การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คลินิกราชพฤกษ์สูงวัยใส่ใจสุขภาพ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

จันทร์นภา เพชรมุณี พย.ม., นุชนารถ เขียนนุกูล วท.ม., อรัญญา น้อยสุข พย.บ.,
วิธิรงค์ สุทธิกุล ปร.ด., รุจยา ด่านอุตรา พ.บ., วารุณี เลิศภิยโยวงศ์ ท.บ.,
วณิชชา เรืองศรี พย.ม., ราเชนร์ สุโท พย.ม., ธัญญชล พงษ์อิ่ม วท.บ.,
ณพิชา มากแพทย์ ศษ.บ., สารทูล จำปาน้อย วท.บ., ทีปนี บุนนาค พ.บ.,
พรทิพย์ วรนัยพินิจ ภ.บ., พฤกษาชล เหล่าสกุลศิริ ศศ.ม., ดวงใจ ดูเบ สส.บ.,
กานดา ซื่อสัตยาภิรมย์ พย.บ., ตุ๊กตา สุขสว่าง ส.บ.
โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี แขวงคันนายาว เขตคันนายาว กรุงเทพมหานคร 10230

Development of a Health Promotion Model for the Elderly at Ratchaphruek Clinic, Nopparat Rajathanee Hospital

Jannapa Petchmunee, M.N.S., Nuchanard Kiennukul, M.Sc., Arunya Noysook, B.N.S.,
Withirong Sutthigoon, Ph.D., Rujaya Danutra, M.D.,
Warunee Lertpiyayowong, D.D.S., Wanitcha Roungsri, M.N.S.,
Rachen Sutho, M.N.S., Tanyachon Pongeim, B.Sc., Napicha Makpate, B.Ed.,
Saratoon Jumpanoy, B.Sc., Teepanee Bunnag, M.D.,
Phornthip Woranaipinij, Pharm.D., Phlugsachol Laosakunsiri, M.A.,
Duangiai Dubay, B.S.W., Kanda Suesattayaphirom, B.N.S.,
Tookkata Suksawang, B.P.H.
Nopparat Rajathanee Hospital, Khan Na Yao, Khan Na Yao, Bangkok, 10230, Thailand
Corresponding Author: Jannapa Petchmunee (E-mail: jeab2528pet@gmail.com)
(Received: 19 November, 2024; Revised: 24 February, 2025; Accepted: 4 April, 2025)

Abstract

Background: Thailand is transitioning into an aging society, making it essential to provide knowledge on physical health, mental well-being, and social rights to ensure older adults maintain good health and well-being. Objective: To develop and evaluate a health promotion model for older adults at the Ratchaphruek Clinic, Nopparat Rajathanee Hospital. Method: Phase 1: Development of a health promotion model for older adults based on analyzing of situation and problem of the elderly, followed by validation by experts. Phase 2: Evaluation of the developed model using a quasi-experimental one-group pretest-posttest design, assessing outcomes before the intervention, three months after the intervention, and six months after the intervention. The study included 80 elderly participants receiving services at the Ratchaphruek Clinic from November 2023 to August 2024. The health status and general information of the elderly were analyzed using descriptive statistics. Knowledge scores before and after implementing the model were compared using the paired t-test, while health status at baseline, three months, and six months was analyzed using one-way repeated measures ANOVA. Result: Phase 1: The developed model is a health promotion program for older adults based on learning theories and concepts. It consists of six key components: oral health care,

nutrition, stress prevention, accident prevention, medication use, and social rights and welfare. The model demonstrated content validity, with an index of item-objective congruence (IOC) of 0.89, an appropriateness score of 3.98, and a feasibility score of 3.87, as evaluated by three experts. Phase 2: After implementing the model, the elderly participants showed significant improvements in knowledge and overall health status, with statistically significant results. **Conclusion:** Appropriate health promotion for the elderly enhances their knowledge and overall well-being. Therefore, this health promotion model should be adapted and applied in accordance with the respective organizations and the specific health issues faced by the elderly.

Keywords: Health promotion, Elderly, Multidisciplinary team

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมสูงอายุ การให้ความรู้เพื่อเตรียมตัวในวัยผู้สูงอายุ ทั้งด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ และสิทธิและสวัสดิการทางสังคม จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งเพื่อให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดี **วัตถุประสงค์:** เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุคลินิกราชพฤกษ์สูงวัยใส่ใจสุขภาพ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี **วิธีการ:** ระยะที่ 1) พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุฯ จากการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ และตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และระยะที่ 2) ศึกษาผลของรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นด้วยการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 3 เดือน และหลังการทดลอง 6 เดือน ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 80 ราย ที่เข้ารับบริการในคลินิกราชพฤกษ์สูงวัยใส่ใจสุขภาพ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566-สิงหาคม พ.ศ. 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังใช้รูปแบบฯ ด้วยสถิติ paired-t-test และเปรียบเทียบภาวะสุขภาพ แรกรับ 3 และ 6 เดือน ด้วยสถิติ one-way repeated measure ANOVA **ผล:** ระยะที่ 1 รูปแบบที่พัฒนาขึ้น เป็นรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุฯ ตามแนวคิดและทฤษฎีการเรียนรู้ ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ การดูแลสุขภาพช่องปาก โภชนาการ การป้องกันความเครียด การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ การใช้ยา สิทธิและสวัสดิการทางสังคม ซึ่งมีค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.89 ค่าความเหมาะสมเท่ากับ 3.98 และค่าความเป็นไปได้เท่ากับ 3.87 และระยะที่ 2 หลังการใช้รูปแบบฯ ผู้สูงอายุมีความรู้และภาวะสุขภาพดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ **สรุป:** รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุฯ ด้วยการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ ในรูปแบบที่เหมาะสมจะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ และมีภาวะสุขภาพที่ดี ดังนั้น ควรนำรูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุฯ ไปประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับบริบทหน่วยงานและสภาพปัญหาของผู้สูงอายุต่อไป

คำสำคัญ: การสร้างเสริมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, ทีมสหวิชาชีพ

บทนำ (Introduction)

สถิติผู้สูงอายุไทยของกรมกิจการผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2566 มีผู้สูงอายุจำนวน 13,064,929 ล้านคน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดของประเทศ และกำลังเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอด (super-aged society) จากฐานข้อมูลประชากรของกรมการปกครอง พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 100 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับ 10 ปีที่แล้ว[1] และคาดว่าประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด เช่นเดียวกับญี่ปุ่นที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 28 ในปี พ.ศ. 2574[2] เมื่อผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มขึ้นสภาพร่างกาย และระบบการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายจะเสื่อมถอยลงไป[3, 4] จึงมีแนวโน้มการเจ็บป่วยได้ง่ายและเรื้อรัง ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้[5] จำเป็นต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายทางด้านสาธารณสุข การแพทย์ บริการทางสังคมแก่ผู้สูงอายุมากขึ้น สัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ที่อยู่ในวัยทำงานต้องทำงานมากขึ้น และต้องรับภาระดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจึงอาจขาดความอบอุ่นหรือถูกทอดทิ้ง เกิดปัญหาทางด้านสภาพจิตใจ[6] รวมไปถึงรู้สึกเหงา เมื่อไม่ได้ทำงาน กลายเป็นภาระให้กับลูกหลาน ยิ่งรู้สึกไม่ภูมิใจในตัวเอง เครียด น้อยใจ ซึมเศร้า ฯลฯ จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่มากขึ้น[7, 8] ดังนั้นการเตรียมตัวในวัยผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ และการสนับสนุนทางสังคม (สิทธิและสวัสดิการทางสังคม) จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง

โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่มีผู้สูงอายุเข้ารับบริการเป็นจำนวนมาก ได้มีการวางระบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการระดับโรงพยาบาล และเปิดคลินิกราชพฤกษ์สูงวัยใส่ใจสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2566 มีการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ ผลการตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่ามีปัญหาด้านสุขภาพช่องปากเป็นอันดับหนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 65.8 อันดับสองคือ ด้านการมองเห็นคิดเป็นร้อยละ 48.8 อันดับสามคือ ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ร้อยละ 31.9 อันดับสี่คือ ด้านความคิดความจำร้อยละ 23.3 อันดับห้าคือ ด้านการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ร้อยละ 13.7 รองลงมาคือ ด้านภาวะซึมเศร้า ด้านการได้ยิน ด้านการขาดสารอาหาร และด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตามลำดับ[9] ซึ่งภายในคลินิกยังไม่มีรูปแบบการให้คำแนะนำ ข้อมูลข่าวสาร องค์ความรู้ที่จะสามารถทำให้ผู้สูงอายุนำไปใช้ในการดูแลตนเอง เพื่อการมีภาวะสุขภาพที่พึงประสงค์ได้อย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม

จากปัญหาที่พบในผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ[10] เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล (intrapersonal factors) คือ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้เกิดการกระทำพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ[11] ที่มุ่งเน้นการพัฒนาปัจจัยภายในตัวบุคคล โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ด้วยวิธีการที่หลากหลายและเหมาะสมกับกลุ่มวัยผู้สูงอายุ พบว่าหลังการใช้โปรแกรมผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพ และมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม งานวิจัยและพัฒนาทางการพยาบาล ทีมสหวิชาชีพคลินิกราชพฤกษ์สูงวัยใส่ใจสุขภาพและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการผู้สูงอายุ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี จึงได้จัดทำโครงการวิจัยนี้ขึ้น เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุคลินิกราชพฤกษ์สูงวัยใส่ใจสุขภาพ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การดูแลสุขภาพช่องปาก ด้านโภชนาการ การป้องกันความเครียด การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม การใช้ยา สิทธิ์และการได้รับสิทธิ์ผู้สูงอายุ โดยผู้เชี่ยวชาญในแต่ละด้าน ทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด และนักสังคมสงเคราะห์ ภายใต้กรอบแนวคิดและทฤษฎีการเรียนรู้จากสื่อประสมของเมเยอร์ (Mayer's Cognitive Theory of Multimedia Learning; CTML)[12] เป็นแนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้ ซึ่งอธิบายว่า การเรียนรู้มีประสิทธิภาพสูงสุดเมื่อใช้ทั้งข้อมูลภาพ ข้อความ และเสียงร่วมกัน (dual-channel principle) ลดภาระทางปัญญา (cognitive load) และกระตุ้นให้เกิดการประมวลผลข้อมูลเชิงลึก (active processing) ผ่านสื่อมัลติมีเดีย (multimedia learning theory) โดยอาศัยพื้นฐานจากการประมวลผลข้อมูลของมนุษย์ เน้นให้ผู้เรียนสามารถเข้าใจและจดจำเนื้อหาได้ดีขึ้น แทนที่จะใช้ข้อความเพียงอย่างเดียว เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในการดูแลสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ การสนับสนุนทางสังคม และการส่งเสริมภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อตอบรับนโยบายการดูสุขภาพผู้สูงอายุกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข[13] เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีต่อไปในอนาคต

วัตถุและวิธีการ (Materials and Methods)

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research & development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุคลินิกราชพฤกษ์สูงวัยใส่ใจสุขภาพ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โดยการวิจัยมี 2 ระยะ คือ **ระยะที่ 1** พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุฯ ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ สุขภาพช่องปาก โภชนาการ การป้องกันความเครียด การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ การใช้ยา สิทธิและสวัสดิการทางสังคม โดย 1) การศึกษาข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ 2) สนทนากลุ่มทีมสหวิชาชีพประจำคลินิกราชพฤกษ์วัยใส่ใจสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุคลินิกราชพฤกษ์สูงวัยใส่ใจสุขภาพ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี 3) พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจากแนวคิด ทฤษฎี และการทบทวนวรรณกรรม 4) พัฒนาเครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล 5) ตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุคลินิกราชพฤกษ์สูงวัยใส่ใจสุขภาพ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และเครื่องมือในการวิจัย โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน **ระยะที่ 2** ศึกษาผลการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุฯ ที่พัฒนาขึ้น โดยทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุฯ ด้วยการ

วิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 3 เดือน และหลังการทดลอง 6 เดือน ประชากรเป็นผู้สูงอายุที่มาคลินิกราชพฤกษ์สูงวัยใส่ใจสุขภาพ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาการวิจัยครั้งนี้ได้มาจากการวิเคราะห์ค่าอำนาจในการทดสอบด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G-power โดยผู้วิจัยกำหนดค่าอิทธิพล (effect size) ของขนาดตัวอย่างจากงานวิจัยที่ผ่านมาของชญานิศ เขียวสด ซึ่งศึกษารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลน้ำอ้อม อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด[14] โดยมีค่า effect size เท่ากับ 0.39 และค่าแอลฟา (alpha) ที่ 0.05 ใช้ค่าอำนาจทดสอบ (power) ที่ 0.95 มาคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 73 ราย เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างหรือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์[15] ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 80 ราย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นแบบจำเพาะเจาะจง (purposive sampling) ที่มารับบริการตั้งแต่ เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 - สิงหาคม พ.ศ. 2567 เป็นระยะเวลา 10 เดือน โดยมีหลักเกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มาคลินิกราชพฤกษ์สูงวัยใส่ใจสุขภาพ ที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างจะถูกคัดออก คือ ผู้สูงอายุที่ตาบอดหรือมองเห็นภาพไม่ชัด และผู้สูงอายุที่มีภาวะ cognitive impairment การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับการรับรองโครงร่างวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เลขที่ 19/2567 ลงวันที่ 13 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 พิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัยโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ผลดี ผลเสีย โดยให้อิสระ และความสมัครใจในตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย การตอบรับ ปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัย จะไม่มีผลกระทบใด ๆ เก็บข้อมูลเป็นความลับ รายงาน และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย **ระยะที่ 1** แบบตรวจคุณภาพของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุฯ ที่พัฒนาขึ้น โดยการตรวจค่าดัชนีความสอดคล้อง การประเมินคุณภาพด้านความเหมาะสม และด้านความเป็นไปได้ **ระยะที่ 2** เครื่องมือในการทดลอง คือ รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุฯ ที่พัฒนาและผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิในระยะที่ 1 และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อสอบวัดความรู้ผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพ จำนวน 35 ข้อ (สุขภาพช่องปาก 10 ข้อ โภชนาการ 5 ข้อ การป้องกันความเครียด 5 ข้อ การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ 5 ข้อ การใช้ยา 5 ข้อ สิทธิและสวัสดิการทางสังคม 5 ข้อ) แต่ละข้อมี 3 ตัวเลือก ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบทางด้านความครอบคลุมในเนื้อหา ความตรงในเนื้อหาและความชัดเจนของเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน หลังจากนั้นได้ทำการทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามโดยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha coefficient) ตามสูตร KR-20 ซึ่งพบว่าค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.78 และแบบประเมินสุขภาพประกอบด้วย (1) แบบประเมินการดูแลสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วย (1.1) แบบประเมินการปฏิบัติการดูแลช่องปาก (จำนวน 10 ข้อ รูปแบบ Likert scale 5 ระดับ ทั้งหมด 50 คะแนน ผ่านเกณฑ์ 41-50 คะแนน) (1.2) แบบประเมินสุขภาพช่องปาก (จำนวน 4 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนน สุขภาช่องปากดี 0-3 คะแนน) (2) แบบประเมินภาวะโภชนาการ ประกอบด้วย (2.1) แบบประเมินดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) (ปกติ 18.5 - 22.90) และ (2.2) แบบประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ (Mini Nutritional Assessment; MNA) (จำนวน 17 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน ปกติ 24-30 คะแนน) (3) แบบประเมินความเครียด ด้วย Suanprung Stress Test-20 (SPST-20) (จำนวน 20 ข้อ รูปแบบ Likert scale 5 ระดับ ทั้งหมด 100 คะแนน เกณฑ์ปกติ 0-23 คะแนน) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข[16] (4) แบบประเมินการป้องกันอุบัติเหตุด้วยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม Morse (fall risk assessment tool) (จำนวน 6 ข้อ คะแนน 0-24 = ไม่เสี่ยง และ > 24 = เสี่ยง) (5) แบบประเมินการใช้ยาในผู้สูงอายุ ด้วยแบบบันทึกการใช้ยา (จำนวน 5 ข้อ รูปแบบ Likert scale 5 ระดับ ทั้งหมด 25 คะแนน ผ่านเกณฑ์ 21-25 คะแนน) และ (6) แบบประเมินสิทธิและสวัสดิการทางสังคม ด้วยแบบบันทึกการได้รับสิทธิและสวัสดิการทางสังคม (จำนวน 8 ข้อ รูปแบบ Likert scale 5 ระดับ ทั้งหมด 40 คะแนน ผ่านเกณฑ์ 33-40 คะแนน) จากแนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 กรุงเทพมหานคร[17]

การวิเคราะห์ข้อมูล ระยะที่ 1 ตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุฯ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ระยะที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุฯ 3 เดือน ด้วยสถิติ paired-t-test เปรียบเทียบภาวะสุขภาพหลังใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุฯ 3 เดือน และ 6 เดือน ด้วยสถิติ one-way repeated measure ANOVA

ผล (Result)

ผลการศึกษาประกอบด้วย 2 ระยะ มีรายละเอียดดังนี้ **ระยะที่ 1** รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คลินิกราชพฤกษ์สูงวัยใส่ใจสุขภาพ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี มีค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.89 ค่าความเหมาะสม เท่ากับ 3.98 และค่าความเป็นไปได้ เท่ากับ 3.87 ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ดังนี้ **กิจกรรมที่ 1** ประเมินภาวะสุขภาพ ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก (ทันตแพทย์) 2) ด้านโภชนาการ (นักโภชนาการ) 3) ด้านการป้องกันความเครียด (นักจิตวิทยา) 4) ด้านการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ (พยาบาลวิชาชีพ) 5) ด้านการใช้ยาในผู้สูงอายุ (เภสัชกร) 6) ด้านสิทธิและสวัสดิการทางสังคม (นักสังคมสงเคราะห์) **กิจกรรมที่ 2** ทำแบบทดสอบก่อนการให้ความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้ง 6 ด้าน **กิจกรรมที่ 3** ให้ความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 6 ด้าน โดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านที่เป็นสหสาขาวิชาชีพด้วยการบรรยายประกอบสื่อ ร่วมกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม **กิจกรรมที่ 4** ให้ชุดความรู้ไปทบทวนที่บ้านผ่านเว็บไซต์คลินิกราชพฤกษ์สูงวัยใส่ใจสุขภาพ ทั้ง 6 ด้าน ที่ประกอบด้วยบทความ รูปภาพ และวิดีทัศน์ **กิจกรรมที่ 5** นัดผู้สูงอายุมาทบทวนความรู้ซ้ำ โดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านที่เป็นสหสาขาวิชาชีพด้วยการบรรยาย ประกอบสื่อ ร่วมกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม เดือนที่ 3 โดยการใช้บทความ รูปภาพ และวีดิทัศน์ (ชุดเดิม) **กิจกรรมที่ 6** ทำแบบทดสอบหลังการให้ความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (เดือนที่ 3) ทั้ง 6 ด้าน (ชุดเดิม) **กิจกรรมที่ 7** ตรวจประเมินภาวะสุขภาพ เดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 (ชุดเดิม) ตามลำดับ รายละเอียดดังภาพที่ 1

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่ 1 ประเมินภาวะสุขภาพ ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่
1) ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก (ทันตแพทย์) 2) ด้านโภชนาการ (นักโภชนาการ) 3) ด้านการป้องกันความเครียด (นักจิตวิทยา) 4) ด้านการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ (พยาบาลวิชาชีพ) 5) ด้านการใช้ยาในผู้สูงอายุ (เภสัชกร) 6) ด้านสิทธิและสวัสดิการทางสังคม (นักสังคมสงเคราะห์) (30 นาที)

กิจกรรมที่ 2 ทำแบบทดสอบก่อนการให้ความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้ง 6 ด้าน (40 นาที)

กิจกรรมที่ 3 ให้ความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 6 ด้าน
1. ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก (ทันตแพทย์)
2. ด้านโภชนาการ (นักโภชนาการ)
3. ด้านการป้องกันความเครียด (นักจิตวิทยา)
4. ด้านการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ (พยาบาลวิชาชีพ)
5. ด้านการใช้ยาในผู้สูงอายุ (เภสัชกร)
6. ด้านสิทธิและสวัสดิการทางสังคม (นักสังคมสงเคราะห์)

โดยการใช้บทความ รูปภาพ และวิดีทัศน์ ประกอบ (60 นาที)

กิจกรรมที่ 4 ให้ชุดความรู้ไปทบทวนที่บ้านผ่านเว็บไซต์คลินิกราชพฤกษ์สูงวัยใส่ใจสุขภาพ ทั้ง 6 ด้าน ที่ประกอบด้วยบทความ รูปภาพ และวิดีทัศน์ (ชุดเดิม)

กิจกรรมที่ 5 นัดผู้สูงอายุมาทบทวนความรู้ซ้ำ เดือนที่ 3
1. ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก (ทันตแพทย์)
2. ด้านโภชนาการ (นักโภชนาการ)
3. ด้านการป้องกันความเครียด (นักจิตวิทยา)
4. ด้านการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ (พยาบาลวิชาชีพ)
5. ด้านการใช้ยาในผู้สูงอายุ (เภสัชกร)
6. ด้านสิทธิและสวัสดิการทางสังคม (นักสังคมสงเคราะห์)

โดยการใช้บทความ รูปภาพ และวิดีทัศน์ (ชุดเดิม) (60 นาที)

กิจกรรมที่ 6 ทำแบบทดสอบหลังการให้ความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (เดือนที่ 3) ทั้ง 6 ด้าน (ชุดเดิม) (40 นาที)

กิจกรรมที่ 7 ประเมินภาวะสุขภาพ เดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 ทั้ง 6 ด้าน (30 นาที)

ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 3 และ 6 เดือน
1. ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก
2. ด้านโภชนาการ
3. ด้านการป้องกันความเครียด
4. ด้านการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ
5. ด้านการใช้ยาในผู้สูงอายุ
6. ด้านสิทธิและสวัสดิการทางสังคม

ภาพที่ 1 รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คลินิกราชพฤกษ์สูงวัยใส่ใจสุขภาพ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

ระยะที่ 2 ผลของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 61.25 อายุต่ำสุด 60 ปี สูงสุด 89 ปี อายุเฉลี่ย 72 ปี มีสถานะภาพสมรสร้อยละ 52.50 รองลงมา คือ หม้าย โสด และหย่า/แยก ตามลำดับ จบประถมศึกษาร้อยละ 28.75 รองลงมาคือ ปริญญาตรี มัธยมศึกษาตอนปลาย และปริญญาโท ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานคิดเป็นร้อยละ 66.25 รองลงมาคือ ข้าราชการบำนาญ คิดเป็นร้อยละ 17.50 ใช้สิทธิบัตรทองมากที่สุด ร้อยละ 51.25 รองลงมาคือ ข้าราชการ/จ่ายตรงร้อยละ 38.75 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมาคือ ไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผู้ดูแลร้อยละ 88.75 หลังการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุคลินิกราชพฤกษ์สูงวัยใส่ใจสุขภาพ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ผู้สูงอายุมีคะแนนความรู้ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก ด้านโภชนาการ ด้านการป้องกันความเครียด ด้านการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ด้านการใช้ยาในผู้สูงอายุ และด้านสิทธิและสวัสดิการทางสังคม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ รายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุก่อนและหลังใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุฯ 3 เดือน

ความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอาย	n	Mean	SD	t	p value
1. ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก					
ก่อนให้ความรู้	80	6.23	1.600	18.998	<.001*
หลังให้ความรู้	80	9.09	0.730		
2. ด้านโภชนาการ					
ก่อนให้ความรู้	80	3.31	0.840	17.290	<.001*
หลังให้ความรู้	80	4.75	0.460		
3. ด้านการป้องกันความเครียด					
ก่อนให้ความรู้	80	3.71	0.889	10.200	<.001*
หลังให้ความรู้	80	4.61	0.539		
4. ด้านการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ					
ก่อนให้ความรู้	80	2.29	0.996	23.218	<.001*
หลังให้ความรู้	80	4.50	0.551		
5. ด้านการใช้ยาในผู้สูงอายุ					
ก่อนให้ความรู้	80	2.64	1.255	13.749	<.001*
หลังให้ความรู้	80	4.47	0.595		
6. ด้านสิทธิและสวัสดิการทางสังคม					
ก่อนให้ความรู้	80	2.82	0.952	15.626	<.001*
หลังให้ความรู้	80	4.53	0.573		

*p value < .05

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพก่อน และหลังใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุฯ 3 เดือน และ 6 เดือน ของกลุ่มตัวอย่าง โดยก่อนการวิเคราะห์ความแปรปรวน ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น แล้วพบว่าเป็นการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้น sphericity assumption ของการใช้สถิติ one-way repeated measure ANOVA จึงแก้ไขโดยใช้ Greenhouse-Geisser Epsilon เพื่อลดโอกาสเกิด type I error ผลการวิจัย พบว่า 1) ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก ทั้งการประเมินการปฏิบัติดูแลช่องปากและสุขภาพช่องปาก มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงว่าด้านการดูแลสุขภาพช่องปากแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ ผู้วิจัยจึงทดสอบความแตกต่างของการดูแลสุขภาพช่องปากด้วย Bonferroni method พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติดูแลสุขภาพช่องปาก 3 เดือน และ 6 เดือน มากกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean differences = −7.612 และ −12.437, $p < .001$) ตามลำดับ และในเดือนที่ 6 มีคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพช่องปาก สูงกว่าเดือนที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean differences = 4.825, $p < .001$) ในส่วนของสุขภาพช่องปาก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในเดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 มีปัญหาลดลงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิต (mean differences = 2.613 และ 4.388, $p < .001$) และในเดือนที่ 6 มีปัญหาลดลงกว่ากว่าเดือนที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean differences = −1.775, $p < .001$) โดยมีแนวโน้มที่ดีขึ้น มีฟันผุ หินปูน และเหงือกอักเสบลดลง 2) ด้านโภชนาการ มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ก่อนการใช้รูปแบบฯ เดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 ไม่แตกต่างกัน โดยเมื่อพิจารณามีแนวโน้มลงลดและอยู่ในเกณฑ์ปกติ ส่วนค่าเฉลี่ยภาวะโภชนาการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 แตกต่างจากก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean differences = -3.278 และ −5.737, $p < .001$) และในเดือนที่ 3 แตกต่างจากเดือนที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean differences = −2.450, $p < .001$) ซึ่งมีแนวโน้มที่ดีขึ้น 3) ด้านการป้องกันความเครียด มีค่าเฉลี่ยความเครียด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ยระดับความเครียดใน 3 เดือน และ 6 เดือน แตกต่างจากก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean differences = 4.650 และ 6.325, $p < .001$) และในเดือนที่ 3 แตกต่างจากเดือนที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean differences = 1.675, $p < .001$) 4) ด้านการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ มีค่าเฉลี่ยความเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่ามีความเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มใน 3 เดือน และ 6 เดือน แตกต่างจากก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean differences = 4.938 และ 12.375, $p < .001$) และในเดือนที่ 3 แตกต่างจากเดือนที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean differences = 7.438, $p < .001$) โดยมีความเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มลดลง และภายใน 6 เดือนไม่มีการเกิดอุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม 5) ด้านการใช้ยาในผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยการใช้ยาที่ถูกต้องในผู้สูงอายุ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ยการใช้ยาที่ถูกต้องในเดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 แตกต่างจากก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean differences = −9.225 และ −10.625, $p < .001$) และในเดือนที่ 3 แตกต่างจากเดือนที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean differences = −1.400, $p < .001$) โดยมีการใช้ยาที่ถูกต้องในผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น 6) ด้านสิทธิและสวัสดิการทางสังคม มีค่าเฉลี่ยการเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ยการเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการใน 3 เดือน และ 6 เดือน แตกต่างจากก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean differences = −10.188 และ −14.825, $p < .001$) และในเดือนที่ 3 แตกต่างจากเดือนที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean differences = −4.637, $p < .001$) โดยมีการได้รับสิทธิและสวัสดิการทางสังคมมากขึ้น รายละเอียด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพผู้สูงอายุก่อน และหลังใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุฯ 3 เดือน และ 6 เดือน

ตัวแปร	Baseline Mean (SD)	3 months Mean (SD)	6 months Mean (SD)	SS	df	MS	F**	p value
1. ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก								
- การปฏิบัติดูแลช่องปาก	33.70 (2.37)	41.31 (2.35)	46.14 (2.29)	6291.26	1.94	3238.29	586.97	< .001*
- สุขภาพช่องปาก	6.19 (2.30)	3.58 (1.74)	1.80 (1.72)	779.36	1.13	687.45	435.71	< .001*
2. ด้านโภชนาการ								
- BMI	20.11 (1.98)	20.09 (1.48)	20.07 (1.12)	0.07	1.22	0.06	0.12	.776
- MNA	23.45 (2.88)	26.74 (1.53)	29.19 (1.04)	1326.11	1.46	908.84	279.20	< .001*
3. ด้านการป้องกันความเครียด								
- SPST-20	26.87 (1.93)	22.23 (0.64)	20.55 (0.69)	1718.23	1.09	1582.33	688.69	< .001*
4. ด้านการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ								
- Morse	27.06 (2.48)	22.12 (2.49)	14.69 (3.84)	6208.96	1.84	3381.73	727.35	< .001*
5. ด้านการใช้ยาในผู้สูงอายุ								
- การใช้ยา	13.94 (1.32)	23.16 (1.23)	24.56 (0.65)	5332.03	1.65	3230.94	2025.47	< .001*
6. ด้านสิทธิและสวัสดิการทางสังคม								
- เข้าถึงสิทธิและสวัสดิการ	23.11 (1.08)	33.30 (2.77)	37.94 (1.50)	9201.93	1.58	5818.20	1269.25	< .001*

*p value < .05

รายงานผลโดยใช้ค่า Greenhouse-Geiser, SS=Sum of Square, df= Degree of Freedom, MS= Mean Square

วิจารณ์ (Discussion)

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุฯ ที่พัฒนาขึ้น ที่ประกอบด้วย 7 กิจกรรม โดยเน้นการให้ความรู้ ด้วยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านที่เป็นสหสาขาวิชาชีพด้วยการบรรยาย ประกอบสื่อ ร่วมกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ร่วมกับการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองในรูปแบบของเว็บไซต์ด้วยเนื้อหาสาระที่เหมาะสมและด้วยรูปแบบที่เป็นบทความ ภาพ และวิดีทัศน์ อีกทั้งการทบทวนความรู้อย่างต่อเนื่องใน 3 เดือน เป็นการออกแบบการให้ความรู้ที่สอดคล้องกับ ทฤษฎีการเรียนรู้จากสื่อประสมของเมเยอร์ ซึ่งระบุว่าการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพเกิดขึ้นเมื่อมีการนำเสนอข้อมูลผ่านทั้ง ช่องทางภาพและช่องทางเสียง ลดภาระทางปัญญา และกระตุ้นให้เกิดการประมวลผลข้อมูลเชิงลึก[12] รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้มุ่งเน้นเนื้อหาสาระและวิธีการที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงและทำความเข้าใจเนื้อหาด้านสุขภาพได้ดีขึ้น ได้แก่ การใช้สื่อภาพประกอบ การสอนแบบมีปฏิสัมพันธ์ และการสื่อสารในภาษาที่เข้าใจง่าย ซึ่งช่วยลดความซับซ้อนของข้อมูลและทำให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยมีการศึกษาการพัฒนาสื่อสร้างเสริมสุขภาพปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลสมอพลือ อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี[18] พบว่าการพัฒนาสื่อสร้างเสริมสุขภาพจัดกระทำแบบมีส่วนร่วมโดยใช้การสังเคราะห์ข้อมูล พบว่าสื่อส่งเสริมสุขภาพต้องมีประโยชน์ เข้าถึงได้สะดวก ใช้ภาษาเข้าใจง่าย และสามารถดูซ้ำได้บ่อยครั้ง มีการประเมินสื่อเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง ส่งผลให้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุฯ ทำให้ความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุหลังการใช้รูปแบบฯ สูงขึ้นกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ได้แก่ การดูแลสุขภาพช่องปาก โภชนาการ การป้องกันความเครียด การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ การใช้ยาในผู้สูงอายุ และสิทธิและสวัสดิการทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของงานวิจัยที่ผ่านมาของธัญรัศม์ ภุชงค์ชัย และคณะ[19] ที่ศึกษาการให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่าหลังจากการพัฒนาผู้สูงอายุมีความรู้ระดับสูงมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของฐิติชญา ฉลาดล้น สุทธีพร มูลศาสตร์ และวรรณรัตน์ ลาวัง[20] เรื่องการพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี พบว่าหลังการใช้รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพทำให้มีความรู้ดีขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของฉวีวรรณ อุปมานะ[21] เรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี และการศึกษาของสุพัตรา แก้วเมือง[22] ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม ที่พบว่าเมื่อมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น ช่วยให้บุคคลสามารถตัดสินใจและเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ช่วยให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดภาระของครอบครัวและระบบสาธารณสุขของประเทศ

สรุป (Conclusion)

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุคลินิกราชพฤกษ์สูงวัยใส่ใจสุขภาพ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีที่พัฒนาขึ้น ที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างความรู้ด้วยเนื้อหาสาระที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุด้วยกระบวนการที่หลากหลาย ทั้งจากการเรียนรู้โดยสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับการศึกษาด้วยตนเองผ่านองค์ความรู้ในเว็บไซต์ที่พัฒนาขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้การดูแลสุขภาพ ที่สามารถนำไปสู่การประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเอง และส่งผลกระทบให้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุดีขึ้นในทุกด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก ด้านโภชนาการ ด้านการป้องกันความเครียด ด้านการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุด้านการใช้ยาในผู้สูงอายุ และด้านสิทธิและสวัสดิการทางสังคม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้จริง

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุฯ ที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้มีประสิทธิผล แต่เพื่อทำให้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นนี้มีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น และสามารถเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ (practical) ควรมีการบูรณาการ (integration) รูปแบบเข้ากับระบบ telemedicine หรือแอปพลิเคชันสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเรียนรู้และติดตามสุขภาพของตนเองได้

สะดวกขึ้น พร้อมทั้งมีการออกแบบสื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในปัจจุบันมากยิ่งขึ้น เช่น วิดีโอสั้นที่เข้าใจง่าย อินโฟกราฟิกที่สื่อสารชัดเจน หรือกิจกรรมการเรียนรู้สุขภาพแบบปฏิสัมพันธ์ (interactive) ผ่านระบบออนไลน์ที่สามารถโต้ตอบได้เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการเรียนรู้มากขึ้น รวมทั้งควรมีการพัฒนาเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ที่สามารถช่วยให้คำแนะนำด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องเพื่อให้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

- ควรมีการศึกษาผลกระทบในระยะยาว โดยเพิ่มการติดตามภาวะสุขภาพในระยะยาว เช่น 12 เดือน 24 เดือน เพื่อประเมินความยั่งยืนและความคงทนของรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น และเพื่อให้ได้ข้อมูลในการดำเนินการเพื่อจัดรูปแบบฯ ซ้ำ (booster intervention) และเป็นการกระตุ้นการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุให้มีความยั่งยืนและมีประสิทธิภาพต่อไป

- รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้มุ่งเน้นการเสริมสร้างความรู้ที่เป็นการเปลี่ยนแปลงปัจจัยภายในตัวบุคคลของผู้สูงอายุเพียงเท่านั้น ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการบูรณาการเพิ่มเติมปัจจัยระหว่างบุคคล (interpersonal factors) และปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม (social and environmental factors) ที่ผ่านการทบทวนวรรณกรรม และให้สามารถเป็นรูปแบบที่สามารถครอบคลุมกับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุได้มากที่สุด และส่งผลให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดต่อไป

- ควรขยายการศึกษาไปยัง กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงหรือภาวะซึมเศร้า เพื่อศึกษาว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยส่งเสริมสุขภาพและลดความรุนแรงของโรคได้หรือไม่

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Elderly statistics. [Internet]. Bangkok: Department of Older Persons; 2022 [cited 2024 Jan 22]. Available from: https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1159
2. Facing the Aging Society: Challenging Burdens and Increasing Expenses [Internet]. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2022 [cited 2024 Jan 22]. Available from: https://re-sourcecenter.thaihealth.or.th/article/
3. Puipanichsiri P, Sungkarat S, Boripuntakul S, Jinajin S, Nantachai G, Ruangrukrien B. Effects of falls prevention exercise program on gait and falls risk in community-dwelling older adults. J DMS 2021;46(4):74-80.
4. Viroonudomphol D, Poomlittikul P. Factors associated with nutritional status and cognitive function among Thai older adults living in a Social Welfare Development Center. J Fac Nurs Burapha Univ 2020;28(4):87-99.
5. Elderly people and health problems [Internet]. Bangkok: Department of Older Persons; 2022 [cited 2024 Jan 18]. Available from: https://www.dop.go.th/th/know/15/415
6. Panyathorn K, Trongsri C. Healthcare and related factors of the elderly living alone in Bantad, Mueang District, Udonthani Province. APHEIT 2020;2(2):41-2.
7. Thanaboonpuang P. Health care and quality of life for the older adults in the next normal. J Res Health Improv Qual Life 2022;2(1):74-84.
8. Nualsithonga N, Phuchongchai T, Buajan A, Phattharasirisomboon P. Stress and depression of the elderly with chronic diseases in Na Siew Sub-district, Muang Chaiyaphum District, Chaiyaphum Province. Public Health J Burapha Univ 2021;16(2):78-89.
9. Medical Records and Statistics. Elderly statistics 2023. Bangkok: Nopparat Rajathanee Hospital; 2023.
10. Phujomjit J. Factors related to self-care behavior of the elderly in the responsible area of Somdet Hospital, Kalasin. RDHSJ 2022;15(1):86-100.

เอกสารอ้างอิง (References)

11. Noiwat O, Prasertchai A. Effects of health promoting program on health behaviors among the elderly persons, Nonthaburi Province. Ratchaphruek J 2015;13(1):36-45.
12. Hanrattanasakul N, Sawetaiyararm T. The theory of multimedia learning by Richard E. Mayer and multimedia design in second language learning. J Libr Inf Sci Serv 2019;30(1):219-29.
13. Nuttamonwarakul A. Thailand's aging society strategy: Establishing the ASEAN Community Center for Potential and Innovative Aging (ASEAN Centre for Active Ageing and Innovation; ACAI) and the Ministry of Public Health's policy focusing on the elderly in 2022. J DMS 2021;46(4):5-9.
14. Model of Health expectancy promotion behaviors in elderly through family and community participation at Namoam Sub-district, Kasetwisai district, Rioet provice [Internet]. Khon Kaen: Elderly Health Promotion Development Group; 2022 [cited 2024 Jan 18]. Available from: http://203.157.71.148/hpc7data/Res/Res-File/2562002001.pdf
15. Polit DF, Beck CT. Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
16. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Stress Assessment Form (SPST-20) [Internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health; [cited 2024 Feb 16]. Available from: https://kkhos.moph.go.th/kkhos/data_office
17. National Health Security Office, Region 13 Bangkok. Guidelines for Health Promotion and Disease Prevention Operations, Fiscal Year 2023. Bangkok: National Health Security Office; 2022.
18. Klamsakul S. The development of health media, changing self-care behaviors to improve the quality of life of the aged, Samorphlue District, Phetchaburi Province. Acad J Phetchaburi Rajabhat Univ 2020;10(3): 125-34.
19. Phuchongchai T, Khunkhavan T, Sanloa P, Chaipugdee D. Potential development in elderly health self-care, Naphai Sub-District, Mueng Chaiyaphum District, Chaiyaphum Province. J Nurs Health Care 2020;38(1): 167-76.
20. Chalardlon T, Moolsart S, Lawang W. The development of a health promotion activity model for elderly in the Ban Pong Elderly Klungpunya Club. NJPH 2017;27(2):154-67.
21. Chaweewan U. The development of the health care model of district the elderly senior school, Nongbua District Municipality, Muang District, Udonthani Province. In: Proceedings of the 3rd National Academic Conference, Rajathanee University; 2018; Udonthani, Thailand. p. 567-76.
22. Kaewmueang S. Development of the elderly care model for elderly community Kudrang, Kudrang District, Mahasarakham Province [master's thesis]. Mahasarakham: Mahasarakham University; 2020.