

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ชุมชนราชธานีโอศก ตำบลบู่ใหม่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

เพชรตะวัน ธนะรุ่ง*, เดือนเพ็ญ บุญมาชู**, ชลดา มีทอง***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ชุมชนราชธานีโอศก ตำบลบู่ใหม่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุในชุมชนราชธานีโอศก จำนวน 35 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยอาศัยแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์) โดยใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ และแบบสอบถามเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.14) อายุระหว่าง 70-79 ปี (ร้อยละ 57.15) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเกี่ยวกับการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 40.00) 2) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการอารมณ์ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ (การรับประทานอาหาร: $t = 11.49$, การออกกำลังกาย: $t = 6.20$, การจัดการอารมณ์: $t = 7.23$, พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม: $t = 14.71$) เมื่อแยกรายด้านพบว่า ด้านที่มีการปฏิบัติสูงสุดคือ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านที่มีการปฏิบัติน้อยที่สุดคือ ด้านการออกกำลังกาย

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยครั้งนี้คือ หน่วยงานด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องสามารถนำโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไปเป็นแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนอื่นๆ

คำสำคัญ : โปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ; พฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร; พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย; พฤติกรรมสุขภาพด้านอารมณ์; ผู้สูงอายุ

* อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

** อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

*** อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

๑ ผู้เขียนหลัก : เดือนเพ็ญ บุญมาชู Email : nsmukku@hotmail.co.th

รับบทความ: 19 ก.ย. 64; รับบทความแก้ไข: 10 ต.ค. 64; ตอบรับตีพิมพ์: 10 ต.ค. 64; ตีพิมพ์ออนไลน์ 11 ธ.ค. 64

Effectiveness of Health Behavior Promotion Program for Elderly in Ratchathani-Asoke Community, Bung Mai Sub-District, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province

Pechtawan Thanaroong^{*}, Dueanphen Bunmachu^{**a}, Chonlada Meethong^{***}

Abstract

The aim of this quasi-experimental study with one group pre- and post-test design was to examine effectiveness of health behavior promotion program for elderly in Ratchathani-Asoke community, Bung Mai sub-district, Warin Chamrap district, Ubon Ratchathani province. Participants were 35 elderly in Ratchathani-Asoke community. The research tools were health behavior promotion program based on 3-Es. (Eating, Exercise, and Emotional health promotion). The program was conducted during a 8-week period and the questionnaire regarding health behavior based on the 3Es were used before starting the program and again at the end of the program. The data were analyzed using percentages, means, standard deviations and paired t-test.

The results showed that: 1) The majority of the samples were females (77.14%), aged between 70-79 years old (57.15%), and had musculoskeletal pain as existing condition (40.00%); and 2) after participating in the program, the mean scores of eating ($t=11.49$), exercise ($t=6.20$), emotional ($t=7.23$), and overall health promoting behaviors ($t=14.71$) were statistical significantly higher than those before participating in the program at $p<0.001$. Behaviors practiced most frequently was eating while exercise being the one practice least frequently.

These findings suggested that health care providers should support and apply this program in promoting health of the elderly in other communities.

Keywords : Health behavior promotion program; Nutrition behavior; Exercise behavior; Emotional behavior; Elderly

^{*} Instructor, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University

^{**} Instructor, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University

^{***} Instructor, Faculty of Nursing, Ratchathani University, Ubon Ratchathani

^a Corresponding author Dueanphen Bunmachu Email: nsmukku@hotmail.co.th

Received: Sep. 19, 21; Revised: Oct. 10, 21; Accepted: Oct. 10, 21; Published Online: Dec. 11, 21

บทนำ

องค์การสหประชาชาติคาดการณ์ว่าโลกจะเข้าสู่ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) ในปี ค.ศ. 2050 สัดส่วนประชากร 1 ใน 4 คนโลกจะมีอายุมากกว่า 65 ปี โดยภูมิภาคที่คาดว่าจะมีประชากรวัย 65 ปีหรือมากกว่าเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ได้แก่ แอฟริกาเหนือและเอเชียตะวันตก, เอเชียกลางและเอเชียใต้, เอเชียตะวันออกและตะวันออกเฉียงใต้ และละตินอเมริกา ในขณะที่จำนวนประชากรผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป มีโอกาสเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่าจาก 143 ล้านคนในปี 2019 ซึ่งคาดการณ์ว่าจะมีจำนวนทั้งสิ้น 426 ล้านคนในปี ค.ศ. 2050⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยกำลังจะกลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (Complete aged society) เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีมากถึงร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2564 จากรายงานสำนักงานสถิติแห่งชาติ สัดส่วนผู้สูงอายุมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ในปีพ.ศ. 2559, 2560, 2561 และ 2562 มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 15.01, 16.91, 16.06 และ 16.73 ตามลำดับ ใน พ.ศ. 2562 ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมดประมาณ 66.5 ล้านคน มีผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 11.1 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.73 ขณะที่ประชากรทั้งหมดของประเทศเพิ่มอย่างช้าลงเพียงร้อยละ 0.4 ต่อปี⁽²⁾ จังหวัดอุบลราชธานีมีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดอันดับที่ 5 ของประเทศไทย มีจำนวน 276,628 คน คิดเป็นร้อยละ 14.73 ของประชากรทั้งหมด⁽³⁾

จากสถานการณ์ ประเทศไทยกำลังกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ หน่วยงานภาครัฐและเอกชนจึงต้องเข้ามามีบทบาทในการเตรียมมาตรการในการรองรับสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในด้านสุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมในทางที่เสื่อมถอยลง⁽⁴⁾ ภาครัฐได้มีจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545-2564 เป็นยุทธศาสตร์หนึ่งในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เพื่อเตรียมความพร้อมสังคมไทยสู่สังคมผู้สูงอายุ⁽⁵⁾ จากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของร่างกาย ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีร่างกายที่เสื่อมสภาพ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรค นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม⁽⁶⁾ เช่น ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ บริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม นิยมรับประทานอาหารที่ผ่านการปรุงแต่ง รับประทานอาหารประเภทหวาน มัน เค็ม และการจัดการความเครียดไม่มีประสิทธิภาพและไม่เหมาะสม การที่ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ส่วนหนึ่งมาจากบุคคลในครอบครัวซึ่งมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จะกำหนดนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุให้เป็นรูปธรรม⁽⁷⁾ นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานด้านสาธารณสุข ในการดำเนินกิจกรรมเพื่อเพิ่มศักยภาพให้กับผู้สูงอายุในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น การควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมในชุมชนในการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพกาย สุขภาพจิต ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีขึ้น รวมถึงการช่วยเหลือเกื้อกูลผู้สูงอายุ เช่น การจัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ให้เห็นเป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นศูนย์รวมการทำกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ⁽⁸⁾

ชุมชนราชธานีโสภเป็นชุมชนพึ่งตนเองที่มีแนวทางดำเนินชีวิตตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง เน้นการทำกิจกรรมธรรมชาติไร้สารพิษและอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม ปัจจุบันมีสมาชิกชุมชนจำนวน 485 คน มีผู้สูงอายุจำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 22.68 ซึ่งถือว่าเป็นสังคมประชากรผู้สูงอายุที่มีจำนวนสูง ผู้สูงอายุบางคนสามารถช่วยเหลือดูแลตนเองได้และบางคนต้องพึ่งพาคนอื่นในการดูแลสุขภาพเนื่องจากโรคประจำตัว จากข้อมูลทั่วไปของชุมชนพบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุในชุมชนมีการเจ็บป่วยจากความเสี่ยงของร่างกาย เช่น กระดูกเสื่อม ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อเส้นเอ็น ปวดข้อ และมีโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง ไทรอยด์

เบาหวาน เป็นต้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสม เช่น รับประทานอาหารรสเค็มมากเกินไป ขาดการออกกำลังกาย ซึ่งหากมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสม อาจทำให้โรคเรื้อรังมีความรุนแรงมากขึ้นส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุได้ จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยอาศัยแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์) ในผู้สูงอายุชุมชนราชธานีโศก เพื่อให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการสร้างเสริมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม สามารถพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพได้ และเป็นแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนอื่นๆ ได้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนราชธานีโศก ตำบลบึงใหม่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลัง (One group pre- and post-test design)

ประชากร คือ ผู้สูงอายุในชุมชนราชธานีโศก ตำบลบึงใหม่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี มีจำนวน 110 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในชุมชนราชธานีโศก ตำบลบึงใหม่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี กำหนดขนาดตัวอย่างใช้โปรแกรม G* Power 3.1.9.7 กำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (α) เท่ากับ 0.05 และค่าเพาเวอร์ ($1-\beta$) เท่ากับ 0.95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 34 คน⁽⁹⁾ จึงได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คน ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) สมัครใจในการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ 2) สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. โปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์) และประยุกต์ใช้จากคู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง กรมอนามัย⁽¹⁰⁾ ประกอบด้วย 1) การจัดอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ 2) โรคและอาการเจ็บป่วยที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ 3) การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ 4) การดูแลสุขภาพจิต 5) การจัดการกับอารมณ์ 6) การลดความเครียด และ 7) การฝึกปฏิบัติการเกร็งคลายกล้ามเนื้อเพื่อการผ่อนคลาย สื่อที่ใช้ ได้แก่ คู่มือเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. แผ่นพับ สไลด์ประกอบการบรรยาย ทีวีดี การให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วมโดยสมาชิกในชุมชน การสนทนากลุ่ม กิจกรรมการสาธิต

และสาธิตย้อนกลับ นำเสนอวิธีการผ่อนคลายความเครียด และการให้คู่มือเสริมความรู้ร่วมกับการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 วันๆ ละ 4 ชั่วโมง ซึ่งมีรายละเอียดของกิจกรรมในโปรแกรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมบรรยายให้ความรู้โดยใช้หลักการส่งเสริมสุขภาพด้วยหลัก 3อ. (อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์) การให้ความรู้โดยใช้สไลด์ประกอบการบรรยายเรื่องการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุอาการเจ็บป่วยที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และภาวะแทรกซ้อนจากพฤติกรรมสุขภาพ การชมวิดีโอทัศน การเสนอตัวอย่าง การให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วม และการให้คู่มือเสริมความรู้ร่วมกับการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมบรรยายให้ความรู้ สาธิตและสาธิตย้อนกลับเรื่องการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ โดยโยคะลดอาการปวดหลังและปวดเอว การกดจุด การนวดตนเอง และการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมบรรยายให้ความรู้และสาธิตการทำอาหารสำหรับผู้สูงอายุ วิเคราะห์เมนูอาหารที่รับประทานแต่ละมื้อ และแลกเปลี่ยนเมนูอาหารโดยสมาชิกในชุมชน

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมบรรยายให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพจิตโดยนักบวชที่พำนักในชุมชน สาธิตและสาธิตย้อนกลับวิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการเกร็งคลายกล้ามเนื้อโดยใช้สื่อวีดิทัศน์บรรยาย และการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้รำไม้พลองบ้านภูมิ⁽¹²⁾ และวิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการเกร็งคลายกล้ามเนื้อโดยใช้สื่อวีดิทัศน์บรรยาย

สัปดาห์ที่ 6 จัดกิจกรรมสนทนากลุ่มโดยให้ผู้สูงอายุ เช่น ร้องเพลง รำวง ร้องเพลง กิจกรรมเข้าจังหวะ และกิจกรรมไหว้พระทำบุญ ฟังธรรมะ โดยสมาชิกในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 7 จัดกิจกรรม 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์) แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ นำเสนอการสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลัก 3อ. (อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์) และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านวัฒนธรรมและภูมิปัญญาของชุมชนราชธานีโสศก ซึ่งมีความโดดเด่นเรื่องอาหาร และการจัดการอารมณ์

ในช่วงท้ายของกิจกรรมทุกสัปดาห์ที่ 1-7 มีกิจกรรมสนทนากลุ่ม การหมั่นและแช่เท้าด้วยน้ำอุ่นหรือน้ำสมุนไพรเพื่อความผ่อนคลาย

สัปดาห์ที่ 8 สรุปการเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ใช้การเลือกตอบและเติมข้อความ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. (อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์) ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ประกอบด้วย พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 8 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ และด้านการจัดการทางอารมณ์ จำนวน 7 ข้อ จำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ โดยมีข้อความทางลบ 3 ข้อ (ข้อ 5, 6 และ 14) และข้อความทางบวก 17 ข้อ เกณฑ์ชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's scale) 5 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติ 6-7 วัน/สัปดาห์ ให้ 5 คะแนน ปฏิบัติ 4-5 วัน/สัปดาห์ ให้ 4 คะแนน
ปฏิบัติ 3 วัน/สัปดาห์ ให้ 3 คะแนน ปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์ ให้ 2 คะแนน
ไม่ปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ โดยให้ค่าคะแนนสูงสุดด้วยค่าคะแนนต่ำสุด แล้วนำไปหารด้วยระดับการวัด การแปลผลโดยรวม ดังนี้

การแปลผลคะแนนโดยรวมใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1.00–5.00 ผู้วิจัยกำหนดอันตรายภาคขึ้นโดยใช้เกณฑ์ของเบสท์⁽¹¹⁾ ดังนี้

$$\frac{\text{Maximum} - \text{Minimum}}{\text{Interval}} = \frac{5 - 1}{3} = 1.33$$

คะแนน 1.00 – 2.33 คะแนน แสดงถึง มีพฤติกรรมสุขภาพระดับต่ำ
คะแนน 2.34 – 3.66 คะแนน แสดงถึง มีพฤติกรรมสุขภาพระดับกลาง
คะแนน 3.67 – 5.00 คะแนน แสดงถึง มีพฤติกรรมสุขภาพระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ คณะผู้วิจัยจะนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือก่อนนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุ ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า 0.803

การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ขั้นตอนการเตรียมก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

- 1) ผู้วิจัยยื่นแบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
- 2) เมื่อผ่านการตรวจสอบด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (หมายเลขใบรับรอง UBU-REC-40/2564 วันที่ 28 พฤษภาคม 2564) ผู้วิจัยทำหนังสือถึงชุมชนราชธานีอโศก ตำบลบู่ใหม่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยชี้แจง วัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว จึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3) ประชุมระดมสมองแกนนำชุมชน พิจารณาโปรแกรมให้แกนนำชุมชนให้ข้อเสนอแนะ และนำโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไปใช้

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิพร้อมลงนามในการตอบรับการเข้าร่วมการวิจัย
- 2) ในสัปดาห์แรกผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้ง 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย

และอารมณ์) จำนวน 20 ข้อ จากนั้นดำเนินการทดลองตามโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุซึ่งมีระยะเวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 วัน ๆ ละ 4 ชั่วโมง

3) หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยติดตามโดยการประเมินผลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้ง 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์) จำนวน 20 ข้อ ซึ่งเป็นชุดเดียวกับก่อนการทดลองหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลตรวจสอบความสมบูรณ์และนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี (หมายเลขใบรับรอง UBU-REC-40/2564 วันที่ 28 พฤษภาคม 2564) การเคารพสิทธิส่วนบุคคลและพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยมีการอธิบายและชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ การดำเนินการวิจัย สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การปกปิดความลับ และความรับผิดชอบของผู้วิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามและให้อิสระในการตัดสินใจ หากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัย สามารถปฏิเสธได้ หรือระหว่างที่เข้าร่วมวิจัย หากมีความประสงค์ที่จะยุติการเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถกระทำได้โดยไม่มีผลเสียใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง และในการเขียนรายงานการวิจัยจะเปิดเผยข้อมูลตามความเป็นจริงในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล เมื่อเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลทั้งหมดและทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Paired sample t-test

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ จำนวน 35 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 27 คน ร้อยละ 77.14 มีอายุระหว่าง 70 -79 ปี ร้อยละ 57.15 รายได้เฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 80.00 และมีความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 100 โดยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ได้แก่ ปวดกระดูก และกล้ามเนื้อ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=35)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	8	22.86
หญิง	27	77.14
อายุ (Mean=72.94, SD=7.05)		
ผู้สูงอายุตอนต้น (60 -69 ปี)	10	28.57
ผู้สูงอายุตอนกลาง (70 -79 ปี)	20	57.15
ผู้สูงอายุตอนปลาย (80 ปีขึ้นไป)	5	14.28

ตารางที่ 1 (ต่อ) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=35)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
กสิกรรม	8	22.86
โรงครัว	10	28.57
ตัดเย็บผ้า	1	2.86
ปลูกสมุนไพร	2	5.71
งานบ้าน	3	8.57
ขายอาหาร	2	5.71
ความรับผิดชอบในชุมชน ได้แก่ ฐานขยะวิทยา ฐานสุขภาพ	2	5.72
ครู	1	2.86
อื่นๆ	6	17.14
การศึกษา		
ชั้นประถมศึกษา	16	45.71
มัธยมศึกษา	5	14.28
ปริญญาตรี	12	34.29
สูงกว่าระดับปริญญาตรี	1	2.86
ไม่ระบุ	1	2.86
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท) (MIN=600; MAX=30,000)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000	28	80.00
5,001 - 10,000	2	5.72
มากกว่าหรือเท่ากับ 10,001	2	5.71
ไม่ระบุ	3	8.57
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	35	100
ไม่เพียงพอ	0	0
โรคประจำตัว		
เบาหวาน	1	2.86
ความดันโลหิตสูง	8	22.86
ไทรอยด์	4	11.42
ปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ	14	40.00
อื่นๆ	8	22.86

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเท่ากับ 3.34 (SD=0.38) หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเท่ากับ 4.34 (SD=0.39) พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($t=14.71$, $p<0.001$, $df=34$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ (n=35)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	ค่าเฉลี่ย	SD	t-test	p-value
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม	3.34	0.38	14.71	<.001
หลังการเข้าร่วมโปรแกรม	4.34	0.39		

3. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง เมื่อแยกรายด้าน พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้านอยู่ในระดับสูง ด้านที่มีพฤติกรรมการปฏิบัติสูงที่สุดคือ ด้านการรับประทานอาหาร รองลงมาคือด้านการจัดการอารมณ์ ด้านที่มีการพฤติกรรมปฏิบัติต่ำที่สุดคือ ด้านการออกกำลังกาย ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมและแยกรายด้าน (N=35)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม			t-test	p-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับพฤติกรรม	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับพฤติกรรม		
การรับประทานอาหาร	3.61	0.36	ปานกลาง	4.49	0.47	สูง	11.49	<.001
การออกกำลังกาย	3.14	0.54	ปานกลาง	3.72	0.43	สูง	6.20	<.001
การจัดการอารมณ์	3.17	0.66	ปานกลาง	4.07	0.74	สูง	7.23	<.001
โดยรวม	3.34	0.38	ปานกลาง	4.34	0.39	สูง	14.71	<.001

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

จากการวิจัยสรุปผลได้ว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการอารมณ์ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ย 3.34 (SD=0.38) หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ย 4.34 (SD=0.39) เมื่อแยกพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นรายด้านพบว่า 1) ด้านการรับประทานอาหาร ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ย 3.61 (SD=0.36) หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ย 4.49 (SD=0.47) 2) ด้านการออกกำลังกาย ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ย 3.14 (SD=0.54) หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ย 3.72 (SD=0.43) และ 3) ด้านการจัดการอารมณ์ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ย 3.17 (SD=0.66) หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ย 4.07 (SD=0.74) ซึ่งด้านการจัดการอารมณ์มีผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มมากที่สุด ผู้วิจัยได้จัดให้มีกิจกรรมฝึกวิเคราะห์จิตกับการจัดการกับความเครียดโดยการสนทนากลุ่มสุขภาพจิตโดยนักบวช พังธรรมะ การจัดการกับความเครียดจากปัจจัยภายนอก และภายในอย่างมีสติ ด้วยการพาทำบุญ พบนักบวช โดยให้ผู้สูงอายุได้แสดงออกตามความสามารถของตนเอง เช่น ร้องเพลง รำวง ร้องเพลง กิจกรรมเข้าจังหวะ เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสุข สดชื่น ร่าเริงเมื่อมาร่วมกิจกรรมเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และมีกิจกรรมสันทนาการ การแช่มือและแช่เท้าด้วยน้ำอุ่นหรือน้ำสมุนไพรเพื่อผ่อนคลายความเครียด สอดคล้องกับงานวิจัยของมะลิ โพธิ์พิมพ์, วลัยชัชยา เขตบำรุง, จุน หน่อแก้ว และจิรวุฒิ กุจะพันธ์⁽¹³⁾ ที่พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบ ต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ และด้านพัฒนาการทางจิตวิญญาณสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งด้านที่มีการปฏิบัติสูงสุดคือด้านการจัดการความเครียด สำหรับด้านการออกกำลังกายมีผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพิ่มน้อยที่สุด อาจเนื่องจากข้อจำกัดทางร่างกายของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้จัดให้มีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องในชุมชนและทำออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น โยคะ รำไม้พลองหลักสูตรบำนาญมี เป็นต้น โดยมีแกนนำจิตอาสาที่ดูแลผู้สูงอายุ และผู้นำชุมชนเป็นผู้สนับสนุน

เมื่อพิจารณาโดยรวมพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นในระดับสูงทุกด้าน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการให้ความรู้โดยใช้วิธีการบรรยาย ประกอบการสาธิต การให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวทางหลัก 3อ. ได้จัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ได้แลกเปลี่ยนการปฏิบัติตัวผู้สูงอายุได้นำไปปรับใช้จริงในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทำให้ส่งผลดีต่อสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ อติญาณ ศรีเกษตริน, รุ่งภา จันทรา, รสติกร ขวัญชุม และลัดดา เรืองด้วง⁽¹⁴⁾ ผลวิจัยพบว่า โดยภาพรวมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ. 2ส. ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยคะแนนพฤติกรรมหลังเข้าร่วมโปรแกรม (M=1.88, SD=0.32) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (ค่าเฉลี่ย=1.53, SD=0.41) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. ทำให้ อสม.มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ เพื่อให้อสม.เกิดความตระหนัก ควรมีการให้ความรู้แก่

อสม.อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้อสม. มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และเป็นแบบอย่างผู้นำด้านสุขภาพ สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับประชาชนในพื้นที่ด้วยวิธีการที่หลากหลาย เช่น การใช้คู่มือเสริมความรู้ที่มีตัวอย่างประกอบรวมกับการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ การสาธิตและการสาธิตย้อนกลับ เป็นต้น นอกจากนี้ การศึกษาของปัทมา ผาติภัทรกุล และคณะ⁽¹⁵⁾ ได้ศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดสระบุรี ผลวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นและอยู่ในระดับดีในระหว่างก่อนและหลังการทดลอง การศึกษานี้เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แสดงความคิดเห็นในการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาไทย การบริโภคผัก พืชสมุนไพร และกิจกรรมการออกกำลังกาย และการจัดการทางอารมณ์โดยคำนึงถึงข้อจำกัดทางร่างกายของผู้สูงอายุ และผลการวิจัยของ รุจิราภรณ์ วรรณธนาทัศน์⁽¹⁶⁾ พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 30.28. สูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา หลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากงานวิจัยนี้ยังแสดงให้เห็นว่าครอบครัวหรือผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การมีปัญหारेื่องสุขภาพและขาดการดูแลที่ถูกต้องเนื่องจากปัจจุบันผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง ดังนั้นควรมีการส่งเสริมและกระตุ้นให้ครอบครัวหรือผู้ดูแล เอาใจใส่และให้การสนับสนุนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุอย่างจริงจัง และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ อารี พุ่มประไพทย์ และจรรยา เสียงเสนาะ⁽¹⁷⁾ ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=3.77, SD=0.84) มีกิจกรรมการพัฒนาพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพ คือ 1) การให้คำแนะนำด้านการสร้างเสริมสุขภาพ 2) การค้นหาปัจจัยเสี่ยงโดยการตรวจเลือดเพิ่มจากการได้รับสิทธิปกติ และการตรวจร่างกาย 3) การสร้างความอบอุ่นด้านจิตใจ 4) สุขภาพดีรอบด้าน และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ หลังการเข้าร่วมโครงการดีกว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีการดำเนินการวิจัยให้สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งพบว่าการทำงานให้กลุ่มเป้าหมาย มีความกระตือรือร้นที่จะแสวงหาความรู้ สามารถแนะนำผู้อื่นได้ เพื่อนำไปใช้ในพื้นที่อื่นได้นั้น ได้จากการทำความเข้าใจพฤติกรรมของบุคคลที่ต้องการแสดงความสามารถและการพัฒนาคุณลักษณะของแกนนำ

การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์) เป็นแนวคิดที่เข้าใจง่ายสามารถปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้ ผู้สูงอายุสามารถนำไปปรับและปฏิบัติได้จริงตามแต่ละบุคคล เนื่องจากผู้สูงอายุผ่านประสบการณ์ต่าง ๆ ทำให้มีความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง หากได้รับการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องจะช่วยชะลอการเสื่อมสภาพด้านร่างกาย และส่งเสริมด้านจิตใจของผู้สูงอายุ นอกจากนี้การที่จะทำการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ผลดีนั้นจะต้องได้รับความร่วมมือจากทั้งตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชนจึงเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยเข้ามาดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องสามารถนำโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไปเป็นแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนอื่นๆ ได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในระยะยาวเพื่อเป็นการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. ควรศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเปรียบเทียบกับในสังคมเมือง และชนบท เนื่องจากความแตกต่างด้านสิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ อาจมีผลต่อการใช้โปรแกรมได้

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี และขอขอบคุณชุมชนราชธานีโสภณ ตำบลบึงไผ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม และการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณมา ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Economic and Social Affairs Population Division. World Population Ageing: 1950-2050 [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 10]. Available from: <https://www.un.org/development/desa/pd/content/publications>
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถิติผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2563 ก.ย. 10]. เข้าถึงได้จาก: <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx>.
3. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2563 ก.ย. 10]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dop.go.th/th/known/side/1/1/275>.
4. Haseen F, Adhikari R, Soonthornthada K. Self-assessed health among Thai elderly. BMC Geriatrics 2010;10(30). doi: 10.1186/1471-2318-10-30.
5. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2563 ก.ย. 10]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/download/laws/law_th_20152309144546_1.pdf.
6. Sihapark S, Kuhirunyaratn P, Chen H. Severe disability among elderly community dwellers in rural Thailand: prevalence and associated factors. Ageing International 2014;39(3):210-20. doi: 10.1007/s12126-013-9190-7.
7. กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ ส่วนอนามัยผู้สูงอายุ. กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและเครือข่ายผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2563 ก.ย. 10]. เข้าถึงได้จาก: <https://eh.anamai.moph.go.th/th>.
8. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ภาวนา พัฒนศรี, ธนิกันต์ ศักดาพร. การถอดบทเรียนตัวอย่างที่ดีของโรงเรียนและชมรมผู้สูงอายุ ที่มีกิจกรรมถ่ายทอดความรู้. กรุงเทพฯ: เจพรีนทร์; 2560.

9. นิธิพนธ์ สนิทเหลือ, วชิรพร สาด์เพชร, ญาดา นภาอารักษ์. การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER. วารสารวิชาการ สถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ 2562; 5(1):498-507.
10. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. คู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 2563 ก.ย. 10]. เข้าถึงได้จาก:
<http://online.pubhtml5.com/ogkq/rxzi/#p=95>.
11. Best JW, Kahn VJ. Research in Education (7th ed.) Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall; 1995.
12. ผุสดี สระทอง, 10 ท่า การบริหารร่างกายด้วยท่อนไม้ แบบป่าบุญมี. นิตยสารหมอชาวบ้าน 2550; 339:supplemt.
13. มะลิ โพธิพิมพ์, วลัยชัชยา เขตบำรุง, จุน หน่อแก้ว, จิรวุฒิ กุจะพันธ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพชมรมผู้สูงอายุมะค่า ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสาร มฉก. วิชาการ 2561; 22(43-44):86-98.
14. อติญาณ ศรีเกษตรริน, รุ่งนภา จันทรา, รสติกร ขวัญชุม, ลัดดา เรืองดั่ง. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต.คลองฉนาก อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2560; 4(1):253-64.
15. ปัทมา ผาติภัทรกุล, ผุสดี ก่อเจตีย์, พเยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ, ศิริธร ยิ่งแรงเร้ง, ชุตินา บุรพา, ประภาส จักรพละ. ประสิทธิภาพโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2561; 12(ฉบับพิเศษ):52-60.
16. รุจิรากร วรรณธนาทัศน์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ. 2ส.ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม. วารสารแพทย์เขต 4-5 2560; 36(1): 2-12.
17. อารี พุ่มประไพทย์, จรรยา เสี่ยงเสนาะ. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2560; 4(3):160-75.