นักโภชนาการ และ อสม. เพื่อสร้างทักษะการเลือกวัตถุดิบ การปรับสูตร และการบริโภคโปรตีนอย่างเพียงพอในชีวิตประจำวัน

(2) การออกกำลังกายแบบกลุ่มในชมรมผู้สูงอายุ ประกอบด้วยท่าบริหารตามแผนพื้ทำฝึกสมรรถนะทางกายผู้สูงอายุและการออกกำลังกายด้วยยางยืดของกรมอนามัย มุ่งเสริมสร้างความ

แข็งแรง ความทนทาน และความคล่องตัวของผู้สูงอายุ โดยมีนักวิทยาศาสตร์การกีฬา นักกายภาพบำบัด และแกนนำชมรมร่วมสาธิตและฝึกปฏิบัติ

(3) การออกแบบเมนูอาหารกลางวันและอาหารว่างที่เหมาะสม ชมรมผู้สูงอายุร่วมกับนักโภชนาการและ อบต. จัดทำเมนูอาหารกลางวันและอาหารว่างที่มีโปรตีนคุณภาพดีและสารอาหารที่ช่วยเสริมสร้างมวลกล้ามเนื้อ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องในบริบทชมรม

3) แผนกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนสุขภาพ (Health Support Group) โดยใช้ Line Group เพื่อเผยแพร่สื่อสุขภาพที่ถูกต้อง น่าเชื่อถือ เข้าใจง่าย เป็นพื้นที่แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิก ตลอดจนสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม (social support) เนื้อหาที่เผยแพร่ในกลุ่มประกอบด้วยคลิปวิดีโอ อินโฟกราฟิก และแผ่นพับด้านโภชนาการและกิจกรรมทางกาย ตลอดจนภาพหรือข้อความที่ผู้สูงอายุส่งเข้ามาเพื่อรายงานพฤติกรรมอาหารหรือการออกกำลังกายของตนเอง ส่งผลให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน (collective learning)

จากการดำเนินงานตาม 3 แผนปฏิบัติการ ช่วยขับเคลื่อนรูปแบบการส่งเสริมโภชนาการและการออกกำลังกายในชมรมผู้สูงอายุได้อย่างเป็นระบบผ่านความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทุกระดับ ทั้งองค์การบริหารส่วนตำบลที่สนับสนุนงบประมาณ ทีมสาธารณสุขที่ให้การสนับสนุนทางวิชาการ และคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ อสม. ที่เชื่อมประสานกับผู้สูงอายุ ทำให้กิจกรรมสุขภาพดำเนินได้อย่างสม่ำเสมอทั้งในชมรมและผ่านสื่อออนไลน์ ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ หลังเข้าร่วมโครงการ พบว่ามีภาวะสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกาย (TUGT) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001 ความเสี่ยงภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (SARC-F) ลดลงที่ระดับ 0.05 และสมรรถนะกล้ามเนื้อจากแรงบีบมือเพิ่มขึ้นที่ระดับ 0.01 นอกจากนี้ ปริมาณโปรตีนที่บริโภคต่อวันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001 สะท้อนถึงประสิทธิผลของรูปแบบในการส่งเสริมโภชนาการและสมรรถภาพผู้สูงอายุ ส่วนค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ 0.26 ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ต้องใช้ระยะเวลานานในกลุ่มผู้สูงอายุ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังโครงการ

ภาวะสุขภาพ	ก่อนโครงการ (Mean $\pm$ SD)	หลังโครงการ (Mean $\pm$ SD)	t	p-value
ดัชนีมวลกาย (BMI)	25.43 $\pm$ 3.78	25.21 $\pm$ 3.92	1.120	.26
การเคลื่อนไหวร่างกาย (TUGT)	9.50 $\pm$ 2.16	8.34 $\pm$ 1.19	4.689	.000*
ความเสี่ยงภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (SARC-F)	0.66 $\pm$ 1.15	0.32 $\pm$ 0.79	2.330	.05*
สมรรถนะกล้ามเนื้อ (Handgrip)	22.45 $\pm$ 5.32	23.71 $\pm$ 5.54	-2.782	.01*
พฤติกรรมบริโภคโปรตีนใน 1 วัน	42.13 $\pm$ 13.39	53.73 $\pm$ 11.25	-4.420	.000*

* $p < .05$

3. ผลลัพธ์การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการสะท้อนผลการปฏิบัติ

เป็นกระบวนการสรุปบทเรียนร่วมกันระหว่างผู้วิจัย ภาคีเครือข่าย และกลุ่มผู้สูงอายุ ผ่านเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งช่วยทำให้เห็นผลลัพธ์ความเปลี่ยนแปลง และปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงาน

ในชุมชนเป็นไปได้อย่างราบรื่น การสะท้อนผลดำเนินการครอบคลุมทั้งด้านผลลัพธ์สุขภาพ กลไกความร่วมมือ กระบวนการจัดกิจกรรม และปัจจัยความสำเร็จ ผู้เข้าร่วมภาคีสาธารณสุขและท้องถิ่นร่วมกันทบทวนความก้าวหน้า ปัญหาอุปสรรค และจุดที่ควรพัฒนา ทำให้เกิดมุมมองร่วมระหว่าง

หน่วยงาน เช่น บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนงบประมาณและกิจกรรมต่อเนื่อง บทบาทของโรงพยาบาลชุมชนและศูนย์อนามัยในด้านวิชาการ บทบาทของชมรมผู้สูงอายุและ อสม. ในการขับเคลื่อนกิจกรรมระดับพื้นที่ ผลจากกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ดังกล่าว นำไปสู่การจัดทำ แผนดำเนินงานต่อเนื่องทั้งระยะสั้นและระยะยาว ดังนี้

แผนดำเนินการระยะสั้น ชมรมผู้สูงอายุได้วางแผนดำเนินกิจกรรมเชิงพื้นที่ในลักษณะสัญจรเพื่อเพิ่มการเข้าถึง ลดข้อจำกัดด้านการเดินทาง และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้าน นอกจากนี้ ชุมชนยังได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพตำบล เพื่อพัฒนากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวทางของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ซึ่งสะท้อนการนำรูปแบบไปใช้จริงในระบบงานประจำของพื้นที่

แผนดำเนินการระยะยาว หน่วยงานท้องถิ่นและภาคีสาธารณสุขมีแผนขยายกิจกรรมชมรมสัญจรอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนได้อย่างทั่วถึง พร้อมทั้งมีการพัฒนาทักษะอาชีพและการพึ่งพาตนเองในครัวเรือน เช่น การส่งเสริมการทำอาหารหรือผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อเสริมรายได้และเพิ่มคุณภาพชีวิต ส่วนในระดับโครงสร้างองค์การบริหารส่วนตำบลมีแนวคิดจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายুর่วมกับหน่วยงานสาธารณสุข เพื่อให้บริการฟื้นฟูและส่งเสริมสุขภาพโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย ถือเป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนความต่อเนื่องของกิจกรรมและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระยะยาว

สรุปได้ว่า ทั้งแผนระยะสั้นและระยะยาวสะท้อนว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้รับการบูรณาการเข้าในระบบงานท้องถิ่น มีความร่วมมือจากหลายภาคส่วน และสามารถต่อยอดเป็นกิจกรรมที่เข้าถึงผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การส่งเสริมโภชนาการ การออกกำลังกาย และการชะลอภาวะ

มวลกล้ามเนื้อน้อยมีแนวโน้มยั่งยืนและขยายผลได้ในระดับชุมชน

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการส่งเสริมโภชนาการและการออกกำลังกายแบบมีส่วนร่วมเพื่อชะลอภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ที่พัฒนาขึ้นสามารถขับเคลื่อนผ่านความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ได้อย่างเป็นระบบ ซึ่งลักษณะการทำงานร่วมกันดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ของ Crane & O'Regan ที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในทุกขั้นตอน และมักนำไปสู่การพัฒนาแบบที่สอดคล้องกับบริบทจริงและมีความยั่งยืนในชุมชน¹⁶ การดำเนินงานตาม 3 แผนปฏิบัติการ ได้แก่ แผนอบรมเชิงปฏิบัติการแผนกิจกรรมชมรมรายเดือน และกลุ่มสนับสนุนสุขภาพผ่าน Line Group ยังมีบทบาทสำคัญในการสร้างความต่อเนื่องของพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพดีขึ้น

จากผลการดำเนินงาน 12 สัปดาห์ พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพดีขึ้นในหลายด้านอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกาย (TUGT), สมรรถนะกล้ามเนื้อ (แรงบีบมือ), การบริโภควิตามินใน 1 วัน และความเสี่ยงภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (SARC-F) ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าการออกกำลังกายแบบแรงต้านร่วมกับการได้รับโปรตีนเพียงพอช่วยเพิ่มการสังเคราะห์โปรตีนของกล้ามเนื้อ และลดการเสื่อมของมวลกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ¹⁷⁻¹⁹ ผลลัพธ์ด้าน TUGT และ Handgrip ยังสอดคล้องกับแนวทาง Asian Working Group for Sarcopenia (AWGS 2019) ที่ระบุว่าการฝึกสมรรถภาพอย่างสม่ำเสมอสามารถลดความเสี่ยงการล้มและเสริมความแข็งแรงได้อย่างมีนัยสำคัญ^{13,14} ขณะที่ปริมาณการบริโภคโปรตีนที่เพิ่มขึ้นอย่างเด่นชัด แสดงให้เห็นว่ากระบวนการให้ความรู้ การสาธิตทำอาหาร และระบบติดตามออนไลน์ผ่าน

Line Group มีส่วนสำคัญในการสนับสนุนการปรับพฤติกรรมบริโภค ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ ESPEN และงานวิจัยในต่างประเทศที่ยืนยันว่าการให้ความรู้ด้านโภชนาการที่เข้าใจง่ายและการติดตามพฤติกรรมช่วยเพิ่มการบริโภคโปรตีนของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{18,19} แม้ว่าดัชนีมวลกาย (BMI) จะไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ แต่ผลดังกล่าวอยู่ในแนวทางเดียวกับงานวิจัยที่ชี้ว่าน้ำหนักตัวและไขมันในร่างกายของผู้สูงอายุต้องอาศัยระยะเวลาและปัจจัยหลายด้านในการเปลี่ยนแปลง² อย่างไรก็ตาม การพัฒนาของสมรรถภาพทางกายและมวลกล้ามเนื้อถือเป็นตัวชี้วัดสำคัญกว่าด้านน้ำหนัก เนื่องจากสัมพันธ์โดยตรงกับคุณภาพชีวิต ความสามารถในการเคลื่อนไหว และความเสี่ยงต่อการล้ม⁵⁻⁷

ในส่วนของความยั่งยืน พบว่าส่วนราชการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้นำรูปแบบนี้ไปบรรจุในแผนงานประจำปี รวมถึงวางแผนขยายรูปแบบกิจกรรมสู่หมู่บ้านในลักษณะสัจจกร ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชนที่เน้นการสร้างอย่างต่อเนื่อง พึ่งพาตนเอง และบูรณาการภาคีเครือข่ายในระยะยาว²⁰⁻²² การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถชะลอภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุได้อย่างเป็น

รูปธรรม และมีความเป็นไปได้สูงในการดำเนินงานต่อเนื่องและยั่งยืนผ่านความร่วมมือของภาคีหลายระดับในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาการประยุกต์ใช้รูปแบบในพื้นที่ที่มีลักษณะแตกต่างกัน เช่น เมือง-ชนบท หรือชุมชนที่มีระดับทรัพยากรต่างกัน เพื่อขยายความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งเสริมการดำเนินงานในบริบทหลากหลาย และสนับสนุนการปรับใช้รูปแบบให้เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่มากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาติดตามระยะยาว (longitudinal study) เพื่อขยายผลและยืนยันความต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรส่งเสริมการนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน เพื่อขยายผลการดำเนินงานและเพิ่มการเข้าถึงกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับชุมชน

2. บูรณาการเข้ากับระบบงานประจำของภาคีเครือข่าย เพื่อบูรณาการให้การดำเนินงานต่อเนื่องและยั่งยืนยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2566). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์ คอร์ปอเรชั่นส์; 2566.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.(2564). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 3 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2023/20230731140458_61767.pdf
- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(2567). กลุ่มรายงานมาตรฐาน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 3 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค.(2567). รายงานประจำปี 2566. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
- A. J. Cruz-Jentoft, J. P. Baeyens, J. M. Bauer, Y. Boirie, T. Cederholm, F. Landi, et al.(2010). Age and ageing 2010;39(4):412-23
- L.-K. Chen, L.-K. Liu, J. Woo, P. Assantachai, T.-W. Auyeung, K. S. Bahyah, et al.(2014). Journal of the American Medical Directors Association 2014;15(2):95-101.

7. L.-K. Chen, J. Woo, P. Assantachai, T.-W. Auyeung, M.-Y. Chou, K. Iijima, et al.(2020). Journal of the American Medical Directors Association 2020;21(3):300-07.
8. วิสารรัตน์ ชีระโกเมน, ไชยพร บัญศรี, อำนวย ศรีสุข และคณะ.(2563). ความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุไทย. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2563;33(1):17-32.
9. Ardeljan AD, Hurezeanu R.(2023). Sarcopenia [Internet]. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jul 4 [cited 2025 Jan 27]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560813/>
10. Falcon LJ, Harris-Love MO.(2017). Sarcopenia and the New ICD-10-CM Code: Screening, Staging, and Diagnosis Considerations. Fed Pract. 2017;34(7):24-32.
11. C. Pongchaiyakul, P. Limpawattana, P. Kotruchin and R. Rajatanavin.(2013). Journal of bone and mineral metabolism 2013;31:346-50
12. พูนศรี ไชยทองเครือ, ไชยพร บัญศรี, อำนวย ศรีสุข และคณะ.(2564). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยของผู้สูงอายุในอำเภอสตึก จังหวัดสุรินทร์. วารสารกรมการแพทย์. 2564;46(2):103-110.
13. Chen LK, Woo J, Assantachai P, Auyeung TW, Chou MY, Iijima K, et al.(2020). Asian Working Group for Sarcopenia: 2019 Consensus Update on Sarcopenia Diagnosis and Treatment. Journal of the American Medical Directors Association. 2020 Mar;21(3):300-307.e2.
14. P. Whaikid and N.(2024). Piaseu. Epidemiology and Health 2024;46:30
15. Cohen J.(1992). Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates.
16. Crane P, O'Regan M.(2010). Participatory Action Research: Theory and Methods. London: Routledge; 2010.
17. Deutz NEP, Bauer JM, Barazzoni R, Biolo G, Boirie Y, Bosy-Westphal A, et al.(2014). Protein intake and muscle health in older adults. Clin Nutr. 2014;33(6):929–36. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0261561414000892>
18. Tieland M, van de Rest O, Dirks ML, van der Zwaluw N, Mensink M, van Loon LJC, et al.(2012). Protein supplementation and resistance-type exercise training in frail elderly people. J Am Med Dir Assoc. 2012;13(8):713–9.
19. Bauer J, Biolo G, Cederholm T, Cesari M, Cruz-Jentoft AJ, Morley JE, et al.(2013). Evidence-based recommendations for optimal protein intake in older adults. J Am Med Dir Assoc. 2013;14(8):542–59.
20. Nguyen HT, Chen TF, O'Leary F.(2020). Community-based health promotion models for older adults: A review. J Community Health. 2020;45(3):450–8.
21. Lopez D, Mathers J, Parra DC.(2021). Sustainability in community health interventions: Lessons from multi-level programs. Health Promot Int. 2021;36(2):520–9.
22. Kim K, Park S, Lee H.(2022). Multisectoral collaboration for elderly health promotion: A community approach. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(4):2105. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/4/2105>