

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาพหุฒิสุขภาวะ ความสุขและความผาสุกทางจิตวิญญาณ
ของผู้สูงอายุบริบทชุมชนมุสลิมเกาะยาวมารุต เหล็กเพชร, พ.บ. อว.เวชศาสตร์ป้องกัน¹, นูรอัยนี คาวิจิตร, วท.บ.², บัตรียะ ชาตไทย, พท.บ.²¹โรงพยาบาลเกาะยาวชัยพัฒนา, ²โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพรุใน จังหวัดพังงา

ผู้รับผิดชอบบทความ:

มารุต เหล็กเพชร, พ.บ.,
โรงพยาบาลเกาะยาวชัย
พัฒนา ตำบล เกาะยาวน้อย
อำเภอ เกาะยาว พังงา 82160,
ประเทศไทย
Email: kohyaopcc@gmail.com

Received: October 11, 2024;

Revised: November 28, 2024;

Accepted: December 9, 2024

บทคัดย่อ

ที่มา: เพื่อศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาพหุฒิสุขภาวะ และผลของการบริหารเชิงรุกในชุมชนที่สอดคล้องกับอัตลักษณ์วัฒนธรรมชุมชนมุสลิม ตำบลพรุใน อำเภอเกาะยาว จังหวัดพังงา ซึ่งเป็นพื้นที่ต้นแบบในการพัฒนา

แบบวิจัย: การวิจัยแบบผสมผสาน ประกอบด้วยการศึกษาแบบมีส่วนร่วมโดยมีชุมชนเป็นฐาน กับการวิจัยกึ่งทดลองโดยมีกลุ่มเปรียบเทียบ

วัตถุประสงค์และวิธีการ: การวิจัยแบบมีส่วนร่วมโดยมีชุมชนเป็นฐาน เก็บข้อมูลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วมการวิจัยกึ่งทดลองโดยมีกลุ่มเปรียบเทียบ เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยฉบับ 15 ข้อ แบบประเมินภาวะไม่สุขสบายขณะทำละหมาด แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติเชิงพรรณนา, chi-square test วิเคราะห์ผลของการบริหารโดยสถิติ independent T-test และ Paired T-Test ดำเนินการวิจัยในระหว่าง เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2566 - สิงหาคม พ.ศ. 2567

ผลการศึกษา: รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านนโยบายชุมชน การจัดสวัสดิการให้ผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพและความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุ การจัดโปรแกรมการบริหารเชิงรุกในชุมชนที่สอดคล้องกับอัตลักษณ์วัฒนธรรม ผลของการบริหารเชิงรุกในชุมชนทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข และความผาสุกทางจิตวิญญาณมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป: รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน เกาะยาวโมเดล 5 สร้างคือ 1) สร้างนโยบายชุมชนและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อ 2) สร้างการมีส่วนร่วม 3) สร้างความผาสุกทางจิตวิญญาณ 4) สร้างสวัสดิการสังคม 5) สร้างสมรรถนะทางวัฒนธรรมในการให้บริการที่จำเป็น คือการบริหารเชิงรุกในชุมชน และผลของการบริหารเชิงรุกในชุมชนทำให้ผู้สูงอายุมีดัชนีชี้วัดความสุขและความผาสุกทางจิตวิญญาณมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: พหุฒิสุขภาวะ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การมีส่วนร่วมของชุมชน

ORIGINAL ARTICLE

Development of Healthy Ageing, Happiness, and Spiritual Well-being of the Elderly, Context of the Muslim Community in Koh Yao

Marut Lekphet, M.D.¹, Nurinee Kavijit, B.Sc.², Budreeya Chartthai, B.TM.²

¹Kohyao Chaipat Hospital, ²Prunai Health Promoting Hospital, Phang Nga, Thailand

Corresponding author :

Marut Lekphet, M.D.,
Kohyao Chaipat Hospital Koh
Yao Noi Subdistrict, Koh Yao
District, Phang Nga 82160,
Thailand.
Email: kohyaopcc@gmail.com

Received: October 11, 2024;

Revised: November 28, 2024;

Accepted: December 9, 2024

ABSTRACT

Background: This study aimed to examine the model of community participation in developing healthy aging and the effects of proactive care in the community that aligns with the cultural identity of the Muslim community in Pru Nai Subdistrict, Koh Yao District, Phang Nga Province, which is a prototype area for development.

Design: Mixed Methods Research consisting of community-based participatory research and quasi-experimental research with a comparison group was performed.

Methods: Community-based participatory research data were collected through participant observation. Quasi-experimental research was conducted with a comparison group that collected data using questionnaires, including the 15-item Thai Happiness Indicators, a discomfort assessment form during prayer, and a spiritual well-being assessment form for the elderly. Quantitative data was analyzed using descriptive statistics and the chi-square test. The effects of care were analyzed using an independent T-test and a Paired T-Test. This research was conducted from December 2023 - August 2024.

Results: The community participation model included community policy, welfare provisions, and activities promoting well-being and happiness in five dimensions for the elderly Muslim participants. A proactive community care program aligned with cultural identity was implemented. The results of proactive community care significantly increased happiness and spiritual well-being among the elderly Muslims studied.

Conclusion: The community participation model, called the Koh Yao Model, consists of five creations: 1) Creating supportive community policies and environment, 2) Creating participation, 3) Creating spiritual well-being, 4) Creating social welfare, 5) Creating cultural competence in providing essential services, namely, proactive community care. The effects of proactive community care significantly increased the happiness index and spiritual well-being among the elderly Muslims.

Keywords: healthy aging, spiritual well-being, community participation

บทนำ

ประเทศไทยก้าวสู่การเป็นสังคมสูงอายุนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2575² องค์การอนามัยโลกได้เสนอกลยุทธ์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ คือ พหุสุขภาพะ หรือการสูงวัยอย่างมีสุขภาพะ (healthy ageing) ซึ่งครอบคลุมแนวคิดสุขภาพะทั้ง 4 องค์ประกอบคือ สุขภาพะด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ³ องค์ประกอบเหล่านี้สอดคล้องกับแนวคิดความสุข 5 มิติ ของผู้สูงอายุที่กรมสุขภาพจิตได้พัฒนาขึ้น โดยนำแนวคิดในการสร้างสุขจากปรัชญาศาสนา แนวคิดในการสร้างความสุขเชิงจิตวิทยา มาเป็นกรอบสร้างความสุข 5 มิติได้แก่ สุขสบาย(health) สุขสนุก (recreation) สุขสว่าง (cognitive) สุขสง่า (integrity) และสุขสงบ (peacefulness)⁴

การบูรณาการบริการสุขภาพเข้ากับการดูแลทางสังคมอย่างมีประสิทธิภาพถือเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมการสูงวัยอย่างมีสุขภาพะ⁵ ในระดับชุมชน รูปแบบการสร้างความเป็นหุ้นส่วนของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ และสังคมจึงเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญของการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ (primary health care) ของประชากรผู้สูงอายุ⁶ การศึกษาในหลายกรณีพบว่ารูปแบบการสร้างความเป็นหุ้นส่วนมีความสำคัญต่อความสำเร็จในการพัฒนาพหุสุขภาพะในชุมชน⁷⁻¹² เพื่อให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ทั้งทางกาย จิต เพื่อที่จะคงความสามารถในการกระทำสิ่งที่มีความหมายตลอดช่วงชีวิต¹³ โดยระบบบริการปฐมภูมิที่บูรณาการองค์รวมและยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง¹⁴

ประเทศไทยมีความหลากหลายของพื้นที่และวัฒนธรรมพื้นถิ่น และการนับถือศาสนา ร้อยละ 5.4 ของประชากรนับถือศาสนาอิสลาม ถือเป็นประชากรกลุ่มเฉพาะ มีความเปราะบางที่ต้องการกระบวนการในการเข้าถึงการสร้างเสริมสุขภาพะ¹⁵ ทั้งนี้ ในภาคใต้ของไทย มีประชากรมุสลิม ร้อยละ 34.0 งานศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณาของชาวมุสลิมในภาคใต้ของประเทศไทย¹⁶ อธิบายความหมายของสุขภาพะในทัศนะของอิสลามว่าเป็นสุขภาพะทางจิตวิญญาณ และความผาสุกทางจิตวิญญาณจะเป็นพลังที่จะนำไปสู่สุขภาพะที่ดีโดยรวม¹⁷ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ส่งผลต่อสุขภาพะในทางบวกทั้งทางด้านร่างกาย เช่น ระดับความเจ็บปวด การดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย การฟื้นฟูสุขภาพ ภาวะสมองเสื่อม การมีคุณภาพชีวิตที่ดี และทางด้านจิตใจ เช่นกลไกการจัดการความทุกข์ อาการซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย¹⁸ สำหรับบริบทมุสลิมพบว่าการปฏิบัติศาสนกิจของอิสลาม คือ การทำละหมาดซึ่งประกอบด้วยท่าทางการเคลื่อนไหวร่างกาย การสวดภาวนา และการทำสมาธินั้นมีผลทำให้สุขภาพะของผู้สูงอายุดีขึ้นทั้งด้านสุขภาพกาย ความยืดหยุ่นของข้อต่อและการทรงตัว¹⁹ ปริมาณหรือการรู้คิด และสภาวะสุขภาพจิต²⁰ ในหลายการศึกษาเสนอว่าการละหมาดถือเป็นรูปแบบใหม่ของกิจกรรมทางกายเนื่องจากมีผลเชิงบวกต่อสุขภาพ โดยรวมหลายมิติ²¹ การอ่านคัมภีร์อัลกุรอาน การร่วมกิจกรรมทางศาสนาที่มีสัจดี และการสวดภาวนา (ดูอา) ทำให้เกิดกลไกการเผชิญปัญหาเชิงศาสนา (religious coping mechanism) ที่มีผลต่อสุขภาพะของชาวมุสลิม²²

จังหวัดพังงา มีประชากรมุสลิมร้อยละ 24.5 โดยมีอำเภอเกาะยาวเป็นอำเภอที่มีสัดส่วนประชากรมุสลิมมากที่สุด²³ ผู้วิจัยได้ร่วมกับชุมชนในคันทารูปแบบการบริบาลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในปี พ.ศ. 2560 โดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุได้ให้มุมมองต่อเป้าหมายความสุขของผู้สูงอายุ ไว้ว่า ความสุขของผู้สูงอายุอำเภอเกาะยาว คือ 1) การได้ทำละหมาด 2) การได้อ่านหรือฟังคำภีร์อัลกุรอาน²⁴ ซึ่งเห็นได้ว่าความสุขของผู้สูงอายุนั้นสะท้อนถึงความต้องการมีสุขภาพะทางจิตวิญญาณที่ดี จึงจำเป็นที่ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิจะต้องมีสมรรถนะทางวัฒนธรรมเพื่อการจัดบริการให้สอดคล้องกับบริบทชุมชนด้านศาสนาและวัฒนธรรม²⁵ เป็นการให้ต้นทุนทางสังคมและทรัพยากรในชุมชนเพื่อเกิดการพัฒนาพหุสุขภาพะที่ยั่งยืน

งานวิจัยนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาพหุสุขภาพะบริบทชุมชนมุสลิมเกาะยาวใน ตำบลพุนใน ซึ่งเป็นพื้นที่ต้นแบบในการพัฒนา การวิจัยแบบมีส่วนร่วมโดยมีชุมชนเป็นฐาน (community-based participatory research) ผสมผสานกับการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของการบริการเชิงรุกในชุมชน ซึ่งเป็นโปรแกรมที่เกิดจากการมีส่วนร่วมและสร้างความเป็นหุ้นส่วนของภาคีเครือข่ายดังกล่าว

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การวิจัยแบบมีส่วนร่วมโดยมีชุมชนเป็นฐาน²⁶ กับการวิจัย กึ่งทดลองโดยมีกลุ่มเปรียบเทียบเก็บข้อมูลโดยแบบ สอบถาม แบบทดสอบดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยฉบับ 15 ข้อ แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณผู้สูงอายุ วิเคราะห์ ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติเชิงพรรณนา, chi-square test วิเคราะห์ผลของการบริหารโดยสถิติ Independent T-Test และ Paired T-Test

ขั้นตอนการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 สร้างรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนใน การพัฒนาพหุฒิสุขภาวะ ใช้กรอบแนวคิดของการวิจัย แบบมีส่วนร่วมโดยชุมชนเป็นฐาน (community-based participatory research; CBPR) คือการสร้างความเป็น หุ้นส่วนเพื่อบูรณาการภูมิปัญญาและทรัพยากรในชุมชน ชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนเพื่อแก้ไขปัญหาได้เหมาะสมตามบริบทพื้นที่ และการเสริมพลังอำนาจ (empowerment) เพื่อหนุนเสริมการผนึกกำลังภาคีเครือข่าย (partnership synergy)²⁷ ขั้นตอนการวางแผนการสร้าง รูปแบบใช้กระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมโดยเทคนิค AIC²⁸

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ได้จากรูปแบบการมี ส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาพหุฒิสุขภาวะ และศึกษา ผลของโปรแกรมการบริหารเชิงรุกตามบริบทชุมชนต่อ ดัชนีชี้วัดความสุขและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูง อายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยฉบับ 15 ข้อ (Thai Happiness Indicators; THI – 15) ของกรมสุขภาพจิต²⁹ แบบประเมิน ความไม่สุขสบายขณะทำละหมาด สังเคราะห์จากแนวคิด ความสุขผู้สูงอายุเกาะยาว ซึ่งประเมินความไม่สุขสบาย ภายในด้านต่าง ๆ ขณะทำละหมาด โดยใช้ Face Pain Scales (FPS) มีดัชนีความสอดคล้องกันอยู่ที่ 1.00 และ

แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณผู้สูงอายุ 11 ข้อ ที่ได้พัฒนาขึ้นโดยการสังเคราะห์แนวคิดความผาสุกในแง่ ความทุกข์และความสุขสงบทางใจของ Chan CHY³⁰ กับการทบทวนวรรณกรรมการเผชิญปัญหาอิสลาม (Muslim religious coping)³¹ การวิเคราะห์ความตรง ของแบบประเมินโดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง พบว่า มีดัชนี ความสอดคล้องกันอยู่ที่ 0.94 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้ สำหรับการวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบประเมิน โดยการหาความเที่ยงด้วยวิธีวัดซ้ำ ซึ่งได้ค่าสัมประสิทธิ์ความ คงที่จากการใช้สถิติ Pearson's product moment correlation โดยค่าสัมประสิทธิ์ความคงที่ เท่ากับ 0.96 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแบบประเมินมีความเที่ยงจากการ ทดสอบด้วยวิธีวัดซ้ำ และหาความเที่ยงเชิงความสอดคล้อง ภายใต้นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ครั้งแรก ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.79 เมื่อ ลบคำถามข้อที่ 4 ของแบบประเมินพบว่าค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.81 จึงลบคำถามข้อที่ 4 เหลือแบบประเมิน 11 ข้อ

เก็บข้อมูลคุณภาพจากการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม ดำเนินการวิจัยในระหว่าง เดือนธันวาคม 2566- สิงหาคม พ.ศ. 2567

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยส่วน CBPR ประกอบด้วยผู้นำชุมชนและภาคีเครือข่ายชุมชนที่เลือกอย่าง เฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย นายกเทศบาลตำบล สมาชิก สภาตำบล อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข และทีมสหวิชาชีพคลินิกหมอครอบครัวใน
2. กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยเชิงทดลองสองกลุ่ม เป็นผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลพรุโน เกณฑ์การคัดเลือก
 1. เป็นผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลาม
 2. มีความเจ็บป่วยที่ทำให้มีความไม่สุขสบายทาง ร่างกายขณะทำละหมาด อย่างน้อย 1 ด้าน คือ ปวดเข่า ปวดคอ ปวดไหล่และสะบัก ปวดหลังส่วนล่าง ปวดขา และ อากาศหายใจไม่สะดวก
 3. ไม่มีความพิการทางการรับรู้ ได้แก่ หูหนวก พิการทางสมอง

4. มีสถิติสัมพัทธ์และสถิติการรับรู้สมบูรณ สามารถเข้าใจและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก คือ

1. มีอาการเจ็บป่วยในระหว่างการวิจัย ได้แก่ หัวใจวาย การติดเชื้ออย่างรุนแรง หมดสติ หลอดเลือดในสมองแตกหรือตีบเฉียบพลัน เป็นต้น

2. มีโรคหรือภาวะเจ็บป่วยอื่นที่ทำให้ไม่สามารถร่วมอยู่ในโครงการวิจัยได้

3. ไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนของโครงการวิจัย ซึ่งส่งผลต่อการแปลผลข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญ

4. ถอนความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

การคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยวิธีกำหนดอำนาจการทดสอบ (power analysis) สำหรับการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย³² (difference between two means) ทดสอบสมมติฐานสองทาง กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 อำนาจทดสอบเท่ากับ 0.80 และค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.8 ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 21.0 เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลเป็นทั้งหมด 30 คน รวมเป็น 60 คน เลือกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มอย่างง่าย

กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบริหารเชิงรุกที่มีสยิดประกอบด้วยกลุ่มกิจกรรม 3 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละประมาณ 120 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง นาน 3 สัปดาห์ กิจกรรมคือ 1) ฟังเทศน์จากผู้นำศาสนา 60 นาที 2) กายบริหารยืดเหยียดอย่างมีสติ 15 นาที 3) รับบริการนวดประคบฝังเข็ม หรือ การกระตุ้นด้วยไฟฟ้า 20-30 นาที

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อนำเสนอข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะไม่สุขสบายขณะทำละหมาด ดัชนีความสุขคนไทย ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ chi-square test เพื่อเปรียบเทียบตัวแปรแบบหมวดหมู่ของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม independent t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะไม่สุขสบายขณะทำละหมาด ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และ paired t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะไม่สุขสบายขณะทำละหมาด ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย ความ

ผาสุกทางจิตวิญญาณก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา เลขที่ 5/2566 ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยในเรื่องการป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย การรักษาความลับและความเป็นส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัย ความตั้งใจให้สิทธิแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยซึ่งการเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจ การเผยแพร่ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวมและได้รับอนุญาตจากตัวแทนชุมชนที่มีส่วนร่วมในงานวิจัย

ผลการวิจัย

การสร้างรูปแบบการพัฒนา

ภาคีเครือข่ายที่เข้ามามีส่วนร่วม คือ โต๊ะอิหม่ามประจำมัสยิด คณะกรรมการศาสนาและวัฒนธรรมตำบลพรุใน ตัวแทนชมรมผู้สูงอายุ ประธาน อสม. ตำบลพรุใน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุตำบลพรุในที่มีสุขภาพ ประกอบด้วย ผู้เขียน แพทย์แผนไทย และนักกายภาพบำบัดพยาบาลวิชาชีพ ได้นัดหมายกันมาประชุมสานสนทนา คั้นข้อมูลผลการดำเนินการของปี พ.ศ. 2565 รวมถึงปัญหาและอุปสรรค และวางแผนการพัฒนาฤกษ์สุขภาวะ โดยร่วมกันวางแผนโดยกระบวนการประชุมอย่างมีส่วนร่วมประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ

1. ขั้นตอนการสร้างความรู้ ผู้เขียนได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความสุข 5 มิติของกรมสุขภาพจิต และความสุขในทัศนะของศาสนาอิสลาม ใช้ภาพ photo voice ให้ภาคีเครือข่ายอธิบายถึงความสอดคล้องกับบริบทของชุมชน อำเภอเกาะยาว เพื่อนำไปสู่การสรุปภาพที่พึงประสงค์ คือ ผู้สูงอายุมีความสุข มีการช่วยเหลือกันและกัน

2. ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนาภาคีเครือข่ายได้ร่วมกันหาวิธีการและเสนอทางเลือกในการพัฒนา ตามที่ได้สร้างภาพพึงประสงค์ที่ได้ช่วยกันกำหนดวิสัยทัศน์ มาตรการ วิธีการ และค้นหาเหตุผลเพื่อ

กำหนดทางเลือกในการพัฒนา กำหนดเป้าหมาย กำหนดกิจกรรม และจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามภาพพึงประสงค์ โดยภาคีเครือข่ายได้อภิปรายถึงการดำเนินงานที่ผ่านมาโดยปีนี้จะมีการปรับปรุงวิธีการดำเนินการให้ดีขึ้นและสอดคล้องกับภาพวิสัยทัศน์ที่พึงประสงค์มากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดความสุข 5 มิติของกรมสุขภาพจิต โดยกำหนดกิจกรรมที่ต้องทำเพิ่มเติมได้แก่ ก. กิจกรรมพึ่งเทศน์ที่มีสยิดในทุกวันศุกร์ โตะอิหม่ามนำคำสอนมาเทศน์ให้ผู้สูงอายุฟังโดยมีเนื้อหาที่ส่งเสริมสุขภาพจิต และสุขภาพ และให้บทดูอาในเรื่องต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุ ข. การให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายด้วยตัวเองโดยประยุกต์การออกกำลังกายกับการสวดอิชฎาน (ดูอา) โดยมอบหมายให้นักกายภาพบำบัดทำเอกสารขั้นตอนการออกกำลังกายโดยใช้แผนภาพและได้ขอพบสวดที่มีความสอดคล้องกัน เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องโดยพบสวดดูอาทำให้ผู้สูงมีแรงใจในการออกกำลังกายมากขึ้น ค. ส่งเสริมการรวมตัวกันของผู้สูงอายุเพื่อบำเพ็ญประโยชน์ ง. ทีมสหวิชาชีพทำกิจกรรมส่งเสริม ป้องกันบำบัดรักษาฟื้นฟูสุขภาพ โดยบูรณาการการแพทย์แผนไทยและกายภาพบำบัด ฉ. การจัดทำแบบประเมินภาวะไม่สุขสบายทางกาย (ปรับปรุงจากวงรอบที่แล้ว) ที่นำร่องมา และจัดทำแบบประเมินความสุขของกรมสุขภาพจิต และแบบประเมินความผาสุกของผู้สูงอายุเพื่อใช้ในการประเมินผลโครงการ

3. ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ ขั้นตอนนี้ภาคีได้ยอมรับและทำงานร่วมกันโดยนำเอาโครงการหรือกิจกรรมต่าง ๆ มาสู่การปฏิบัติ และจัดกลุ่มผู้ดำเนินการ ซึ่งจะรับผิดชอบโครงการ โดยขั้นตอนกิจกรรมประกอบด้วย การแบ่งความรับผิดชอบและตกลงใจในรายละเอียดของการดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติ โดยมีการแบ่งความรับผิดชอบกันดังนี้

3.1 กลุ่มผู้นำศาสนาและคณะกรรมการศาสนา และวัฒนธรรมตำบลพุน้ำ จัดกิจกรรมพึ่งเทศน์ทุกหมู่บ้านในทุกวันศุกร์ และกำหนดบทดูอาที่ช่วยสร้างเสริมกำลังใจในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุให้ทีมสหวิชาชีพไปออกแบบแผ่นพับ

3.2 อสม. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมารวมตัวกันเพื่อพบปะ ทำกิจกรรมที่สร้างสรรค์ การคัดแยกขยะเพื่อนำ

เงินมาบริจาคให้กับมัสยิดหรือช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสในโครงการเพื่อนช่วยเพื่อน และอสม. แต่ละหมู่บ้านมีทำหน้าที่ แจ่งข่าว การวัดความดันให้แก่ผู้สูงอายุ และอำนวยความสะดวกต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุ

3.3 เทศบาลจัดกิจกรรมค่ายปฏิบัติธรรมผู้สูงอายุ ระยะเวลา 9 วันโดยกำหนดที่มัสยิดหมู่ 4 บ้านคลองบอน

3.4 เทศบาลจัดกิจกรรมสร้างความเข้มแข็งของชมรมผู้สูงอายุ โดยการจัดประชุมใหญ่ประจำปีผู้สูงอายุ และ กิจกรรมศึกษาดูงานพื้นที่ต้นแบบโรงเรียนผู้สูงอายุ ต่อมาได้ก่อตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ

3.5 กรรมการกองทุนสวัสดิการผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมารวมตัวกันเพื่อถ่ายทอดความรู้ และ ทำขนมพื้นบ้านเพื่อจำหน่ายหารายได้ให้กับกองทุนสวัสดิการผู้สูงอายุ

3.6 การออกแบบระบบบริการที่จำเป็น (ESSENTIAL CARE) โดยหน่วยบริการการแพทย์ปฐมภูมิ (ทีมสหวิชาชีพ คลินิกหมอครอบครัวพุน้ำ) ร่วมกับผู้นำศาสนาประจำมัสยิด อสม. แต่ละหมู่บ้าน ทำกิจกรรมส่งเสริม ป้องกันบำบัดรักษาฟื้นฟูสุขภาพ โดยบูรณาการการแพทย์แผนไทยและกายภาพบำบัดในการให้บริการ ออกแบบให้สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมและอัตลักษณ์ทางศาสนาของชุมชน โดยให้การบริการเชิงรุกในชุมชนในทุกวันศุกร์เนื่องจากเป็นแหล่งรวมตัวในการปฏิบัติศาสนกิจของผู้สูงอายุจำนวนมากในชุมชน เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ การให้บริการโดยทีมสหวิชาชีพและทีมชุมชนนี้ดำเนินการหมุนเวียนกันไปในแต่ละมัสยิดในชุมชน โดยนัดหมายกับ อสม.แต่ละหมู่บ้าน กิจกรรมในการบริการคือ การเทศนาเพื่อส่งเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณ กายบริหาร การให้บริการสุขภาพโดยศาสตร์การแพทย์ผสมผสาน โดยมีกิจกรรมประเมินสุขภาพด้านต่าง ๆ คือ แบบประเมินความไม่สุขสบายขณะทำละหมาด การคัดกรองด้านสุขภาพจิต โดยดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย 15 ข้อของกรมสุขภาพจิต และแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณที่ได้พัฒนาขึ้น

จากกระบวนการดังกล่าว สังเคราะห์รูปแบบการพัฒนาพฤษสุภาว เกาะยาวโมเดล 5 สร้าง ดังต่อไปนี้

1. สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อ สร้างนโยบายชุมชน

2. สร้างการมีส่วนร่วม
3. สร้างความผาสุกทางจิตวิญญาณ
4. สร้างสวัสดิการผู้สูงอายุ
5. สร้างสมรรถนะทางวัฒนธรรมในการให้บริการที่จำเป็น

การบริหารเชิงรุกในชุมชน

การศึกษาผลของการบริหารเชิงรุกในชุมชนต่อดัชนีชี้วัดความสุขและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ โดยทำการศึกษาเปรียบเทียบดัชนีชี้วัดความสุขและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบริหารเชิงรุกในชุมชนกับกลุ่มที่ไม่ได้รับ

โดยทำการศึกษากลุ่มละ 30 คน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สถานภาพคู่ อายุเฉลี่ย 69.8 ปี มาละหมาดวันศุกร์ที่มีสยิดเป็นประจำ และกลุ่มควบคุม 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สถานภาพคู่ มีอายุเฉลี่ย 69.3 ปี มาละหมาดวันศุกร์ที่มีสยิดเป็นประจำ การทดสอบความแตกต่างของลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 1 และการทดสอบความแตกต่างของก่อนเริ่มโปรแกรม พบว่ากลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของภาวะความไม่สุขสบายขณะทำละหมาด ดัชนีชี้วัดความสุขและความผาสุกทาง

ตารางที่ 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง n=30 จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม n=30 จำนวน (ร้อยละ)	P-value
เพศ			0.161
ชาย	4 (16.7)	1 (3.0)	
หญิง	26 (83.3)	29 (97.0)	
อายุ			
60-69 ปี	16 (53.3)	13 (43.3)	
70-79 ปี	10 (33.3)	14 (46.7)	
80 ปีขึ้นไป	4 (13.3)	3 (10.0)	
อายุเฉลี่ย	69.8 SD = 7.26 Min = 60, Max = 83	69.3 SD = 7.28 Min = 62, Max = 87	0.327
สถานะสมรส			0.601
โสด	2 (6.7)	1 (3.3)	
คู่	26 (86.7)	25 (83.3)	
หม้าย/หย่าร้าง	2 (6.7)	4 (13.3)	
การเงิน			0.659
ไม่พอใช้	2 (6.7)	4 (13.3)	
พอใช้	13 (43.3)	11 (36.7)	
พอใช้มีเหลือเก็บ	14 (50.0)	15 (50.0)	
การมาละหมาดวันศุกร์			0.541
มากกว่า 3 ครั้งต่อเดือน	18 (60.0)	14 (46.7)	
2-3 ครั้งต่อเดือน	9 (30.0)	13 (43.3)	
1 ครั้งหรือน้อยกว่า	3 (10.0)	3 (10.0)	
อ่านอัลกุรอาน			0.542
ได้	24 (80.0)	24 (80.0)	
ไม่ได้	6 (20.0)	6 (20.0)	

ตารางที่ 2. เปรียบเทียบก่อนรับโปรแกรมการบริบาล

ก่อนรับโปรแกรม	กลุ่มทดลอง n=30 X (SD)	กลุ่มควบคุม n=30 X (SD)	t	P value
ภาวะไม่สุขสบายทางกายขณะทำละหมาด	13.07 (5.41)	13.20 (5.50)	-0.95	0.93
ดัชนีชี้วัดความสุข	45.97 (1.59)	46.33 (1.75)	-0.85	0.40
ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ	39.63 (1.96)	40.37 (2.08)	-1.41	0.16

ตารางที่ 3. เปรียบเทียบหลังรับโปรแกรมการบริบาล

หลังรับโปรแกรม	กลุ่มทดลอง n=30 X (SD)	กลุ่มควบคุม n=30 X (SD)	t	P value
ภาวะไม่สุขสบายทางกายขณะทำละหมาด	8.07 (4.47)	12.07 (5.16)	-3.21	0.002
ดัชนีชี้วัดความสุข	48.47 (1.38)	45.53 (1.25)	8.61	<0.001
ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ	42.53 (2.49)	40.50 (2.19)	3.46	0.001

ตารางที่ 4. เปรียบเทียบก่อนและหลังรับโปรแกรมการบริบาลของกลุ่มทดลอง (Paired T test)

	ก่อน n=30 X (SD)	หลัง n=30 X (SD)	t	P value
ภาวะไม่สุขสบายทางกายขณะทำละหมาด	13.07 (5.41)	8.07 (4.47)	7.02	<0.001
ดัชนีชี้วัดความสุข	45.97 (1.59)	48.47 (1.38)	-10.93	<0.001
ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ	39.63 (1.96)	42.53 (2.49)	-10.98	<0.001

จิตวิญญาณ ก่อนรับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะความไม่สุขสบายขณะทำละหมาด ดัชนีชี้วัดความสุขและความพึงพอใจทางจิตวิญญาณไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference = -1.33, 95% CI = -2.95-2.68, p = 0.93, mean difference = 0.37, 95%CI: = -1.23-1.45, p = 0.398 และ mean difference = 0.73, 95% CI = -1.77-0.30, p = 0.16 ตามลำดับ)

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของภาวะความไม่สุขสบายขณะทำละหมาด ดัชนีชี้วัดความสุขและความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ หลังสิ้นสุดโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะความไม่สุขสบายขณะทำละหมาดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference = -4.0, 95%CI: =

-6.50 - -1.51, p = .002) และมีค่าเฉลี่ยดัชนีชี้วัดความสุขและความพึงพอใจทางจิตวิญญาณสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference = 2.93, 95%CI: = -2.23-3.60, p < .001 และ mean difference = 2.03, 95% CI = 0.85-3.25, p = 0.001 ตามลำดับ)

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของภาวะความไม่สุขสบายขณะทำละหมาด ดัชนีชี้วัดความสุขและความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ ก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมพบว่า ก่อนโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยภาวะไม่สุขสบายขณะทำละหมาดมากกว่าหลังสิ้นสุดโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference = 5.00, 95%CI: = 3.61-6.38, p < 0.001) และมีค่าเฉลี่ยดัชนีชี้วัดความสุขและความพึงพอใจทางจิตวิญญาณต่ำกว่าหลังสิ้นสุดโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference = -2.50, 95%CI:

= -2.97 – -2.03, p < .001 และ mean difference = -2.90, 95%CI: = -3.44 – -3.60 p < 0.001 ตามลำดับ)

เมื่อมีความมั่นใจแล้วว่าการบริหารเชิงรุกในชุมชนที่ออกแบบไว้มีประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จึงได้ให้การบริหารเชิงรุกในชุมชนต่อไปตามที่ได้วางแผนไว้กับผู้นำชุมชนและภาคีที่เกี่ยวข้อง โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลพรุในจนถึงปัจจุบัน

วิจารณ์

รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนที่แสดงถึงการให้สวัสดิการทางสังคมร่วมกับการออกแบบระบบบริการที่จำเป็น สอดคล้องตามคำแนะนำของ Dambha-Miller³³ รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนที่มีลักษณะ 1) การดูแลในลักษณะของภาคีหุ้นส่วนของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในลักษณะของความสัมพันธ์ในแนวราบ 2) อยู่บนฐานของทรัพยากรและศักยภาพของชุมชน 3) การดูแลนี้จะมีส่วนในการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนที่สอดคล้องกับบริบทสังคมและวัฒนธรรมของชุมชน สอดคล้องกับงานวิจัยของวันเพ็ญ และคณะ³⁴ การบริหารเชิงรุกในชุมชนที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนซึ่งบูรณาการการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดฟื้นฟู โดยทีมสหวิชาชีพ สอดคล้องกับคำแนะนำของ WHO และกรอบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมุสลิม³⁵ ซึ่งผลการดูแลทำให้ดัชนีชี้วัดความสุขและความผาสุกทางจิตวิญญาณมากขึ้น เป็นการจัดการที่เหมาะสมตามบริบทวัฒนธรรม (cultural competence delivery) ซึ่งมีผลกับสุขภาพของผู้สูงอายุสอดคล้องกับการศึกษาของ Periyakoil และคณะ³⁶

เกาะยาวโมเดล สอดคล้องกับ 4 เสาหลักของการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ Primary Health Care³⁷ ได้แก่การมีส่วนร่วมของชุมชน (community participation) การประสานงานหลายภาคส่วน (inter-sectoral coordination) ที่ทำให้เกิดสวัสดิการผู้สูงอายุ เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและวัฒนธรรม (appropriate technology) ได้แก่การสร้างความสุขทางจิตวิญญาณ บริบทมุสลิม และกลไกสนับสนุนสำหรับการดูแลสุขภาพ



รูปที่ 1. เกาะยาวโมเดล

จิต สังคมและจิตวิญญาณที่พร้อม สอดรับกับเป้าหมายการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ (support mechanism made available) ได้แก่การสร้างสมรรถนะทางวัฒนธรรมเพื่อการบริหารเชิงรุกในชุมชน

สรุป

รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน เกาะยาวโมเดล 5 สร้างคือ 1) สร้างนโยบายชุมชนและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อ 2) สร้างการมีส่วนร่วม 3) สร้างความผาสุกทางจิตวิญญาณ 4) สร้างสวัสดิการสังคม 5) สร้างสมรรถนะทางวัฒนธรรมในการให้บริการที่จำเป็น คือการบริหารเชิงรุกในชุมชนที่สอดคล้องกับอัตลักษณ์วัฒนธรรมซึ่งบูรณาการการส่งเสริม ป้องกัน บำบัด ฟื้นฟู โดยทีมสหวิชาชีพ และผลของการบริหารเชิงรุกในชุมชนทำให้ผู้สูงอายุมีดัชนีชี้วัดความสุขและความผาสุกทางจิตวิญญาณมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลพรุใน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้ช่วยกันสร้างระบบสุขภาพชุมชนสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ อันเป็นที่มาของวิจัยชิ้นนี้

Highlight

1. การพัฒนาพหุฒิสุขภาวะจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน เอื้อให้เกิดระบบบริการที่จำเป็นหลอมรวมเข้ากับการให้สวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุ
2. การมีส่วนร่วมของชุมชนทำให้การพัฒนาพหุฒิสุขภาวะมีความเหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมของชุมชน
3. โปรแกรมการบริหารในชุมชนซึ่งบูรณาการการส่งเสริม ป้องกัน บำบัด และฟื้นฟู ที่มีความเหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมชุมชนมีผลต่อความสุขและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2564. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2565.
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 [Population projections for Thailand 2010-2040]. กรุงเทพฯ: 2556.
3. ประภาเพ็ญ สุวรรณ, มณีรัตน์ อีระวิวัฒน์ .จาก “พหุฒพลัง” สู่ “พหุฒิสุขภาวะ”. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 13 ก.ย. 2566]. เข้าถึงจาก: <https://repository.li.mahidol.ac.th/handle/123456789/72148>
4. สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. คู่มือความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ.คลังความรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 12 ก.ย. 2566]. จาก: <https://dmh-elibrary.org/items/show/1236>
5. Cesari M, Sumi Y, Han ZA, Perracini M, Jang H, Briggs A, et al. Implementing care for healthy ageing. *BMJ Glob Health*. 2022;7(2):e007778. PubMed PMID: 35185014
6. Pelaez M,Rice M. Primary Health Care and Aging: Edited Proceedings of the Consultative Group Meeting on Geriatric Training in Primary Health Care. *Calif J Health Promot*. 2004;2:99-108.
7. Hong A, Welch-Stockton J, Kim JY, Canham SL, Greer V, Sorweid M. Age-friendly community interventions for health and social outcomes: a scoping review. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(3):2554. PubMed. PMID: 36767920
8. McKay H, Nettlefold L, Bauman A, Hoy C, Gray SM, Lau E, et al. Implementation of a co-designed physical activity program for older adults: positive impact when delivered at scale. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1289. PubMed PMID: 30470209
9. Haynes A, Sherrington C, Wallbank G, Lester D, Tong A, Merom D, et al. “Someone’s Got My Back”: older people’s experience of the coaching for healthy ageing program for promoting physical activity and preventing falls. *J Aging Phys Act*. 2021;29:296-307.
10. Noh E, Kim J, Kim M, Yi E. Effectiveness of SaBang-DolGi Walking Exercise Program on physical and mental health of menopausal women. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(18):6935. PubMed PMID: 32972007
11. Van Ravenstein K, Davis BH. When more than exercise is needed to increase chances of aging in place: qualitative analysis of a Telehealth Physical Activity Program to improve mobility in low-income older adults. *JMIR Aging*. 2018;1(2):e11955. PubMed PMID: 31518250
12. Oetzel JG, Cameron MP, Simpson ML, Reddy R, Nock S, Greensill H,et al. Hokowhitu B. Kaumatua Mana Motuhake: peer education intervention to help Maori elders during later-stage life transitions. *BMC Geriatr*. 2020;20(1):186. PubMed PMID: 32471351
13. World Health Organization. World report on ageing and health. [Internet] World Health Organization [Internet]. 2015 [cited 2023 August 15]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>
14. World Health Organization. Decade of Healthy Ageing: Plan of Action. [Internet]. 2020 [cited 2023 August 16]. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action>
15. สำนักสนับสนุนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ. (ร่าง) สมุดปกขาว : ข้อเสนอแนะนโยบายสนับสนุนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนัก; [เข้าถึงเมื่อ 14 กันยายน 2566]. จาก: <https://section09.thaihealth.or.th/e-book/ร่าง-สมุดปกขาว/>
16. Songwathana P, Chinnawong T, Ngamwongwivat B. Health practice among Muslim homebound older adults living in the Southern Thai community: An ethnographic study. *Belitung Nurs J*. 2023;12;9:43-53.
17. ดำรง แวอาลี และมุฮัมหมัดดาโอ๊ะ เจ๊ะเลาะ.การสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมุสลิม ใน องค์ความรู้อิสลามกับสุขภาวะ. ศูนย์ประสานงานภาคใต้ แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะมุสลิมไทย คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. [ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์]. หน้า 45.
18. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*. 2012;2012:278730. PubMed PMID: 23762764
19. Alabdulwahab SS, Kachanathu SJ, Oluseye K. Physical activity associated with prayer regimes improves standing dynamic balance of healthy people. *J Phys Ther Sci*. 2013;25:1565-8.
20. Amir SN, Juliana N, Azmani S, Abu IF, Talib AHQA, Abdullah F, Salehuddin IZ, Teng NIMF, Amin NA, Azmi NASM, Aziz NASA. Impact of Religious Activities on Quality of Life and Cognitive Function Among Elderly. *J Relig Health*. 2022;61:1564-84.
21. Nazish N, Kalra N. Muslim prayer- a new form of physical activity: a narrative review. *Int J Health Sci Res*. 2018;8:337-44.

22. Adam Z,Ward C. Stress, Religious Coping and Well-being in Acculturating Muslims. *Journal of Muslim Mental Health*. 2016;10:3-26.
23. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2553 จังหวัดพังงา.สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2555.
24. มารุต เหล็กเพชร. รายงานการดำเนินโครงการบริหารปฐมภูมิมุ่งเน้นชุมชน:การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเชิงป้องกัน ตำบลพรุโน. 2560
25. Brach C, Fraser I. Can cultural competency reduce racial and ethnic health disparities? A review and conceptual model. *Med Care Res Rev*. 2000;57(Suppl 1):181-217.
26. มารุต เหล็กเพชร. การวิจัยแบบมีส่วนร่วมโดยมีชุมชนเป็นฐาน :ในฐานะเครื่องมือและปัจจัยแห่งความสำเร็จของการร่วมสร้างระบบสุขภาพชุมชนที่เกาะยาว. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*. 2566;6:301-15.
27. Wallerstein N, Oetzel JG., Sanchez-Youngman S,Boursaw B,Dickson E,Kastelic S, et al. Engage for Equity: A Long-Term Study of Community-Based Participatory Research and Community-Engaged Research Practices and Outcomes. *Health Educ Behav*. 2020;47:380-90.
28. World Bank.The World Bank participation sourcebook. [Internet] The World Bank;1996 [cited 2023 August 15]. Available from: <http://documents.worldbank.org/curated/en/289471468741587739/The-World-Bank-participation-sourcebook>
29. อภิชัย มงคล, วัชณี หัตถพนม, ภัศรา เขษฐ์โชติศักดิ์, วรวิมล ประภา ชะลอกุล, ละเอียด ปัญโญใหญ่, สุจริต สุวรรณชีพ. การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย [The study to develop Thai mental health indicator]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2544;46:209-25.
30. Chan CHY,Chan THY,Leung PPY,Brenner Mj,Wong VPY,Leung EKT,et al.Chan. Rethinking Well-Being in Terms of Affliction and Equanimity: Development of a Holistic Well-Being Scale. *J Ethn Cult Divers Soc Work*. 2014;23:289-308.
31. Adam Z,Ward C. Stress, Religious Coping and Well-being in Acculturating Muslims *Journal of Muslim Mental Health*. 2016;10:3-26.
32. Cohen J. *Statistical power analysis for thebehavioral sciences*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1998.
33. Dambha-Miller H, Simpson G, Hobson L, Roderick P, Little P, Everitt H, Santer M. Integrated primary care and social services for older adults with multimorbidity in England: a scoping review. *BMC Geriatr*. 2021;21(1):674. PubMed PMID: 34861831
34. Punnaraj W, Nuntaboot K, Leelakraiwan C, Prompa-kping B. A community capacity enhancement model for care of the elderly. *PRIJNR* .2013;14:360-71.
35. Najafi M, Gholipour K, Amerzadeh M. et al. A framework for elderly participation in Primary Health Care in Tabriz Health complexes. *BMC Geriatr*. 2023; 23:499. PubMed PMID: 37605154
36. Periyakoil VS. Building a culturally competent workforce to care for diverse older adults: scope of the problem and potential solutions. *J Am Geriatr Soc*. 2019;67(S2):S423-S432.
37. Behera BK, Prasad R, Shyambhavee. Primary health-care goal and principles. In: *Healthcare strategies and planning for social inclusion and development*. Amsterdam: Elsevier; 2022. p. 221-39.