

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหมู่บ้านต้นแบบ เขตเทศบาลตำบลเมืองใหม่โคกกรวด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

คินาท แชนอก^{*a}, จตุพร แก้วมณี^{*}, ธนาวุฒิ สุพร^{**}

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หมู่บ้านต้นแบบ เขตเทศบาลตำบลเมืองใหม่โคกกรวด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 35 คน ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบการเดินและการทรงตัว แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ แบบคัดกรองภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ และแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และ 2) โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ประกอบด้วย การป้องกันการหกล้ม การป้องกันสมองเสื่อม การป้องกันภาวะซึมเศร้า และโภชนาการในผู้สูงอายุ โดยจัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ต่อเนื่อง 12 สัปดาห์ ช่วงเดือนมิถุนายน-สิงหาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเดินและการทรงตัว สมรรถภาพสมองเบื้องต้น ภาวะซึมเศร้า ภาวะโภชนาการ และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุดีขึ้น ดังนั้นควรขยายผลให้กับภาคีเครือข่าย เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ; โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ; คุณภาพชีวิต

^{*} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

^{**} นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

^a Corresponding author: คินาท แชนอก Email: k.nart05@gmail.com

รับบทความ: 5 ก.พ. 67; รับบทความแก้ไข: 21 ก.พ. 67; ตอรับตีพิมพ์: 21 ก.พ. 67; ตีพิมพ์ออนไลน์: 11 มี.ค. 67

Effectiveness of Elderly Health Promotion Program “No Falling, No Forgetting, No Depression and Good Eating” on Quality of Life among Elderly in Mueang Mai Subdistrict Municipality, Mueang District, Nakhon Ratchasima Province

Sinart Khaenork^{*a}, Jatuporn Kaewmanee^{*}, Thanawut Suphon^{**}

Abstract

This quasi-experimental study aimed to assess effectiveness of elderly health promotion program based on the concept “do not fall, do not forget, do not depress and good eating” on quality of life among elderly in Mueangmai subdistrict municipality, Meuang district, Nakhon Ratchasima province. The study used a 12-week program with one-group experimental design and was conducted from June to August 2023. Samples were 35 elderly selected using purposive sampling method. The participants received one activity every week for twelve weeks and the health promotion program consisted of: fall prevention, dementia prevention, depression prevention, and nutrition for elderly activities. Data were analyzed by using frequencies, percentages, means, standard deviations and paired t-tests.

Results showed that, after completing the 12-week program, participants showed significant improvements in the scores on time-up-and-go test (TUGT), test of brain ability using Thai MMSE 2002, test on depression using TGDS-15, nutrition screening using MNA-SF, and quality of life using WHOQOL-BREF-Thai at $p\text{-value} < 0.05$. It can be concluded that the elderly health promotion program could improve quality of life and can be replicated in other settings.

Keywords: Elderly; Elderly health promotion program; Quality of life

^{*} Registered Nurse, Professional Level, Health Promotion Hospital, Regional Health Promotion Center 9, Nakhon Ratchasima

^{**} Public Health Technical Officer, Practitioner Level, Health Promotion Hospital, Regional Health Promotion Center 9, Nakhon Ratchasima

^a Corresponding author: Sinart Khaenork Email: k.nart05@gmail.com

Received: Feb. 5, 24; Revised: Feb. 21, 24; Accepted: Feb. 21, 24; Published Online: Mar. 11, 24

บทนำ

ปัจจุบันสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก จากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร ทำให้ประเทศไทยมีอัตราผู้สูงอายุสูงขึ้นถึง 12.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.5 และมีแนวโน้มสูงขึ้น จึงทำให้ประเทศไทยกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aging society) และกำลังจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ คือมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ ส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อสังคมโดยรวมหลายมิติ เช่น การเพิ่มขึ้นของอัตราการพึ่งพิง ความต้องการการดูแลที่เพิ่มสูงขึ้น คุณภาพชีวิตที่ลดลง ทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแล⁽¹⁾ องค์การอนามัยโลกระบุว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คือการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิตในบริบทของวัฒนธรรมและระบบที่บุคคลเหล่านั้นอาศัยและมีความสัมพันธ์อยู่ ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และข้อกังวลของบุคคลนั้นๆ โดยมีการกำหนดองค์ประกอบสำคัญสำหรับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไว้ 6 ด้าน คือ 1) ด้านความสามารถของประสาทสัมผัส 2) ด้านความเป็นอิสระ 3) ด้านกิจกรรมในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต 4) ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม 5) ด้านการเตรียมตัวในบั้นปลายชีวิต และ 6) ด้านความใกล้ชิดและสัมพันธ์ภาพ⁽²⁾

ผู้สูงอายุย่อมมีความเสื่อมโทรมทั้งร่างกาย และจิตใจ ปฏิบัติหน้าที่ดั้งเดิมได้ไม่ดี ทำให้ไม่สามารถสร้างรายได้ ส่วนผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่ดี ช่วยเหลือตนเองไม่ได้อย่างปกติ ต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือดูแล บทบาทเปลี่ยนไปจาก “ผู้รับผิดชอบ” เป็น “ผู้พึ่งพิง” ดังนั้นถ้าแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุโดยใช้สุขภาพเป็นหลัก จะแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) ติดสังคม ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นและสังคม ชุมชนได้ 2) ติดบ้าน ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง 3) ติดเตียง ผู้สูงอายุที่ป่วยและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พักการหรือทุพพลภาพ⁽³⁾ จากการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2556 พบว่า ผู้สูงอายุติดบ้านมีปัญหาการเคลื่อนไหวไม่สามารถออกจากบ้านได้สะดวก ร้อยละ 19 ผู้สูงอายุอยู่ติดเตียงอยู่ในสภาพพิการไม่สามารถช่วยตัวเองได้ ร้อยละ 2 จากการสำรวจพบว่าปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่สูงเป็นอันดับแรก คือการเคลื่อนไหวร่างกาย ร้อยละ 58 ปัญหาการได้ยินหรือสื่อความหมาย ร้อยละ 24 การมองเห็น ร้อยละ 19 การเรียนรู้ ร้อยละ 4 ด้านจิตใจ ร้อยละ 3 สติปัญญา ร้อยละ 2 และพบว่าผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41 เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 18 เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 9⁽⁴⁾ จากผลการสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลเมืองใหม่โคกกรวด ปี 2565 พบว่า มีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 60 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 37 และกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 3 และมีโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48.56 ความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ร้อยละ 13.54 เสี่ยงต่อการหกล้ม ร้อยละ 10 ความผิดปกติของสมอง ร้อยละ 3.26 และซึมเศร้า ร้อยละ 1.98 จากปัญหาสุขภาพดังกล่าว อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้

แนวคิด “ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” เป็นแนวคิดที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ใช้ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบไปด้วย การป้องกันการหกล้ม การฝึกสมองป้องกันสมองเสื่อม การป้องกันภาวะซึมเศร้า การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และการส่งเสริมให้กินอาหารอย่างถูกหลักโภชนาการ⁽⁵⁾ และจากที่ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ได้นำแนวคิดดังกล่าวมาปรับใช้ในการพัฒนารูปแบบการคัดกรองและส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุตามแนวคิด “ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”⁽⁶⁾ ในส่วนของกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอย่างมากต่อกิจกรรม สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมต่อการลดความผิดปกติจากผลการคัดกรองสุขภาพของตนเองได้ แต่ยังไม่มีการติดตามประเมินผลประสิทธิผลและผลลัพธ์ระยะยาวของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุดังกล่าว

ดังนั้น เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด คณะผู้วิจัยจึงได้นำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ไปพัฒนาต่อยอดเป็นหมู่บ้านต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เขตเทศบาลตำบลเมืองใหม่โคกกรวด รวมถึงประเมินติดตามประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพดังกล่าว เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัยหลัก

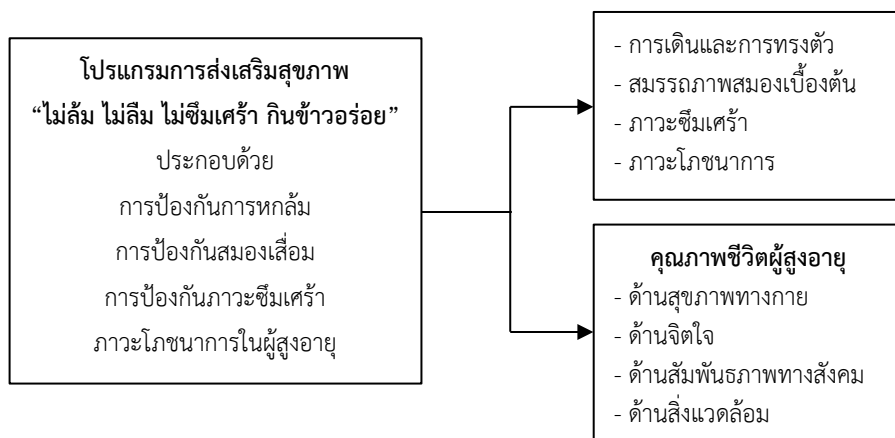
เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หมู่บ้านต้นแบบ เขตเทศบาลตำบลเมืองใหม่โคกกรวด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

วัตถุประสงค์การวิจัยรอง

เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเดินและการทรงตัว สมรรถภาพสมองเบื้องต้น ภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุ ภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หมู่บ้านต้นแบบ เขตเทศบาลตำบลเมืองใหม่โคกกรวด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดการวิจัย ได้มาจากแนวคิด “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ใช้ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบไปด้วย การป้องกันการหกล้ม การฝึกสมองป้องกันสมองเสื่อม การป้องกันภาวะซึมเศร้า การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และการส่งเสริมให้กินอาหารอย่างถูกหลักโภชนาการ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทั้ง 4 ด้าน ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลัง โดยเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ “ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้มเศร้า กินข้าวอร่อย” ต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหมู่บ้านต้นแบบเขตเทศบาลตำบลเมืองใหม่โคกกรวด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เก็บข้อมูลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ได้แก่ แบบทดสอบการเดินและการทรงตัว (TUGT) แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น (Thai MMSE 2002) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS-15) แบบคัดกรองภาวะโภชนาการ (MNA-SF) และแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (WHOQOL-BREF-THAI) โดยกลุ่มเป้าหมาย เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านต้นแบบ คือหมู่ที่ 11 บ้านหนองขอน เขตพื้นที่เทศบาลตำบลเมืองใหม่โคกกรวด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ระยะเวลาดำเนินการในช่วงเดือนมิถุนายน-สิงหาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเมืองใหม่โคกกรวด อ.เมือง จ.นครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 35 คน ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ได้แก่ 1) เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีภูมิลำเนาอยู่ในหมู่ที่ 11 บ้านหนองขอน ซึ่งเป็นหมู่บ้านต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เขตเทศบาลตำบลเมืองใหม่โคกกรวด อ.เมือง จ.นครราชสีมา 2) สามารถอ่านออก เขียนได้ และสื่อสารได้ปกติ 3) ช่วยเหลือตนเองได้หรือผู้อื่นได้ และ 4) สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม และมีเกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ที่มีการเจ็บป่วยกะทันหันระหว่างดำเนินการเข้าร่วมโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในศึกษา ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ได้แก่

1.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประวัติการหกล้ม (ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา) โรคและการเจ็บป่วยปัจจุบัน

1.2 แบบทดสอบการเดินและการทรงตัว (TUGT)⁽⁷⁾ เป็นการประเมินความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุลุกจากเก้าอี้ที่มีที่เท้าแขนและจับเวลาตั้งแต่ผู้สูงอายุลุกขึ้นยืนจากเก้าอี้แล้วเดินไปด้านหลังระยะทาง 3 เมตร ด้วยความเร็วที่สุดและปลอดภัย แล้วหมุนตัวอ้อมกรวยจากนั้นเดินกลับไปยังเก้าอี้ตัวเดิม โดยผู้ประเมินจะต้องจับเวลาตั้งแต่ผู้สูงอายุเริ่มขยับตัวหลังจากได้ยินสัญญาณ และจับเวลาตลอดการทดสอบ “หยุดเวลา” เมื่อผู้สูงอายุลงนั่งหลังพิงพนักเก้าอี้อย่างเรียบร้อยและมั่นคง การแปลผล ใช้เวลา ≤ 10 วินาที หมายถึง ปกติ ใช้เวลา 11-20 วินาที หมายถึง เสี่ยงต่อการหกล้มปานกลาง และใช้เวลา > 20 วินาที หมายถึง เสี่ยงต่อการหกล้มสูง

1.3 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai2002)⁽⁸⁾ เพื่อประเมินการรู้คิด ทั้งหมด 11 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน ประกอบด้วย 1) การทดสอบการรับรู้เกี่ยวกับเวลาในปัจจุบัน 2) การทดสอบการรับรู้ด้านสถานที่ 3) การทดสอบความจำโดยให้จำชื่อของ 3 อย่าง 4) การทดสอบสมาธิและการคำนวณ 5) การทดสอบความจำระยะสั้นของชื่อสิ่งของ 3 อย่างที่ให้จำไว้ 6) การทดสอบการบอกชื่อสิ่งของ

7) การทดสอบการพูดซ้ำคำที่ได้ยิน 8) การทดสอบการเข้าใจความหมายและทำตามคำสั่ง 9) การทดสอบการอ่าน การเข้าใจความหมาย 10) การทดสอบการเขียนภาษาอย่างมีความหมาย และ 11) การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตากับมือ การแปลผล คะแนนรวมเท่ากับจุดตัด (Cut-off point) ให้สงสัยว่ามีความผิดปกติทางด้านความสามารถของสมอง (Cognitive impairment) ไม่ได้เรียนหนังสือ $\leq 14/23$ คะแนน จบประถมศึกษา $\leq 17/30$ คะแนน และจบมัธยมศึกษาขึ้นไป $\leq 22/30$ คะแนน

1.4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS-15)⁽⁹⁾ พัฒนาโดย ณหทัย วงศ์ปาริณย์⁽⁹⁾ เป็นแบบวัดมาตรฐานที่ใช้กับผู้สูงอายุทั้งไทยและต่างประเทศ โดยให้ผู้สูงอายุเลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีคะแนนเต็ม 15 คะแนน เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ การคิดคะแนน ให้ 1 คะแนน หากตอบว่า “ใช่” ในข้อ 2,3,4,6,8,9,10,12,14,15 และ ให้ 1 คะแนน หากตอบว่า “ไม่ใช่” ในข้อ 1,5,7,11,13 การแปลผล 0-5 คะแนน ไม่มีภาวะซึมเศร้า 6-10 คะแนน มีภาวะซึมเศร้า ควรได้รับคำแนะนำเบื้องต้น และ 11-15 คะแนน เป็นโรคซึมเศร้า ควรพบแพทย์เพื่อรับการรักษา

1.5 แบบคัดกรองภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ (MNA-SF)⁽¹⁰⁾ เป็นการคัดกรองภาวะโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ โดยใช้การตอบแบบสอบถามทั้งหมด 6 ข้อ คะแนนเต็ม 14 คะแนน ได้แก่ ข้อ 1 ให้ 0-2 คะแนน ข้อ 2 ให้ 0-3 คะแนน ข้อ 3 ให้ 0-2 คะแนน ข้อ 4 ให้ 0-2 คะแนน ข้อ 5 ให้ 0-2 คะแนน และข้อ 6 ให้ 0-3 คะแนน การแปลผล 0-7 คะแนน มีภาวะทุพโภชนาการ 8-11 คะแนน เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ และ 12-14 คะแนน มีภาวะโภชนาการปกติ

1.6 แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (WHOQOL-BREF-THAI)⁽²⁾ ขององค์การอนามัยโลกย่อฉบับภาษาไทย ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ 1) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย จำนวน 7 ข้อ 2) ด้านจิตใจ จำนวน 6 ข้อ 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม จำนวน 3 ข้อ และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 8 ข้อ และคำถามอีก 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 และ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตโดยรวม รวมคำถามทั้งหมด 26 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 23 ข้อ และคำถามเชิงลบ 3 ข้อ ประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ จากน้อยไปมาก โดยมีการแปลผลดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การแปลผลแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (WHOQOL-BREF-THAI)

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตระดับกลาง	คุณภาพชีวิตดี
ด้านสุขภาพกาย	7-16 คะแนน	17-26 คะแนน	27-35 คะแนน
ด้านจิตใจ	6-14 คะแนน	15-22 คะแนน	23-30 คะแนน
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	3-7 คะแนน	8-11 คะแนน	12-15 คะแนน
ด้านสิ่งแวดล้อม	8-18 คะแนน	19-29 คะแนน	30-40 คะแนน
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26-60 คะแนน	61-95 คะแนน	96-130 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” เป็นโปรแกรมที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการจัดโปรแกรมแต่ละครั้งประกอบด้วย 1) การป้องกันการหกล้ม 2) การป้องกันภาวะสมองเสื่อม 3) การป้องกันภาวะซึมเศร้า และ 4) ภาวะ

โภชนาการในผู้สูงอายุและการดูแลสุขภาพช่องปากฟัน จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ต่อเนื่อง 12 สัปดาห์ในเดือนมิถุนายน-สิงหาคม 2566 ดังนี้

ครั้งที่ 1 ประเมินคัดกรองภาวะสุขภาพ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ได้แก่ ทดสอบการเดินและการทรงตัว (Time-up-and-go test) ประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai2002) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS-15) แบบคัดกรองภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ (MNA-SF) และแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (WHOQOL-BREF-THAI)

ครั้งที่ 2 ออกกำลังกายด้วยท่าบริหาร 4 ท่า และ ไม้พลองป้าบุญมี กิจกรรมให้ความรู้โรคสมองเสื่อม เรื่องโรคซึมเศร้า กิจกรรมฝึกสมอง “ปฏิทินมีชีวิต” กิจกรรมสนทนาการ “เกมข้อเด่นฉัน” และบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพและอาหารหลัก 5 หมู่

ครั้งที่ 3 ออกกำลังกายด้วยท่าบริหาร 8 ท่า และ ไม้พลองป้าบุญมี กิจกรรมฝึกสมอง “การบริหารเวลา” กิจกรรมสนทนาการ “ร่าง แก้อัคนตริ” และอาหารธงโภชนาการ

ครั้งที่ 4 ออกกำลังกายด้วยท่าบริหาร 12 ท่า และ ไม้พลองป้าบุญมี กิจกรรมฝึกสมอง “ทำอะไรไม่หลงทาง” กิจกรรมสนทนาการ “ตามล่าหาสมบัติ” และอาหารกลุ่มข้าวแป้งสำคัญอย่างไร

ครั้งที่ 5 ออกกำลังกายด้วยท่าบริหาร 14 ท่า และ ไม้พลองป้าบุญมี กิจกรรมฝึกสมอง “กิจกรรมต่อเพลง” กิจกรรมสนทนาการ “การตั้งใจฟัง” และการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ

ครั้งที่ 6 ออกกำลังกายด้วยยางยืด 3 ท่า และ ไม้พลองป้าบุญมี กิจกรรมฝึกสมอง “จำภาพผลไม้” กิจกรรมสนทนาการ “เกมรับข่าวสาร” และการรับประทานผัก “ผักกินเท่าไรถึงจะพอ”

ครั้งที่ 7 ออกกำลังกายด้วยยางยืด 6 ท่า และ ไม้พลองป้าบุญมี กิจกรรมฝึกสมอง “จำตัวเลข” กิจกรรมสนทนาการ “เกมไปจ่ายตลาด” และการฝึกปฏิบัติการแปรงฟันและย้อมแผ่นคราบจุลินทรีย์ และเคลือบฟลูออไรด์”

ครั้งที่ 8 ออกกำลังกายด้วยยางยืด 8 ท่า และ ไม้พลองป้าบุญมี กิจกรรมฝึกสมอง “จินตนาการสร้างภาพ” กิจกรรมสนทนาการ “เกมส์ภาพสะท้อน” และภาวะโภชนาการ “กินน้ำมันแต่พอควร”

ครั้งที่ 9 ออกกำลังกายด้วยยางยืด 9 ท่า กิจกรรมฝึกสมอง “ปั่นกระดาดด้วยเท้า” กิจกรรมสนทนาการ “ใบคำหรรษา” และภาวะโภชนาการ คือ “น้ำตาล เกลือ กินได้แค่ไหน”

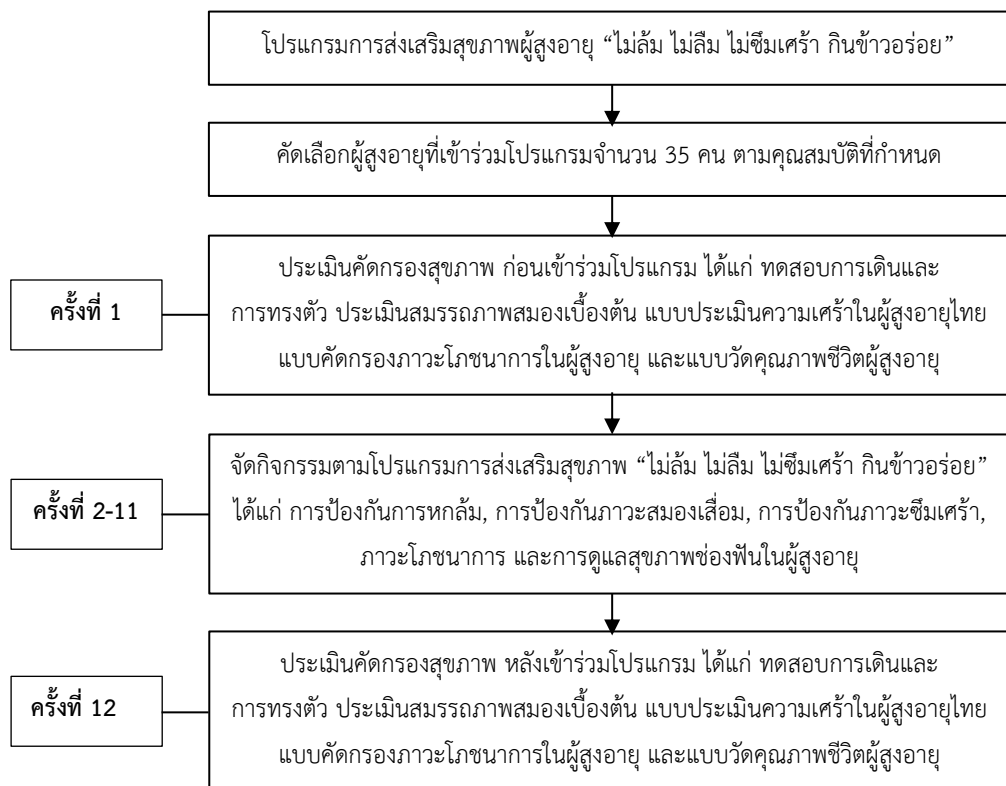
ครั้งที่ 10 ออกกำลังกายด้วยท่าบริหาร 14 ท่า กิจกรรมฝึกสมอง “บริหารสมองด้วยสองมือ” กิจกรรมสนทนาการ “อาสาช่วยเพื่อน” และภาวะโภชนาการ คือ “กินเนื้อสัตว์ประเภทไหนดีและกินนมดีมีแคลเซียม”

ครั้งที่ 11 เรียนรู้วิถีธรรมสู่การปฏิบัติ สันทนาธรรม และการฝึกสมาธิ

ครั้งที่ 12 ทดสอบการเดินและการทรงตัว (TUGT) ประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai 2002) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS-15) แบบคัดกรองภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ (MNA-SF) และแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (WHOQOL-BREF-THAI) หลังเข้าร่วมโปรแกรม

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

- 1) ศึกษาข้อมูล และปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในหมู่บ้านต้นแบบ คือ หมู่ 11 บ้านหนองซอน เขตเทศบาลตำบลเมืองใหม่โคกกรวด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
- 2) ประสานพื้นที่ประชุมปรึกษาหารือ ขออนุญาตดำเนินการวิจัย และชี้แจงการดำเนินงานวิจัย
- 3) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้สูงอายุในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลเมืองใหม่โคกกรวด ด้วยความสมัครใจ และยินยอมเข้าร่วมโปรแกรม จำนวนทั้งสิ้น 35 คน ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด
- 4) ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยต่อกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรม
- 5) ดำเนินงานตามกิจกรรมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” โดยจัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ต่อเนื่องกัน 12 ครั้ง ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยการสัมภาษณ์และทดสอบแบบประเมินต่างๆ ได้แก่ ทดสอบการเดินและการทรงตัว (TUGT) แบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai 2002)

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS-15) แบบคัดกรองภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ (MNA-SF) และแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (WHOQOL-BREF-THAI)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทดสอบการเดิน และการทรงตัว (TUGT) แบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai2002) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS-15) แบบคัดกรองภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ (MNA-SF) และแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (WHOQOL-BREF-THAI) ภายในกลุ่มก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ อยู่ภายใต้กระบวนการการวิจัยการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน โดยได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ กรมอนามัย เลขที่ 535/2565 และผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยก่อนการเก็บ ข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวม ข้อมูล และประโยชน์ที่ได้รับจากการทำวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนสิทธิที่จะยกเลิกหรือถอนตัวออกจากการวิจัย ได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และไม่มีผลกระทบใดๆ กับกลุ่มตัวอย่าง โดยผลการวิจัยในครั้งนี้ จะนำเสนอเป็นภาพรวม ไม่ระบุ ชื่อ/สกุล ของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ รายละเอียดดังกล่าวแล้ว และยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อให้คำยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรม 35 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่า เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 65.71 และร้อยละ 34.29 ตามลำดับ อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี มากที่สุด 27 คน (ร้อยละ 77.14) รองลงมาเป็นอายุ 70-79 ปี 7 คน (ร้อยละ 20) และอายุ 80 ปีขึ้นไป 1 คน (ร้อยละ 2.86) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษามากที่สุด 25 คน (ร้อยละ 71.43) รองลงมา เรียนจบมัธยมศึกษา 5 คน (ร้อยละ 14.29) ประวัติการหกล้ม (ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา) พบว่าเคยมีประวัติการหกล้ม มากที่สุด 21 ราย (ร้อยละ 60) โรคและการเจ็บป่วยพบว่า ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 29 คน (ร้อยละ 82.86) และเป็น โรคความดันโลหิตสูง มากที่สุด 21 คน (ร้อยละ 60)

ผลการทดสอบและประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรม ดังนี้

1. การทดสอบการเดินและการทรงตัว (TUGT) พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ มีคะแนนการเดินและการทรงตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ (≤ 10 วินาที) 30 คน (ร้อยละ 78.71) รองลงมาอยู่ในเกณฑ์ เสี่ยงต่อการหกล้มปานกลาง (11-20 วินาที) 5 คน (ร้อยละ 14.29) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ส่วนใหญ่ ผู้สูงอายุมีคะแนนการเดินและการทรงตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ (≤ 10 วินาที) เพิ่มขึ้น 33 คน (ร้อยละ 94.29) รองลงมาอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงต่อการหกล้มปานกลาง (11-20 วินาที) ลดลง 2 คน (ร้อยละ 5.71)

2. การทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai2002) พบว่า ทั้งก่อนและหลังร่วมโปรแกรม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคะแนนทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น อยู่ในเกณฑ์ปกติ 34 คน (ร้อยละ 97.14) รองลงมา มีความผิดปกติทางด้านความสามารถของสมอง (Cognitive impairment) 1 คน (ร้อยละ 2.86)

3. การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS-15) พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ ไม่มีภาวะซึมเศร้า 24 คน (ร้อยละ 68.57) รองลงมา มีภาวะซึมเศร้าควรได้รับคำแนะนำเบื้องต้น 11 คน (ร้อยละ 34.43) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุไม่มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 30 คน (ร้อยละ 68.57) รองลงมา มีภาวะซึมเศร้าควรได้รับคำแนะนำเบื้องต้น ลดลง 5 คน (ร้อยละ 14.29)

4. การคัดกรองภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ (MNA-SF) พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ 17 คน (ร้อยละ 48.57) รองลงมา มีภาวะโภชนาการปกติ 15 คน (ร้อยละ 42.86) และมีภาวะภาวะทุพโภชนาการ 3 คน (ร้อยละ 8.57) ตามลำดับ หลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ 19 คน (ร้อยละ 54.29) รองลงมา มีภาวะโภชนาการปกติ 16 คน (ร้อยละ 45.71) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการทดสอบและประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=35)

การทดสอบและประเมิน ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การทดสอบการเดินและการทรงตัว				
ปกติ (≤ 10 วินาที)	30	85.71	33	94.29
เสี่ยงต่อการหกล้มปานกลาง (11-20 วินาที)	5	14.29	2	5.71
เสี่ยงต่อการหกล้มสูง (> 20 วินาที)	0	0	0	0
การทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น				
ปกติ	34	97.14	34	97.14
มีความผิดปกติทางด้านความสามารถ ของสมอง (Cognitive impairment)	1	2.86	1	2.86
การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย				
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	24	68.57	30	85.71
มีภาวะซึมเศร้า ควรได้รับคำแนะนำเบื้องต้น	11	34.43	5	14.29
เป็นโรคซึมเศร้า ควรพบแพทย์เพื่อการรักษา	0	0	0	0
การคัดกรองภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ				
มีภาวะภาวะทุพโภชนาการ	3	8.57	0	0
เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ	17	48.57	19	54.29
มีภาวะโภชนาการปกติ	15	42.86	16	45.71

5. แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (WHOQOL-BREF-THAI) พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวม ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับกลาง 20 คน (ร้อยละ 57.14) รองลงมา มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 10 คน (ร้อยละ 28.57) และมีคุณภาพชีวิตที่ดี 5 คน (ร้อยละ 14.29) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวม ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดี 18 คน (ร้อยละ 51.43) รองลงมา มีคุณภาพชีวิตที่ระดับกลาง 12 คน (ร้อยละ 34.28) และมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 5 คน (ร้อยละ 14.29) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (WHOQOL-BREF-THAI) ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=35)

คุณภาพชีวิตรายด้าน	ก่อนเข้าโปรแกรม n (%)			หลังเข้าโปรแกรม n (%)		
	ดี	ปานกลาง	ไม่ดี	ดี	ปานกลาง	ไม่ดี
สุขภาพกาย	5 (14.29)	20 (57.14)	10 (28.57)	9 (25.71)	22 (62.86)	4 (11.43)
จิตใจ	3 (8.57)	18 (51.43)	14 (40.00)	18 (51.43)	13 (37.14)	4 (11.43)
สัมพันธภาพทางสังคม	2 (5.72)	20 (57.14)	13 (37.14)	20 (25.71)	13 (37.14)	4 (5.72)
สิ่งแวดล้อม	7 (20.00)	16 (45.71)	12 (34.29)	16 (45.71)	12 (34.29)	7 (20.00)
คุณภาพชีวิตโดยรวม	5 (14.29)	20 (57.14)	10 (28.57)	18 (51.43)	12 (34.28)	5 (14.29)

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีดังนี้

1. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการเดินและการทรงตัว พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.41 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.99 หลังเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยลดลงเท่ากับ 9.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.59 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ด้วยสถิติ Paired t-test พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการเดินและการทรงตัว หลังเข้าร่วมโปรแกรมใช้เวลาน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=3.080$, $p\text{-value}=0.004$)

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถภาพสมองเบื้องต้นพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.85 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.98 หลังเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 22.45 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.70 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถภาพสมองเบื้องต้น หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-7.625$, $p\text{-value}<0.001$)

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.06 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.31 หลังเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยลดลงเท่ากับ 3.49 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.72 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเศร้าในผู้สูงอายุไทย หลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=8.308$, $p\text{-value}<0.001$)

4. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการคัดกรองภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.42 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.05 หลังเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยลดลงเท่ากับ 10.88 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.76 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย

ด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการคัดกรองภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-3.648$, $p\text{-value}=0.001$)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยคะแนนการทดสอบและประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุก่อนและหลังร่วมโปรแกรม ($n=35$)

การทดสอบและประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ	ก่อนร่วมโปรแกรม		หลังร่วมโปรแกรม		t	df	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
การเดินและการทรงตัว	9.41	0.99	9.08	0.59	3.080	34	0.004*
สมรรถภาพสมองเบื้องต้น	20.85	2.98	22.45	2.70	-7.625	34	<0.001*
ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ	5.06	2.31	3.49	1.72	8.308	34	<0.001*
ภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ	10.42	2.05	10.88	1.76	-3.648	34	0.001*

* $p\text{-value}<0.05$

5. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ มีระดับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในทุกด้าน ส่วนระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี ($\bar{x}=101.23$, $SD=2.24$) และผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ สูงขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($n=35$)

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	ก่อนร่วมโปรแกรม			หลังร่วมโปรแกรม			t	p-value
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ		
สุขภาพร่างกาย	16.54	2.14	กลาง	24.25	2.24	กลาง	-1.804	0.005*
ด้านจิตใจ	17.08	2.38	กลาง	26.25	1.86	ดี	-9.876	0.008*
ความสัมพันธ์ทางสังคม	9.80	3.29	กลาง	14.28	2.45	ดี	-12.313	0.000*
ด้านสิ่งแวดล้อม	24.50	2.22	กลาง	36.45	2.08	ดี	-4.876	0.012*
คุณภาพชีวิตโดยรวม	68.52	4.56	กลาง	24.25	2.24	ดี	-3.152	0.000*

* $p\text{-value}<0.05$

การอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมเสริมสุขภาพ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทดสอบและการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยการเดินและการทรงตัว (TUGT) การทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai2002) การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS-15)

และการคัดกรองภาวะโภชนาการ (MNA-SF) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากจากผู้สูงอายุได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” อย่างต่อเนื่อง เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ซึ่งกิจกรรมที่จัดขึ้นเน้นการส่งเสริมสุขภาพตามปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ทักษะ สามารถนำไปดูแลและส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุนันทา กาญจนพงศ์ และชัยวัฒน์ พัฒนาพิศาลศักดิ์⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดธาริवास จังหวัดนราธิวาส พบว่า ก่อนและหลังการพัฒนาแบบ มีค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) การทดสอบการเดินการทรงตัว และการประเมินภาวะซึมเศร้า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของสุวิมล แสงเรือง และคณะ⁽¹²⁾ ที่ศึกษาผลของการใช้หลักสูตรไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย ร่วมกับแผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล (Wellness Plan) แบบมีส่วนร่วมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 9 ด้าน โดยเปรียบเทียบภาวะสุขภาพ ก่อนและหลังทดลองใช้หลักสูตร พบว่า หลังการทดลองผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีพฤติกรรมสุขภาพครบ 8 ข้อ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 80 เป็น 93.33 และไม่พบความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย

ในด้านคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (WHOQOL-BREF-THAI) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” จากการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี เนื่องมาจากการที่ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพตามโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ทำให้มีภาวะสุขภาพดีขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกรรณรัช ปัญญาใส, จุฑามาศ กิตติศรี และพิชานาถ เงินดี⁽¹³⁾ ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตบนพื้นฐานความต้องการของผู้สูงอายุ พบว่าภายหลังการได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 และภายหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสอดคล้องกับการศึกษาของธัญรัศม์ ภูซังค์ชัย และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง โดยจัดกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง จำนวน 8 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง ส่งเสริมด้านโภชนาการ ส่งเสริมการออกกำลังกาย การสร้างคุณค่าในตนเอง การมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและสังคมของผู้สูงอายุ และการส่งเสริมด้านสภาพแวดล้อม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีรูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ “ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ตามแนวคิดของกรมอนามัย ซึ่งถือเป็นบทบาทภารกิจของศูนย์อนามัย ในการขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อเป็นต้นแบบด้านส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้กับภาคีเครือข่ายได้นำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้ดีขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

1. ข้อเสนอเชิงนโยบาย: กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญและจำเป็นในผู้สูงอายุ ควรได้รับการสนับสนุนและถ่ายทอดไปยังหน่วยงานในระดับพื้นที่ทุกระดับ ให้เป็นกิจกรรมพื้นฐานที่ผู้สูงอายุควรได้รับ เพื่อป้องกันการเกิดผลกระทบหรือภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมา
2. ข้อเสนอเชิงปฏิบัติการ: การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ควรให้ครอบครัวและญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและกระตุ้นในการทำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพต่างๆ เช่น การออกกำลังกาย การบริหารสมอง ฯลฯ ขณะที่อยู่บ้าน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและการปฏิบัติที่ถูกต้อง ทำให้ผลการวิจัยมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น
3. ข้อเสนอสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป: ควรมีการวิจัยพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม เพื่อเป็นปัจจัยสนับสนุนทางสังคมให้ผู้สูงอายุสามารถมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งภายใต้กระบวนการวิจัยการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน และสำเร็จลงไปด้วยดี ต้องขอขอบพระคุณ นายแพทย์นิธิรัตน์ บุญตานนท์ ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพแห่งชาติ กรมอนามัย ที่สนับสนุนการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ และต้องขอขอบพระคุณแพทย์หญิงทิพา ไกรลาศ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา นายแพทย์ภรณ์วิทย์ อนันต์ดีลฤทธิ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา นางสาวรุ่งเรือง กาญจนวัฒนา นายกเทศมนตรีตำบลเมืองใหม่โคกกรวด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา และ นายพิรุฬห์ ศิริทองคำ ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลเมืองใหม่โคกกรวด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ที่ให้คำแนะนำและสนับสนุนพื้นที่ในการศึกษาวิจัยเพื่อเป็นต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ นอกจากนี้ต้องขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์; 2566.
2. สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล, วีระวรรณ ตันติพัฒน์สกุล. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลกฉบับย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI). เชียงใหม่: โครงการจัดทำ โปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่; 2554.

3. โครงการสุขภาพคนไทย. สุขภาพคนไทย 2562. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2562.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2565.
5. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับประชาชน “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2561.
6. วีรพล กิตติพิบูลย์, นิธิรัตน์ บุญตานนท์. การพัฒนารูปแบบการคัดกรองและส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุตามแนวคิด “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2563;14(34):158-71.
7. Thiamwong L, Thamarpirat J, Maneesriwongul W, Jitapunkul S. Thai Falls Risk Assessment Test (Thai-FRAT) developed for community-dwelling Thai elderly. J Med Assoc Thai. 2008;91(12):1823-31.
8. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2542.
9. ณททัย วงศ์ปการันย์, ทินกร วงศ์ปการันย์, เอียรชัย งามทิพย์วัฒนา, ยุพาพรรณ ศิริอ้าย, คะนิงนิจ ไชยลังการณ, วิรัตน์ นิวัฒน์นันท์, และคณะ. คู่มือการดูแลผู้สูงวัย: สูตรคลายซึมเศร้า. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2559.
10. Christner S, Ritt M, Volkert D, Wirth R, Sieber CC, Gaßmann KG. Evaluation of the nutritional status of older hospitalised geriatric patients: a comparative analysis of a Mini Nutritional Assessment (MNA) version and the Nutritional Risk Screening (NRS 2002). J Hum Nutr Diet. 2016 Dec;29(6):704-713. doi: 10.1111/jhn.12376.
11. สุนันทา กาญจนพงศ์, ชัยวัฒน์ พัฒนาพิศาลศักดิ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดขราธิวาส จังหวัดนราธิวาส. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2566;46(2):98-110.
12. สุวิมล แสงเรือง และคณะ. ผลของการใช้หลักสูตรไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย ร่วมกับแผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล (Wellness Plan) แบบมีส่วนร่วมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 9 ด้าน. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(4):233-43.
13. กรฐณัฐ ปัญญาใส, จุฑามาศ กิตติศรี, พิชชานาถ เงินดี. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตบนพื้นฐานความต้องการของผู้สูงอายุ. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 2560;12(2):65-74.
14. ธัญรัตน์ ภูงศ์ชัย, ณัฐปภัสร์ นวลสีทอง, ธรณินทร์ คุณแขวน, ภัททิรา ก้านทอง. ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2563;38(4):172-80.