e278787

วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Journal of Health Sciences and Pedagogy Vol. 6 No.1 January – April 2026

Journal of Health and Pedagogy

ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุบนพื้นฐานของวิถีวัฒนธรรมชุมชนต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ
The Effect of a Community Culture–Based Health Care Program for Older Adults on Healthy Aging

ภาวดี เหมทานนท์[1], จิรพรรณ พีรวุฒิ[2], มาลี คำคง[1], เจตจรรยา บุญญกูล[1], จณิศาภ์ แนมใส[1], มุขรินทร์ ทองหอม[1] และ วิภา สุวรรณรัตน์[1]*
Pawadee Hamtanon[1], Jirapan Perawutt[2], Malee Kumkong[1], Jatjunya Bunyakul[1], Janisa Namsai[1], Mukkarin Tonghom[1] and Wipa Suwannarat[1]*
[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ, [2]สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคใต้
[1]Faculty of Nursing, Thaksin University
[2]The Nurse Association of Thailand Southern Division

(Received : November 9, 2025., Revised : March 19, 2026., Accepted : March 19, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุบนพื้นฐานวิถีวัฒนธรรมชุมชนต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ โดยกลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง จำนวน 50 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยการจับฉลาก แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุบนพื้นฐานวิถีวัฒนธรรมชุมชน ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ การดูแลตนเองตามอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ การบริหารจิต การบริหารกาย การบริหารความคิด การใช้ชีวิตที่สมดุล และการใช้ชีวิตอย่างก้าวทันการเปลี่ยนแปลง กำหนดรูปแบบกิจกรรมการเรียนรู้ 16 ครั้ง โดยดำเนินกิจกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 5 ชั่วโมง รวม 80 ชั่วโมง 2) แบบประเมินสูงวัยอย่างสุขภาวะ เก็บรวบรวมข้อมูล 3 ระยะ คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล 1 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการสูงวัยอย่างสุขภาวะด้วย Two way repeated measure และทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วย Bonferroni method ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพบนพื้นฐานวิถีวัฒนธรรมชุมชน มีค่าคะแนนเฉลี่ยการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล 1 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ดำเนินชีวิตตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($F = 36795.181$; $p < .000$)

2. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพบนพื้นฐานของวิถีวัฒนธรรมชุมชน มีค่าคะแนนเฉลี่ยการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และก่อนการทดลอง เมื่อสิ้นสุดการติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แต่ในระยะหลังการทดลอง เมื่อสิ้นสุดการติดตามผล 1 เดือน ไม่แตกต่างกัน

โปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุบนพื้นฐานของวิถีวัฒนธรรมชุมชนนี้ สามารถเสริมสร้างการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในผู้สูงอายุได้ และบุคลากรทางสุขภาพสามารถเลือกกิจกรรมให้สอดคล้องกับข้อมูลทางสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน

คำสำคัญ: โปรแกรมการดูแลสุขภาพบนพื้นฐานวิถีวัฒนธรรมชุมชน, ผู้สูงอายุ, การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: wipa.s@tsu.ac.th)

Abstract

This quasi-experimental study employed a two-group pretest–posttest design to examine the effects of a community culture–based health care program for older adults on healthy aging. The sample consisted of 50 older adults aged 60 years and above living in Pa Phayom District, Phatthalung Province. Participants were randomly selected using a lottery method and assigned to either an experimental group or a control group, with 25 participants in each group. The research instruments included: (1) a community culture–based health care program for older adults, consisting of six components: self-care for common health problems among older adults, mental exercises, physical exercises, cognitive exercises, balanced living, and adaptive living in response to changes. The learning activities were conducted for 16 sessions, once a week, with each session lasting 5 hours, totaling 80 hours; and (2) a healthy aging assessment questionnaire. Data were collected at three time points: before the intervention, after the intervention, and one month after the follow-up period. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation. Differences in mean healthy aging scores were analyzed using two-way repeated measures ANOVA, and pairwise comparisons were conducted using the Bonferroni method. The results showed that:

1. The experimental group that received the community culture–based health care program had significantly higher mean healthy aging scores at the pretest, posttest, and one-month follow-up compared with the control group, which continued their usual daily activities ($F = 36795.181$; $p < .001$).

2. In the experimental group, the mean healthy aging scores were significantly different between the pretest and posttest, and between the pretest and the one-month follow-up ($p < .05$). However, there was no statistically significant difference between the posttest and the one-month follow-up.

This community culture–based health care program for older adults can enhance healthy aging among older adults. Health care professionals can also select and adapt program activities according to the baseline health information of different groups of older adults in both hospital and community settings.

Keywords: Community Culture–Based Health Care Program, Older Adults, Healthy Aging

บทนำ

โครงสร้างประชากรของประเทศไทยที่เป็นสังคมสูงวัยแบบสมบูรณ์ อัตราการเกิดที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง วัยแรงงานลดลง ทำให้อัตราส่วนพึ่งพิงของผู้สูงอายุต่อวัยแรงงาน (National Statistical Office, 2024) และภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ด้วยผู้สูงอายุมีโอกาสป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และมีภาวะทุพพลภาพเพิ่มขึ้นตามวัย ส่งผลให้ภาครัฐต้องมีการพัฒนาคนทุกช่วงวัยให้เต็มศักยภาพ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงวัยที่ยังมีสุขภาพดี เพื่อให้สามารถพึ่งพาตนเองและช่วยเหลือสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี นำไปสู่การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ (Healthy ageing) ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายไว้ว่าเป็นกระบวนการคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional ability) เพื่อให้บุคคลสามารถมีสุขภาวะที่ดีในวัยสูงอายุ และยังได้กำหนดไว้ว่าผู้สูงอายุจะเป็นผู้สูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ในปี 2030 (Zhang, Kan, Luo, Song, Tian, Ding, et al., 2022) ซึ่งครอบคลุมทั้งสมรรถภาพทางกายและจิตใจของผู้สูงอายุในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง รวมไปถึงทรัพยากรและการสนับสนุนที่ผู้สูงอายุเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ แนวคิดหลักคือการป้องกันและการจัดการโรคและความพิการ การคงไว้ซึ่งสมรรถภาพทางกายและสมอง มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ที่สอดคล้องและเป็นส่วนหนึ่งในวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ (McMaughan, Oloruntoba, & Smith, 2020)

วิถีชีวิตของบุคคลเป็นแนวคิดเรื่องความรู้และภูมิปัญญาหรือวัฒนธรรมชุมชน ที่มีความสัมพันธ์และแบบแผน สามารถเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสม การนำเอาวิถีชีวิตที่เป็นอยู่มาประยุกต์ใช้กับการดูแลสุขภาพให้ทันยุคทันสมัย ผสมผสานกับการดูแลสุขภาพสมัยใหม่ที่มีอย่างหลากหลายจากการพัฒนาเทคโนโลยีและทางการแพทย์ ร่วมกับการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตได้สอดคล้องระหว่างวิถีชีวิตแบบเดิมกับสมัยใหม่อย่างรู้เท่าทัน ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) มีความสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำจะมีผลต่อการเพิ่มอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และมีอัตราการตายที่เพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่มากเพียงพอจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ลดอัตราการป่วย ลดอัตราการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวเนื่องด้านสุขภาพ สามารถดูแลสุขภาพตนเองให้มีสุขภาวะและความเป็นอยู่ที่ดี (Nutbeam, 2000; Kaeodumkoeng, & Thummakul, 2015; Stormacq, Wosinski, Boillat, & Van den Broucke, 2020

อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุงเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคใต้ที่ประชาชนยังคงดำรงวิถีชีวิตแบบดั้งเดิม มีความเรียบง่ายของการใช้ชีวิต มีการปฏิบัติตามหลักคำสอนทางศาสนา มีแหล่งเรียนรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่น วัฒนธรรมชุมชนที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตน ที่สืบทอดกันมายาวนาน เช่น หมอพื้นบ้านและสมุนไพรในการรักษาสุขภาพของตนเองและครอบครัว วัฒนธรรมในเชิงอาชีพหลากหลาย สามารถนำมาเป็นสื่อในกระบวนการรวมกลุ่มสร้างเสริมสุขภาพ อาทิ การจักสาน การทำขนมพื้นบ้าน เป็นต้น นอกจากนี้การเลือกสรรภูมิปัญญาที่กำลังสูญหาย มาทำให้มีคุณค่าและมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตในท้องถิ่น เช่น มโนราห์ หนังตะลุง ภาษาถิ่นใต้ ข้าวของเครื่องใช้ต่าง ๆ หรือพื้นฐานทางจริยธรรม คุณธรรม และค่านิยม ที่สามารถประยุกต์ใช้กับการดูแลสุขภาพให้ทันยุคทันสมัย ในรูปของการออกกำลังกาย ผสมผสานกับการดูแลสุขภาพสมัยใหม่ที่มีอย่างหลากหลายจากการพัฒนาเทคโนโลยีและทางการแพทย์

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุบนพื้นฐานวิถีวัฒนธรรมของชุมชนที่ครอบคลุมสุขภาพกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ตามแนวทางของความรอบรู้ทางสุขภาพที่มีการบูรณาการกับการประยุกต์วิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุตั้งแต่อดีตให้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีด้านสังคมและสุขภาพ ตามกระบวนการเปลี่ยนแปลงภายในของความรอบรู้ทางสุขภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตในลักษณะของผู้สูงวัยอย่างมีสุขภาวะ

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะระหว่างผู้สูงอายุกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม ฯ กับกลุ่มควบคุม ในระยะ หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล 1 เดือน
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม ฯ ในระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล 1 เดือน

สมมติฐาน

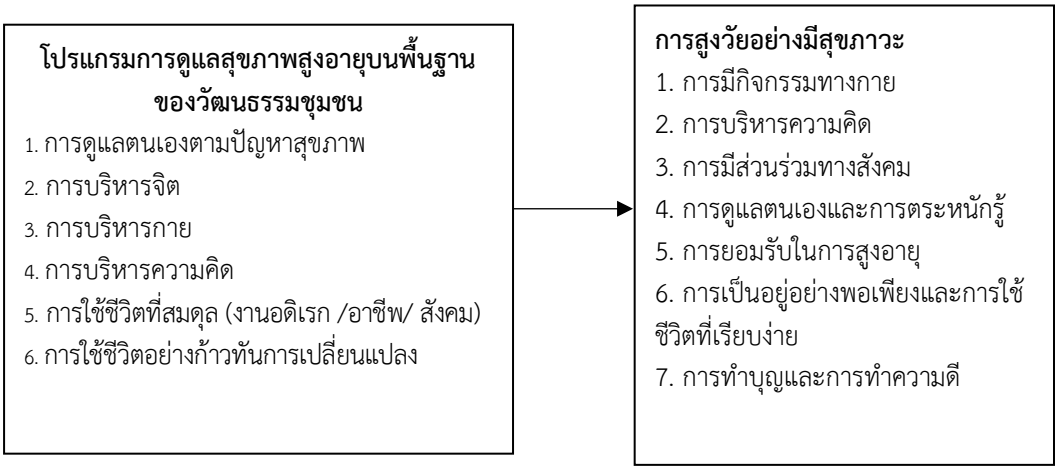
1. ผู้สูงอายุกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพบนพื้นฐานของวิถีวัฒนธรรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะสูงกว่ากลุ่มควบคุม ในระยะหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล 1 เดือน
2. ผู้สูงอายุกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพบนพื้นฐานของวิถีวัฒนธรรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในระยะหลังหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าในระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ

นิยามศัพท์

1. โปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุบนพื้นฐานวิถีวัฒนธรรมชุมชน หมายถึง กิจกรรมในการให้ข้อมูลทางสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ โดยการใช้กระบวนการทางความรอบรู้ด้านสุขภาพมาใช้ในให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพที่อยู่บนพื้นฐานของวัฒนธรรมชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ นำไปสู่การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ
2. การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีการพัฒนาและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดำรงชีวิต ที่เอื้อต่อการตอบสนองความต้องการของตนเอง และมีส่วนร่วมในสังคมได้ภายในบริบทของสิ่งแวดล้อมของตนเอง โดยวัดระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะด้วยแบบประเมินสูงวัยอย่างสุขภาวะของ Thiamwong, McManus, & Suwanno (2013) ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) การมีกิจกรรมทางกาย 2) การบริหารความคิด 3) การมีส่วนร่วมทางสังคม 4) การดูแลตนเองและการตระหนักรู้ 5) การยอมรับในการสูงอายุ 6) การเป็นอยู่อย่างพอเพียงและการใช้ชีวิตที่เรียบง่าย และ 7) การทำบุญและการทำความดี

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้บูรณาการจากการทบทวนวรรณกรรม คือ ความสูงอายุมีการพัฒนาเป็นไปได้ทั้งในทางที่เพิ่มขึ้นและลดลงไปพร้อมกัน นั่นคือ เมื่ออายุเพิ่มขึ้นบุคคลจะมีประสบการณ์เพิ่มขึ้น มีการสูญเสียความสามารถการทำงานของระบบต่างๆ ภายในร่างกาย แต่ก็สามารถที่จะชะลอหรือเสริมสร้างให้สามารถทำงานได้นานขึ้นได้ ทั้งนี้วิธีการขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมที่คนในสังคมยึดถือปฏิบัติและเห็นว่าดีงาม ที่มีลักษณะหลากหลายและมีพลวัตร ซึ่งชาวบ้านใช้ในชีวิตประจำวัน คัดสรร อนุรักษ์และถ่ายทอดจากคนรุ่นหนึ่งสู่รุ่นหนึ่ง และบริบททางสังคมซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา ซึ่งโปรแกรมการดูแลสุขภาพสูงอายุบนพื้นฐานของวัฒนธรรมชุมชน ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ 1) การดูแลตนเองตามปัญหาสุขภาพ 2) การบริหารจิต 3) การบริหารกาย 4) การบริหารความคิด 5) การใช้ชีวิตที่สมดุล (งานอดิเรก /อาชีพ/ สังคม) และ 6) การใช้ชีวิตอย่างก้าวทันการเปลี่ยนแปลง ใช้กระบวนการเสริมสร้างผ่านแนวคิดของการรอบรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) กระบวนการเปลี่ยนแปลงภายในตัวบุคคล ประกอบด้วย 1) เข้าถึง 2) เข้าใจ 3) โต้ตอบ ซักถาม แลกเปลี่ยน 4) ตัดสินใจ 5) เปลี่ยนพฤติกรรม และ 6) บอกต่อ (Pengchan, 2017) ทั้งในเรื่องการเปลี่ยนแปลงตามวัย ปัญหาสุขภาพที่ครอบคลุม กาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อย่างเข้าใจและตัดสินใจกระทำให้สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตตามวัฒนธรรมต่าง ๆในชุมชน (Community culture) การช่วยเหลือกัน การมีส่วนร่วมกันในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ได้อย่างมีสุขภาวะ (Healthy aging) และพร้อมที่จะบอกต่อความสำเร็จนี้สู่รุ่นต่อไป ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตามวิถีวัฒนธรรมชุมชนต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ เป็นการวิจัยกึ่งการทดลอง (Quasi – experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อน หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล 1 เดือน (pretest – posttest control group design and follow up) โดยมีระเบียบวิธีวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 50 คน ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากผลงานวิจัยที่ผ่านมา คือเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ของ Vilawarn, Laokhompruttajan, Laokhompruttajan, Boonnao, & Boonserm, 2022) ได้ค่า Effect size เท่ากับ 5.76 นำไปหาค่ากลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power 3.1.9.2 โดยกำหนดให้มีอำนาจทดสอบที่ 80% ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ = .05 และ Effect size ที่ 0.8 ได้ขนาดของกลุ่มที่ต้องการในแต่ละกลุ่มคือ 21 คน รวม 42 คน เพื่อป้องกันการ Drop out ของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละ 20 รวมเป็น 50 คน (Wittes, 2002)

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1) มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 9 คะแนนขึ้นไป (Barthel Index Activities of daily life)

2) บุคคลในครอบครัวยินยอมให้เข้าร่วมโครงการวิจัย

3) ไม่มีความบกพร่องทางการได้ยินและการพูดมากจนเป็นอุปสรรคในการสื่อสาร

4) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (TMSE > 23 คนแนน)

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1) มีภาวะการเจ็บป่วยหรือมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่างการเข้าร่วมโครงการวิจัย เช่น Diabetic Ketoacidosis (DKA) กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง

2) มีอาการทางจิต (Psychotic sign) ระหว่างการเข้าร่วมโครงการวิจัย เช่น สับสน ซึมเศร้า

3) เข้าร่วมกิจกรรมในโครงการวิจัยได้ไม่ถึง ร้อยละ 80

ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจากรายชื่อของผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลิ่งชัน ตามคุณสมบัติข้างต้น เข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 25 คน และสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากรายชื่อผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อทราย เข้ากลุ่มควบคุมจำนวน 25 คน โดยวิธีการจับคู่ ตามอายุ และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทั้งนี้ที่ตั้งของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อทราย อยู่ทางทิศตะวันออก และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลิ่งชันอยู่ทางทิศตะวันตก ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 2 แห่ง มีความใกล้เคียงกันในบริบทของลักษณะของประชากร สังคม และวัฒนธรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามวิถีวัฒนธรรมชุมชน โดยมีผู้วิจัยมีการพัฒนาโปรแกรม ฯ ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎี และเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง

1.2 ผู้วิจัยสนทนากับผู้สูงอายุ จำนวน 25 คน ในประเด็นคำถาม 1) ความต้องการเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพร่างกายเป็นอย่างไร 2) ความต้องการให้ชุมชน สังคม จัดกิจกรรมอย่างไร 3) ต้องการให้สิ่งแวดล้อมรอบตัวเป็นอย่างไร

1.3 ผู้วิจัยสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ จำนวน 15 คน ด้วยเทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) ประเด็นคำถาม 2 คำถามคือ 1) ในการพัฒนา “รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม” เพื่อผลลัพธ์ ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี มีความสุข พึ่งพาตนเองได้มากที่สุด มีสุขภาวะองค์รวม ไม่เกิดภาวะสมองเสื่อม ตามบริบทจังหวัดพัทลุง ท่านคิดว่าโครงสร้างของ “รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม” ควรมีประเด็นใดบ้าง และ 2) รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม” ตามข้อที่ 1 ควรใช้ วิธีการใด ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในจังหวัดพัทลุง

1.4 ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้ง 3 ส่วน คือ การทบทวนวรรณกรรม ความต้องการของผู้สูงอายุ และประสบการณ์และความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ มาวิเคราะห์เนื้อหาและสังเคราะห์ข้อมูล เป็นเนื้อหาโครงสร้างของโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุบนพื้นฐานของวิถีวัฒนธรรมชุมชน 80 ชั่วโมง ประกอบด้วย 6 กิจกรรมหลัก คือ 1) การดูแลตนเองตามอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ 15 ชั่วโมง 2) การบริหารจิต 10 ชั่วโมง 3) การบริหารกาย 10 ชั่วโมง 4) การบริหารความคิด 15 ชั่วโมง 5) การใช้ชีวิตที่สมดุล (งานอดิเรก /อาชีพ/ สังคม) 20 ชั่วโมง และ 6) การใช้ชีวิตอย่างก้าวทันการเปลี่ยนแปลง 10 ชั่วโมง และกำหนดรูปแบบกิจกรรมการเรียนรู้ ได้เป็น 16 ครั้ง โดยดำเนินกิจกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 5 ชั่วโมง รวม 80 ชั่วโมง โดยแต่ละครั้งครอบคลุมเนื้อหาประเด็นเนื้อหาทั้ง 6 ประเด็น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวมรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ศาสนา การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน การรับรู้ภาวะสุขภาพ การใช้อุปกรณ์ และโรคประจำตัว

2.2 แบบประเมินสูงวัยอย่างสุขภาวะ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินสูงวัยอย่างสุขภาวะของ Thiamwong, McManus, & Suwanno (2013) ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ คือ 1) การมีกิจกรรมทางกาย (Staying physical active) 2) การบริหารความคิด (Staying cognitive active) 3) การมีส่วนร่วมทางสังคม (Staying socially active) 4) การดูแลตนเองและการตระหนักรู้ (Practicing self-care and self-awareness) 5) การยอมรับในการสูงอายุ (Accepting aging and dying) 6) การเป็นอยู่อย่างพอเพียงและการใช้ชีวิตที่เรียบง่าย (Being self-sufficient and living simply) และ 7) การทำบุญและการทำความดี (Making merit and good deeds) การแปลค่าคะแนน ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1,49 หมายถึงน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง น้อย คะแนนเฉลี่ย 2.50 - 2.49 หมายถึง ปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึงมาก และคะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00 มากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยนำโปรแกรมฯ ที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพด้านผู้สูงอายุ 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านผู้สูงอายุ 1 คน อาจารย์ด้านสาธารณสุขชุมชนที่ทำงานด้านผู้สูงอายุ 2 คน อาจารย์ที่เชี่ยวชาญด้านวิถีวัฒนธรรมชุมชนพัทลุง ได้ค่า CVI 0.89 และผู้วิจัยนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาพิจารณาปรับแก้ตามผู้ทรงคุณวุฒิ

2. ผู้วิจัยนำกิจกรรมของโปรแกรมฯ องค์ประกอบละ 1 ชั่วโมง รวม 6 ชั่วโมง ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 3 คน เพื่อดูความชัดเจนและสามารถใช้ได้ตามสถานการณ์จริง และผู้วิจัยนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาพิจารณาปรับแก้ ในส่วนของแบบประเมินสูงวัยอย่างสุขภาวะ ผู้วิจัยนำไปหาความเชื่อมั่นกับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน ได้ค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยในระยะนี้ ผู้วิจัยแบ่งออกเป็น 3 ขั้น คือ ขั้นก่อนการทดลอง ขั้นดำเนินการทดลอง และขั้นประเมินผลการทดลอง

1. ขั้นก่อนการทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1.1 จัดทำแผนการดำเนินการทดลอง โดยประสานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลิ่งชัน เพื่อขออนุญาตทำการทดลองและเก็บข้อมูล

1.2 เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จากรายชื่อสมุดทะเบียนผู้สูงอายุ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจในวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย และมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย พร้อมกับนัดกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมตามวัน เวลา ที่กำหนด และทำการประเมินก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ

2. ขั้นดำเนินการทดลอง

2.1 ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มทดลองจำนวน 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน ตามเกณฑ์ที่กำหนด

2.2 ดำเนินการทดลองใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุบนพื้นฐานวิถีวัฒนธรรมชุมชนในกลุ่มทดลอง จำนวน 25 คน ดำเนินกิจกรรม 16 ครั้ง ๆ ละ 5 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง กิจกรรม ดังตาราง 1

ตาราง 1 ประเด็นและหัวข้อการเรียนรู้ของโปรแกรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุบนพื้นฐานวิถีวัฒนธรรมชุมชน

ประเด็น	หัวข้อ
1. การดูแลตนเองตามอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ จำนวน 15 ชั่วโมง	1.ภาวะเสี่ยงหกล้ม: ปัญหาทางการมองเห็น การได้ยิน และการเคลื่อนไหว 2.ภาวะกระดูกพรุน 3.นอนไม่หลับ 4.ภาวะซึมเศร้า 5. ภาวะสมองเสื่อม 6. ภาวะพร่องโภชนาการ: สุขภาพช่องปาก การย่อยและการเผาผลาญ วิตามินและสารอาหารที่จำเป็นในวัยสูงอายุ 7. ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และภาวะต่อมลูกหมากโต 8. ภาวะท้องผูก 9. การเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา และการใช้สมุนไพรที่ถูกต้อง 10. โรคเรื้อรัง: ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และโรคหลอดเลือดสมอง
2. การบริหารจิต จำนวน 10 ชั่วโมง	1. การสร้างอารมณ์ขันด้วยภาษาใต้ 2. การรู้จักตนเอง 3. การทำสมาธิรูปแบบต่าง ๆ
3. การบริหารกาย จำนวน 10 ชั่วโมง	1. การออกกำลังกายป้องกันหกล้ม 2. ท่าออกกำลังกายป้องกันสมองเสื่อม (โนราบิก)

ประเด็น	หัวข้อ
	3. การออกกำลังกาย เพื่อสมาธิ ลมหายใจ (ไทชิ/ชี่กง)
4. การบริหารความคิด จำนวน 15 ชั่วโมง	1. กิจกรรมกระตุ้นสมอง (Cognitive Stimulation Therapy) 2. กิจกรรมระลึกความหลัง (Reminiscence) 3. ถ่ายทอดภูมิปัญญาให้นิสิต 4. การพักผ่อนอารมณ์ (คาราโอเกะ)
5. การใช้ชีวิตที่สมดุล (งานอดิเรก /อาชีพ/ สังคม) จำนวน 20 ชั่วโมง	1. สืบสานวัฒนธรรม (การเพ้นท์ผ้า สานกระจูด การทำขนม อาหาร ฯลฯ) 2. การทำลูกประคบและการนำไปใช้ 3.การนวดผ่อนคลาย 4. เรียนรู้สถาบันทักษิณคดีศึกษา 5. การรวมกลุ่มทำกิจกรรมตนเองเลือกสรรร่วมกับเพื่อนในละแวกบ้านใกล้เคียง
6. การใช้ชีวิตอย่างก้าวทันการเปลี่ยนแปลง จำนวน 10 ชั่วโมง	1.เรียนรู้สื่อโซเชียล (Line, Facebook, TikTok) การรู้เท่าทันสื่อ 2. ก้าวทัน ข่าวสาร เหตุการณ์ บ้านเมือง

ส่วนกลุ่มควบคุม ดำเนินชีวิตตามปกติในชุมชนของตนเอง เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน การออกกำลังกายที่บ้านหรือร่วมกับชุมชน การได้รับความรู้ในการดูแลตนเองจากบุคลากรทางสุขภาพ สื่อโซเชียล การได้รับการดูแลจากครอบครัว รวมไปถึงการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับเพื่อนผู้สูงอายุด้วยกัน

3. ขั้นประเมินผลการทดลอง

ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที และติดตาม 1 เดือน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ คะแนนการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ นำมาหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ทั้งภายในกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล 1 เดือน ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบการแจกแจงปกติของกลุ่มตัวอย่างด้วยการทดสอบ Shapiro-Wilk Test พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพบนพื้นฐานของวิถีวัฒนธรรม มีค่ามากกว่า .05 ทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล (Sig เท่ากับ .302, .212 และ .141 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มควบคุมที่ดำเนินชีวิตตามปกติ มีค่ามากกว่า .05 เช่นกัน (Sig เท่ากับ .662, .79 และ .657 ตามลำดับ) แสดงให้เห็นว่าข้อมูลของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพบนพื้นฐานของวิถีวัฒนธรรม และกลุ่มดำเนินชีวิตตามปกติ มีการแจกแจงปกติ และทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของเมตริกซ์ความแปรปรวน -แปรปรวนร่วม (Homogeneity of variance-covariance matrices) ด้วย Box's M test ผลการทดสอบ พบว่า ค่า Sig = .323 ซึ่งมีค่ามากกว่า .05 แสดงว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพบนพื้นฐานของวิถีวัฒนธรรม และกลุ่มควบคุมที่ดำเนินชีวิตตามปกติ มีความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนที่ไม่แตกต่าง ดังนั้น จึงสามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Two – way repeated measures ANOVA และเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีการ Bonferroni method เพื่อดูว่าคู่ใดมีความแตกต่างกัน

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยทักษิณ เลขที่ COA No. TSU 2023_ 198 REC No. 0457 วันที่รับรอง 27 กันยายน 2566 – 27 กันยายน 2567 ในกระบวนการวิจัย ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิ์อย่างเคร่งครัด โดยการสอบถามความสมัครใจและกลุ่มตัวอย่างมีการลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทุกราย ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับหัวข้อวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการ

เก็บรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียด การรักษาความลับ การนำข้อมูลมาเผยแพร่ในลักษณะภาพรวม รวมทั้งการบอกยุติการให้ความร่วมมือได้ทุกระยะการวิจัย

ผลการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองทั้งหมดเป็นเพศหญิงและนับถือศาสนาพุทธ และเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา (ร้อยละ 96.00) มีสถานภาพคู่และหม้ายเท่ากัน (ร้อยละ 44.00) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 56.00) เกือบทั้งหมดเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน (ร้อยละ 96.00) ส่วนใหญ่รับรู้ว่าสุขภาพของตนเองดีกว่าวัยเดียวกัน (ร้อยละ 72.00) สามารถช่วยเหลือตนเองโดยไม่ได้ใช้อุปกรณ์ เช่น ไม้เท้า แว่นตา (ร้อยละ 64.00) โรคประจำตัวที่พบ คือ ไขมันในเลือด (ร้อยละ 44.00) รองลงมาคือ มีอาการปวดเรื้อรัง (ร้อยละ 40.00) ในส่วนของกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 6400) ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ และเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.00) ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 52.00) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 56.00) ส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน (ร้อยละ 84.00) รับรู้ว่าสุขภาพของตนเองเท่ากับวัยเดียวกัน (ร้อยละ 64.00) สามารถช่วยเหลือตนเอง แต่มีการใช้อุปกรณ์ เช่น ไม้เท้า แว่นตา (ร้อยละ 68.00) โรคประจำตัวที่พบ คือ ไขมันในเลือด (ร้อยละ 64.00) รองลงมาคือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 44.00)

ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุบนพื้นฐานของวิถีวัฒนธรรมชุมชนต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ค่าคะแนนเฉลี่ยการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล อยู่ในระดับมาก โดยกลุ่มทดลองจะมีคะแนนสูงขึ้นตามระยะการทดลอง ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าคะแนนเฉลี่ยการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล 1 เดือน (n = 50 คน)

การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ	ระยะการทดลอง								
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			สิ้นสุดการติดตามผล 1 เดือน		
	M	SD	แปลผล	*M*	SD	แปลผล	*M*	SD	แปลผล
กลุ่มทดลอง	3.96	.25	มาก	4.43	.24	มาก	4.46	.28	มาก
กลุ่มควบคุม	3.84	.27	มาก	3.89	.14	มาก	4.13	.28	มาก

เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม ฯ และระหว่างกลุ่มโปรแกรม ฯ กับกลุ่มควบคุมในระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล 1 เดือน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตาราง 3

ตาราง 3 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 50 คน)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	*p*
ระหว่างกลุ่ม					
ระหว่างกลุ่มทดลอง – กลุ่มควบคุม	2545.302	1	2545.302	36795.181	.001
ความคลาดเคลื่อน	3.320	48	.069		
ภายในกลุ่ม					
ผลของโปรแกรมฯ	3.999	2	1.999	35.727	.001

ปฏิสัมพันธ์	1.093	2	.546	9.763	.001
ความคลาดเคลื่อน	5.372	96	.056		

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตาราง 3 เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพบนพื้นฐานของวิถีวัฒนธรรม และกลุ่มควบคุมที่ดำเนินชีวิตตามปกติ มีคะแนนค่าเฉลี่ยการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (F = 36795.181*, p < .000) และค่าปฏิสัมพันธ์ของค่าเฉลี่ยคะแนนการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพบนพื้นฐานของวิถีวัฒนธรรม และกลุ่มที่ดำเนินชีวิตตามปกติ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ .05 (F = 9.763*;p < .000) แสดงว่าโปรแกรมการดูแลสุขภาพบนพื้นฐานของวิถีวัฒนธรรม มีผลทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพบนพื้นฐานของวิถีวัฒนธรรม และกลุ่มที่ดำเนินชีวิตตามปกติ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล มีความแตกต่างกัน สอดคล้องตามสมมุติฐานที่ 1

ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำค่าคะแนนเฉลี่ยการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพบนพื้นฐานของวิถีวัฒนธรรม และกลุ่มที่ดำเนินชีวิตตามปกติ มาทดสอบสมมติฐานที่ 2 คือ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพบนพื้นฐานของวิถีวัฒนธรรม มีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตาม ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพบนพื้นฐานของวิถีวัฒนธรรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ก่อนการทดลอง กับหลังการทดลอง และก่อนการทดลอง กับเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เป็นไปตามสมติฐานที่ 2 แต่ในระยะหลังการทดลอง กับเมื่อสิ้นสุดการติดตามผลไม่แตกต่างกัน แสดงในตาราง 4

ตาราง 4 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ (n = 25/25)

ตัวแปรตาม	กลุ่ม	ผลโปรแกรมฯ	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย	*p*
การสูงวัยอย่างมีสุภาวะ	ทดลอง	หลังการทดลอง- ก่อนการทดลอง	.466*	.001
		เมื่อสิ้นสุดการติดตามผล - ก่อนการทดลอง	.499*	.001
		เมื่อสิ้นสุดการติดตามผล - หลังการทดลอง	.033	1.000
	ควบคุม	หลังการทดลอง - ก่อนการทดลอง	.048	1.000
		เมื่อสิ้นสุดการติดตามผล - ก่อนการทดลอง	.289*	.002
		เมื่อสิ้นสุดการติดตามผล - หลังการทดลอง	.241*	.002

*$p < .05$

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพบนพื้นฐานของวิถีวัฒนธรรมกับกลุ่มควบคุมที่ดำเนินชีวิตตามปกติ ระยะหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล 1 เดือน

การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพบนพื้นฐานของวิถีวัฒนธรรมกับกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ และระยะติดตามผล 1 เดือนแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องตามสมมุติฐาน เนื่องจากโปรแกรมการดูแลสุขภาพบนพื้นฐานของวิถีวัฒนธรรม เป็นการจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและใช้การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ และลักษณะของ

กิจกรรมในโปรแกรมมีความหลากหลาย ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ และเป็นการรวมกลุ่มทำกิจกรรมร่วมกัน ทำให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสทำกิจกรรมมากขึ้น กลับมาพบปะเพื่อนฝูงที่ห่างหายกันไปนาน ๆ ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และส่งต่อความภาคภูมิใจของตนเองและเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งการเห็นคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิต (Elsayed, Radwan, & Fadila, 2024) ส่งผลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ในขณะที่กลุ่มควบคุมยังคงดำเนินชีวิตตามปกติ ที่ต้องเผชิญกับโรคเรื้อรัง ความเหงา การแยกตัวทางสังคม ไม่ได้กระทำกิจกรรมที่มีการใช้กระบวนการของความรอบรู้ทางสุขภาพ ประกอบด้วยทักษะที่หลากหลาย เช่น การเขียน การอ่าน การวิเคราะห์เชิงวิพากษ์ หากผู้สูงอายุมีทักษะเหล่านี้ ทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูล ประมวลผล ทำความความเข้าใจข้อมูล และบริการด้านสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นต่อการตัดสินใจด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (Sardareh, Matlabi, Shafiee-Kandjani, Bahreini, Mohammaddokht, & Azami-Aghdash, 2024) ทำให้ไม่ได้รับการส่งเสริมสุขภาวะทั้งทางกาย จิต และสังคม ส่งผลให้ความสามารถของการทำงานของสมองลดลงตามวัย เนื่องจากการขาดการกระตุ้นให้สมองได้รับข้อมูลได้ คิด ตัดสินใจ ในการดูแลตนเองทางสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพในระดับชุมชนที่สำคัญก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคต่าง โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับ Fırat Kılıç, Arifoğlu, & Kızılkaya (2023) ที่ได้เสนอแนะว่า ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น จึงควรให้ความสำคัญกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูล เข้าใจ จัดการ การมีส่วนร่วมในสังคม และตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีสุขภาวะมากกว่าการใช้ชีวิตตามปกติ

สมมติฐานที่ 2 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะภายในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพบนพื้นฐานของวิถีวัฒนธรรมในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล 1 เดือน

การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพบนพื้นฐานของวิถีวัฒนธรรมในระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล 1 เดือน พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน เนื่องจากการเข้าร่วมโปรแกรมทำให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งการทำกิจกรรมที่เพิ่มเติมจากการใช้ชีวิตในชุมชนแบบปกติ ซึ่งเดิมการใช้ดำเนินชีวิตอย่างปกตินั้น ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมการทำงานที่ไม่ต้องใช้การคิดแก้ปัญหามากนัก ดังจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพเกษตรกรรม ได้แก่ การทำนา ทำสวน และเลี้ยงสัตว์ อีกทั้งวัยสูงอายุที่มีข้อจำกัดการช่วยเหลือตนเองและการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีโอกาสการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมลดลง ขาดโอกาสในการเรียนรู้ แลกเปลี่ยน หรือรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพ และการดูแลตนเอง มีข้อจำกัดในการเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมและบริการสุขภาพด้วยตนเอง เมื่อผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรม ฯ ที่มีการใช้ขั้นตอนของการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกกิจกรรม คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access skill) เพื่อส่งเสริมทักษะการค้นหาข้อมูล 2) การสร้างความรู้ความเข้าใจ (Cognitive skill) เพื่อส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในข้อมูล ความรู้ต่าง ๆ และนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง 3) สามารถสื่อสาร (Communication skill) โดยใช้คำถาม (Ask me 3) เกี่ยวกับการปฏิบัติต่าง ๆ 4) การจัดการตนเอง (Self-management skill) เพื่อส่งเสริมทักษะต่าง ๆ นำไปสู่ 5) การตัดสินใจ (Decision skill) เพื่อส่งเสริมทักษะการประเมินปัญหากำหนดทางเลือกในการปฏิบัติ และ 6) บอกต่อแก่ผู้อื่นได้ ทำให้เข้าใจในข้อมูลต่าง ๆ มากขึ้น

กล่าวได้ว่าความรอบรู้ทางสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยใช้เป็นกระบวนการในการเรียนรู้ตามโปรแกรม ฯ เป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคม ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพที่หลากหลายเพื่อค้นหาคำตอบที่ต้องการ ดังจะเห็นจากกิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรม ฯ ที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุใช้กระบวนการคิด วิเคราะห์ ไตร่ตรอง ก่อนตัดสินใจเลือกหรือประยุกต์ใช้กับตนเอง ส่งผลให้มีการกระตุ้นการทำงานของสมองให้มีสุขภาพดี (Healthy brain aging) เพิ่มความสามารถในการทำงานของสมองที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพ ส่งผลถึงการเพิ่มระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ (Özkan, Alp, Özer, & Kambur, 2024) สอดคล้องกับ Chen, Demnitz, Yamamoto, Yaffe, Lawlor, & Leroi (2022) กล่าวไว้ว่า การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะมักถูกประเมินโดยใช้ตัวชี้วัดด้านความสามารถทางสติปัญญา (cognitive ability) และความสามารถในการทำหน้าที่ (functional ability) ซึ่งถือเป็นตัวบ่งชี้ของสุขภาพของสมอง ซึ่งความสามารถทางสติปัญญาประกอบด้วยหลายด้านและเป็นองค์ประกอบของความรอบรู้ ได้แก่ ความสนใจ (attention) การแก้ปัญหา (problem-solving) การเรียนรู้และความจำ (learning and memory) เมื่อสมองมีการทำงานที่มีประสิทธิภาพก็จะส่งผลถึงความสามารถ

ในการทำกิจวัตรประจำวันของตนเอง (Activities of Daily Living: ADLs) และทักษะที่ซับซ้อนมากขึ้นในชีวิตประจำวัน (higher-order instrumental skills) โดยเฉพาะการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งจะส่งผลย้อนกลับต่อความสามารถในการทำหน้าที่ ทั้งนี้อาจเกิดขึ้นจากการที่กิจกรรมตามโปรแกรม ฯ ไปลดความเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมถึงการลดภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่ป่วยแล้ว (Syed, Ashwick, Schlosser, Jones, Rowe, & Billings, 2020; Shin, & Cho, 2022) ที่สำคัญเมื่อเกิดสุขภาวะทางกายย่อมส่งผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ลดการแยกตัวออกจากสังคม ดังจะเห็นได้จากในระยะติดตามผล พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรม ฯ ยังคงมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีการนำกิจกรรมที่ได้จากโปรแกรม ฯ ไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำโปรแกรม ฯ และองค์ความรู้ที่เกิดจากประสบการณ์ของผู้สูงอายุ ไปใช้ในการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่มีบริบทใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างการวิจัยในครั้งนี้

2. บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำประเด็นหรือหัวข้อกิจกรรมตามโปรแกรม ฯ ไปสร้างเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุ โดยการคัดสรรกิจกรรมให้สอดคล้องกับความต้องการและข้อมูลทางสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในเชิง Path analysis ของตัวแปรการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาการบำบัดดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุ

2. การนำโปรแกรมการดูแลสุขภาพบนพื้นฐานของวิถีวัฒนธรรมไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในบริบทที่แตกต่างไปจากการทดลองในครั้งนี้ เช่น ชมรมผู้สูงอายุของหน่วยงานอื่น และนำผลการสะท้อนจากผู้เข้าร่วมโปรแกรม ฯ มาพัฒนาต่อไป

3. ควรมีการศึกษาในลักษณะของการใส่กิจกรรมเพิ่มเติมในระยะติดตามผล เช่น การทบทวนความรู้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สัปดาห์ละครั้ง อาจจะเป็นรูปแบบการมาพบกัน การติดตามเยี่ยมบ้าน หรือรูปแบบออนไลน์

References

Chen, Y., Demnitz, N., Yamamoto, S., Yaffe, K., Lawlor, B., & Leroi, I. (2022). Defining brain health: a concept analysis. *International journal of geriatric psychiatry*, *37*(1). doi:10.1002/gps.5564

Division of Health Education, Departmentof health service support, Ministry of public health. (2020). Health literacy and health behaviorsquestionnaire among working-age people in villages to modify health behaviors. Retrieved November 1, 2025 from http://www.hed.go.th/linkHed/424 (in thai)

Fırat Kılıç, H., Arifoğlu, B., & Kızılkaya, N. (2023). The relationship between successful aging and health literacy in older adults. *Perspectives in Psychiatric Care*, *2023*(1), 1462914.

Kaeodumkoeng, K., & Thummakul, D. (2015). Health literacy promoting in aging population. *Journal of health science research*, *9*(2), 1-8. (in thai)

McMaughan, D. J., Oloruntoba, O., & Smith, M. L. (2020). Socioeconomic status and access to healthcare: interrelated drivers for healthy aging. *Frontiers in public health*, *8*, 231. doi.org/10.3389/fpubh.2020.00231

National Statistical Office. (2024). *Statistical yearbook thailand 2024*. Ministry of digital economy and society. Retrieved November 1, 2025 from https://www.nso.go.th/public/e-book/Statistical-Yearbook.

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, *15*(3), 259-267.

Özkan, O., Alp, S., Özer, Ö., & Kambur, E. S. (2024). Health literacy, healthy aging and life satisfaction. *Activities, Adaptation & Aging*, *48*(4), 690-704.

Pengchan, W. (2017). *Health literacy* in *proceedings of the workshop on capacity building for personnel of the department of health: health literacy toward Thailand*, Department of Health, Ministry of Public Health. Nonthaburi: Ministry of Public Health.

Sardareh, M., Matlabi, H., Shafiee-Kandjani, A. R., Bahreini, R., Mohammaddokht, S., & Azami-Aghdash, S. (2024). Interventions for improving health literacy among older people: a systematic review. *BMC geriatrics*, *24*(1), 911.

Shin, J., & Cho, E. (2022). Trajectories of depressive symptoms among community-dwelling Korean older adults: findings from the Korean longitudinal study of aging (2006–2016). *BMC psychiatry*, *22*(1), 246.

Stormacq, C., Wosinski, J., Boillat, E., & Van den Broucke, S. (2020). Effects of health literacy interventions on health-related outcomes in socioeconomically disadvantaged adults living in the community: a systematic review. *JBI Evidence* Synthesis, 18(7), 1389-1469. doi: 10.11124/JBISRIR-D-18-00023

Syed, S., Ashwick, R., Schlosser, M., Jones, R., Rowe, S., & Billings, J. (2020). Global prevalence and risk factors for mental health problems in police personnel: a systematic review and meta-analysis. *Occupational and environmental medicine*, *77*(11), 737-747.

Thiamwong, L., McManus, M. S., & Suwanno, J. (2013). Development of the Thai healthy aging model: A grounded theory study. *Nursing & health sciences*, *15*(2), 256-261.

doi.org/10.1111/nhs.12028

Vilawarn, J. Laokhompruttajan, J., Laokhompruttajan, T., Boonnao, Y., & Boonserm, P. (2022). The effect of socio-cultural program for promoting quality of Llife and depression prevention in the elderly, Na Fai Subdistrict, Mueang Chaiyaphum District, Chaiyaphum Province. *Research and Development Health System Journal,* 15(1), 181 – 195. (in thai)

Wittes, J. (2002). Sample size calculations for randomized controlled trials. Epidemiologic Reviews 24(1), 39-53.

Zhang, K., Kan, C., Luo, Y., Song, H., Tian, Z., Ding, W., et al. (2022). The promotion of active aging through older adult education in the context of population aging. *Front Public Health*. 10:998710, doi: 10.3389/fpubh.2022.998710