The Effectiveness of a Health Promotion Program on Quality of Life of Elderly People in the Elderly Club*

Liwan Ounnapiruk, MSc, RN[1], Virapun Wirojratana, PhD, RN[1], Wanna Kongsuriyanavin, EdD, RN[1], Wilasinee Termsettajaroen, BSc, RN[2]

Abstract:

Purpose: This study examined the effects of a Health Promotion Program on quality of life of elderly people in the elderly club.

Design: Quasi-experimental research, one-group pretest-posttest design.

Methods: The participants included 43 elders who had been regularly participating in the elderly club of Trok Khao Mao. Data were collected by using an interviewing questionnaire asking demographic characteristics, perceived health status, health behaviors, and lifestyles, and a questionnaire of elderly's quality of life. A Health Promotion Program was developed by applying self-efficacy theory and integrating four domains of quality of life (physical, mental, social, environment). In this program, the participants involved in the activities related to health education, group counseling, discussion, demonstration and practice. The program was carried out for 2 months, and then evaluated for outcomes. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test and chi-square test.

Main findings: The total scores of quality of life of the participants before and after participating in this program were not significantly different except physical aspect of quality of life ($p < .05$). In addition, the participants perceived that their health status after the program was significantly better than prior to the program ($p < .05$). Most participants (83.33 %) reported that the program was very satisfactory.

Conclusion and recommendations: A Health Promotion Program is extremely important for the elderly to modify their health behaviors. The necessity to continue this program is evident to sustain good quality of life for elderly people in the elderly club.

Key words: elderly, elderly club, health promotion program, quality of life

J Nurs Sci. 2012;30(2):35-45

Corresponding Author: Associate Professor Liwan Ounnapiruk, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: liwan.oun@mahidol.ac.th

** This project was supported by Thai Health Promotion Foundation*

[1] Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

[2] Bangkok Metropolitan Health Center 30, Bangkok, Thailand

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ*

ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, ภ.ม.[1] วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, PhD[1] วรรณา คงสุริยะนาวิน, ศษ.ด.[1]
วิลาสินี เติมเศรษฐเจริญ, พย.บ.[2]

บทคัดย่อ:

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียว ประเมินก่อนและหลังการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตรอกข้าวเม่า จำนวน 43 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ การดำเนินชีวิต และแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กรอบแนวคิดของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ทฤษฎีความสามารถตนเองและแนวคิดคุณภาพชีวิตครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม กิจกรรมของโปรแกรมประกอบด้วย การบรรยายการส่งเสริมสุขภาพ กระบวนการกลุ่ม วิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางแก้ไข พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สาธิตและฝึกปฏิบัติ การดำเนินโปรแกรมใช้เวลานาน 2 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบที และไคร์สแควร์

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) แต่คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และการรับรู้ภาวะสุขภาพดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.33) มีความพึงพอใจมากกับโปรแกรมฯ

สรุปและข้อเสนอแนะ: โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีความสำคัญและจำเป็นต้องทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ คุณภาพชีวิต

J Nurs Sci. 2012;30(2):35-45

Corresponding Author: รองศาสตราจารย์ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10070, e-mail: liwan.oun@mahidol.ac.th

** โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากแผนงานพัฒนาเครือข่ายพยาบาลศาสตร์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (พย.สสส.)*

[1] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

[2] ศูนย์บริการสาธารณสุข 30 วัดเจ้าอาม

ความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยได้เข้าสู่ "สังคมสูงอายุ" ตั้งแต่ พ.ศ. 2549 ซึ่งมีอัตราผู้สูงอายุถึงร้อยละ 11 เมื่อพิจารณาสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุในอดีต พบว่าประชากรผู้สูงอายุเพิ่มจากร้อยละ 5 เป็น 2 เท่าคือร้อยละ 10.1 ต้องใช้เวลา 50 ปี แต่ในปัจจุบันการเพิ่มเป็น 3 เท่าคือร้อยละ15.6 จะใช้เวลาเพียง 15 ปี ต่อจากนั้นระยะเวลาที่ประชากรสูงอายุจะเพิ่มเท่าตัวจะสั้นลงเรื่อยๆ แสดงถึงอัตราการเพิ่มของสัดส่วนประชากรสูงอายุที่รวดเร็วมาก[1] ในปี พ.ศ. 2550 ประมาณ 1 ใน 10 ของประชากรไทยเป็นประชากรสูงอายุ ภายใน พ.ศ. 2573 คาดประมาณว่าสัดส่วนดังกล่าวจะเพิ่มเป็นถึง 1 ใน 4[2] ในขณะที่อัตราภาวะเจริญพันธุ์กลับลดลงอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ผู้สูงอายุเกือบครึ่ง (ร้อยละ48) มีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว ร่วมกับมีแนวโน้มที่จะมีอายุยืนยาวขึ้น[1] ทำให้กลุ่มผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพาสูงและมีจำนวนปีที่ต้องพึ่งพาเพิ่มขึ้น แต่ประชากรกลุ่มที่จะต้องเป็นผู้ดูแลกลับมีสัดส่วนลดลง

การที่ผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้นร่วมกับอายุคาดเฉลี่ยของผู้สูงอายุมีทิศทางยืนยาวขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ขาดประชากรกลุ่มผู้ดูแล การส่งเสริมเพิ่มความเข้มแข็งให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตอย่างอิสระ ไม่ต้องพึ่งพา มีคุณภาพชีวิตที่ดี ตามประกาศขององค์การอนามัยโลกในปลายปี ค.ศ. 1990 จึงเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่ง คุณภาพชีวิตหมายถึงความผาสุกในชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา[3] งานวิจัยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยพบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.1) อยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีคุณภาพชีวิตระดับสูงร้อยละ 40.5 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าภูมิภาคอื่นๆ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และภาวะสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวม และสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 52.3[4] สอดคล้องกับงานวิจัยของลิวรรณ อุนนาภิรักษ์ และคณะ ซึ่งสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุไทยระหว่างปี พ.ศ.2533-2544 พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยเรียงค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลจากมากไปน้อย ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งประกอบด้วยสัมพันธภาพในครอบครัวและการอุปถัมภ์จากครอบครัว ความมีคุณค่าในตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองและกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ[5]

งานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในต่างประเทศเป็นไปในทิศทางเดียวกับของประเทศไทย ได้แก่ Corrente และ คณะ[6] ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในเมืองเซาท์เปาโล ประเทศบราซิล ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตที่ดีคือการมีสุขภาพกายสมบูรณ์ ประสบความสำเร็จในชีวิต มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและมีกิจกรรมทางสังคม คล้ายกับ Rocio[7] ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศสเปน พบว่าสัมพันธภาพทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิต Borowiak และ Kastka[8] ศึกษาตัวทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในบ้านและสถานพยาบาล พบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นตัวทำนายที่มีความสามารถทำนายได้สูงสุดในผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่ม

ชมรมผู้สูงอายุตรอกข้าวเม่า ประกอบด้วยสมาชิกผู้สูงอายุจากชุมชนตรอกข้าวเม่า ซึ่งเป็นวัยที่ได้รับผลกระทบจากความเสื่อมของร่างกายระบบต่างๆ ตามวัยและผลจากโรคเรื้อรังต่างๆ รวมทั้งสมาชิกส่วนใหญ่ในครอบครัวต้องหารายได้เพื่อการเลี้ยงชีพ ไม่มีเวลาให้การดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ยังขาดโอกาสที่จะได้รับความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากในชมรมผู้สูงอายุฯ ยังไม่มีทีมสุขภาพที่เชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุมาช่วยบริหารจัดการ ด้วยเหตุดังกล่าวอาจจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ[9] รวมทั้งมีผลการวิจัยที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีผลเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้[10-11] คณะผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมฯ ด้วยโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามแนวคิดของคุณภาพชีวิตซึ่งครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา[3] และทฤษฎีความสามารถตนเองของ Bandura[12] ซึ่งอธิบายว่าถ้าบุคคลมีความต้องการและมีความเชื่อในความสามารถของตนเองว่าสูง เมื่อทำแล้วจะได้รับผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตนตาม โดยแนวทางการพัฒนาประกอบด้วย 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ 2) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น 3) การใช้คำพูดชักจูง และ 4) การสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยผสมผสานการช่วยเหลือแบบกระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคม เน้นการปรับให้เข้ากับแบบแผนการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ร่วมกับเนื้อหาที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยต่างๆ อันจะส่งผลต่อผู้สูงอายุ ในการลดภาวะ

ทุพพลภาพจากโรคเรื้อรังและชะลอความเสื่อมตามวัย ลดภาวะพึ่งพา มีสุขภาพกายและจิตที่ดี เพิ่มการมีส่วนร่วมในสังคม มีการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ สิ่งเหล่านี้จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชมรมฯ โดยเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพในครอบครัว/สังคม และด้านสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการรับรู้ภาวะสุขภาพ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษาได้แก่ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุตรอกข้าวเม่า เขตบางกอกน้อย กทม. กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตรอกข้าวเม่าทั้งหมดที่มีอายุ 60-75 ปี ช่วยเหลือตัวเองได้ดี สามารถรับรู้และติดต่อสื่อสารได้ปกติ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมฯ เกินร้อยละ 80 และในระหว่างที่เข้าโปรแกรมฯ ไม่มีเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต จำนวนผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์เท่ากับ 48 คน และเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยจำนวน 43 คน

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพและการดำเนินชีวิต สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ น้ำหนักตัว ส่วนสูง ความดันโลหิต สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ แหล่งรายได้ โรคประจำตัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ การดื่มเหล้า สูบบุหรี่ การทำกิจกรรมเพิ่มพูนสติปัญญา ข้อมูลของผู้ดูแล

1.2 แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ใช้แบบวัดขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทยของ Lohachiwa13 ประเมินคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มีคำถาม 26 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 23 ข้อ และคำถามเชิงลบ 3 ข้อ ประเมินค่า 5 ระดับ จากน้อยไปมาก การแปลผลระดับคุณภาพชีวิตโดยใช้พิสัยของคะแนน ดังแสดงในตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 เกณฑ์คะแนนแบ่งระดับคุณภาพชีวิต

	ระดับคุณภาพชีวิต		
คุณภาพชีวิต	**ไม่ดี**	**กลาง**	**ดี**
ด้านร่างกาย	7-16	17-26	27-35
ด้านจิตใจ	6-14	15-22	23-30
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3-7	8-11	12-15
ด้านสิ่งแวดล้อม	8-18	19-29	30-40
โดยรวม	26-60	61-95	96-130

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอาย สร้างและดำเนินกิจกรรมโดยผู้วิจัย กรอบของการพัฒนาโปรแกรมมาจากการใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองและแนวคิดเรื่องคุณภาพชีวิต ร่วมกับเนื้อหาที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยต่างๆ[5,14-15] กิจกรรมในโปรแกรมประกอบด้วย การบรรยายการส่งเสริมสุขภาพ กระบวนการกลุ่ม วิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางแก้ไข พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สาธิตและฝึกปฏิบัติ ใช้ระยะสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง รวมระยะเวลา 2 เดือน โดยครอบคลุมหัวข้อบรรยายและกิจกรรม ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 หัวข้อเนื้อหาการบรรยายและกิจกรรมกลุ่มในโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูง

หัวข้อ	บรรยาย	กิจกรรมกลุ่ม
1. อาหารและการออกกำลังกายในวัยสูงอายุ	- ความสำคัญของอาหารและการออกกำลังกายในวัยสูงอายุ - การเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะกับวัยสูงอายุ - รูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะกับวัยสูงอายุ	- วิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้องและการไม่ออกกำลังกาย หาแนวทางแก้ไข - สาธิตและปฏิบัติการออกกำลังกายแบบแกว่งแขนบำบัดโรค
2. ความปลอดภัย	- ข้อควรระวังในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ - สาเหตุและปัจจัยที่มีผลให้ผู้สูงอายุหกล้มและการป้องกัน - ลักษณะหรือประเภทของอันตรายต่อผู้สูงอายุจากภายในและภายนอกบ้าน - แนวทางการป้องกันตัวเองของผู้สูงอายุจากอันตรายภายในและภายนอกบ้าน	- วิเคราะห์สาเหตุการหกล้ม การได้รับอันตรายทั้งจากภายในและภายนอกบ้าน แลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อหาแนวทางป้องกัน โดยตัวผู้สูงอายุเองและคนในชุมชน - ฝึกทักษะท่าบริหารร่างกายเพื่อป้องกันการหกล้มและแจกเอกสารของท่าบริหารร่างกาย
3. ปัญหาการหลงลืมในผู้สูงอายุและการชะลอสมองเสื่อม	- การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความจำในผู้สูงอายุ - การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ - แนวทางการส่งเสริมสมรรถภาพของสมอง	- วิเคราะห์เหตุการณ์การหลงลืมและสาเหตุจากประสบการณ์ของสมาชิก แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อหาแนวทางชะลอสมองเสื่อม
4. ปัญหาการกลั้นปัสสาวะในผู้สูงอายุ	- ความสำคัญของปัญหาการกลั้นปัสสาวะในผู้สูงอายุ - สาเหตุ/ปัจจัยเสริมให้เกิดปัญหาการกลั้นปัสสาวะ - การป้องกันและแก้ไขปัญหาการกลั้นปัสสาวะ	- แลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อหาแนวทางป้องกันปัญหาการกลั้นปัสสาวะในผู้สูงอายุ - ให้ฝึกบริหารกล้ามเนื้อหูรูดเพื่อช่วยการกลั้นปัสสาวะ
5. การนอนไม่หลับในผู้สูงอายุและการแก้ไข	- การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการนอนหลับในผู้สูงอายุ - สาเหตุและปัจจัยเสริมที่ทำให้ผู้สูงอายุนอนไม่หลับ - แนวทางการส่งเสริมการนอนหลับในผู้สูงอายุ	- วิเคราะห์สาเหตุการนอนไม่หลับและหาแนวทางแก้ไข นำประสบการณ์ของคนในกลุ่มมาปรับใช้กับตนเอง - ฝึกการหายใจเพื่อผ่อนคลายประกอบดนตรี
6. การส่งเสริมและสร้างคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ	- ความสำคัญของการมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ - นำเสนอตัวอย่างผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในชีวิต - แนวทางการส่งเสริมและสร้างคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ	- ให้สมาชิกเล่าถึงความสามารถที่ภาคภูมิใจ แลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อหาแนวทางส่งเสริมและสร้างคุณค่า ในตนเองให้กับผู้สูงอายุ โดยตัวผู้สูงอายุเอง บุคคลในครอบครัวและคนในชุมชน

ตารางที่ 2 (ต่อ) หัวข้อเนื้อหาการบรรยายและกิจกรรมกลุ่มในโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูง

หัวข้อ	บรรยาย	กิจกรรมกลุ่ม
7. การมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและสังคมของผู้สูงอายุ	- ความสำคัญของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับครอบครัวและสังคม - แนวทางการส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวและสังคม	- แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับแนวทางการส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว ปัญหาหรืออุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน
8. การป้องกันภาวะซึมเศร้า	- สาเหตุและปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะซึมเศร้า - อาการและการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ - แนวทางการป้องกันและดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ	- ฝึกทักษะการนวดคลายเครียดด้วยลูกเทนนิส
9. ความสำคัญของการทำงานอดิเรกในวัยสูงอายุ	- ความสำคัญและประโยชน์ของงานอดิเรกในวัยสูงอายุ - ประเภทของงานอดิเรกที่เหมาะกับวัยสูงอายุ	- ประสบการณ์ ความเพลิดเพลินในการทำงานอดิเรก - สาธิตการพับผ้าเช็ดหน้าเป็นดอกกุหลาบและใส่การบูร ให้สมาชิกฝึกพับและแจกเอกสารวิธีการพับผ้าเช็ดหน้า
10. การใช้ยาอย่างปลอดภัย	- การเปลี่ยนแปลงของยาในร่างกายของวัยสูงอายุ - หลักการเลือกใช้ยาในวัยสูงอายุ - ข้อควรระมัดระวังในการซื้อสมุนไพร ยาบำรุง และยาปรุงสำเร็จอื่น	- แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการซื้อยาใช้เอง การใช้ยาสมุนไพร ยาบำรุง การแพ้ยา พูดคุยหาแนวทางการป้องกันสิ่งไม่พึงประสงค์จากยา

การตรวจความเหมาะสมของโปรแกรมฯ กระทำโดยผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นแพทย์ด้านผู้สูงอายุ 1 คน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 2 คน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณารับรองให้ดำเนินการได้ จากคณะกรรมการจริยธรรมในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (เลขที่ MU-IRB/C 2010/54.3007)

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม 2553 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยเชิญชวนผู้สูงอายุของชมรมผู้สูงอายุฯ เข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นอธิบายโครงการวิจัยพร้อมเอกสารชี้แจงแก่กลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะขอให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมฯ

2. สัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพและการดำเนินชีวิต รวมทั้งคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนดำเนินโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยผู้ช่วยนักวิจัย

3. ดำเนินโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จัดกิจกรรม 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 2 ชั่วโมง นาน 2 เดือน ประกอบด้วย 1) บรรยายให้ความรู้ด้วยสื่อนำเสนอทางคอมพิวเตอร์ (PowerPoint) ยกตัวอย่างกรณีศึกษา 2) กิจกรรมกลุ่ม โดยให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางแก้ไข พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อนำมาปรับใช้กับสมาชิกแต่ละคน บางหัวข้อจะสาธิตและให้ฝึกปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับเรื่องนั้น 3) สรุปและกระตุ้นเตือนโดยผู้วิจัย

4. เก็บข้อมูลหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ โดยสัมภาษณ์ข้อมูลคุณภาพชีวิต การรับรู้ภาวะสุขภาพและความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยผู้ช่วยนักวิจัยชุดเดิม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ ภาวะสุขภาพ กิจกรรมในชีวิตประจำวัน และข้อมูลของผู้ดูแล วิเคราะห์โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน การรับรู้ภาวะสุขภาพ ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ chi-square test และ paired t-test

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 86.05) อายุเฉลี่ย 70.19 ปี ร้อยละ 30.23 มีภาวะน้ำหนักเกินสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 44.19 ใกล้เคียงกับหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่อีกร้อยละ 41.86 จบชั้นประถมศึกษาร้อยละ 37.21 และมัธยมศึกษาร้อยละ 30.23 ส่วนใหญ่ร้อยละ 67.44 อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย มีรายได้เฉลี่ย 13,974 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 60.47) มีรายได้ที่เพียงพอร้อยละ 46.51 อีกร้อยละ 37.21 มีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดออกกำลังกายแบบไท้เก็ก รำไม้พลองและอื่นๆ เช่น กายบริหาร แอโรบิก เดิน เฉลี่ย 3.37 วันต่อสัปดาห์ ครั้งละ 53.02 นาที ส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา/เครื่องดื่มบำรุงกำลังร้อยละ 97.67 และ 83.7 ตามลำดับ ทุกคนไม่สูบบุหรี่ (ตารางที่ 3)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 81.4 มีโรคประจำตัวเป็นนานเกิน 5 ปี (ร้อยละ 62.86) เกือบครึ่งป่วยเป็นโรคความดันโลหิตมากที่สุด (ร้อยละ 48.84) ความดันโลหิตเฉลี่ย 134.12 / 76.14 มิลลิเมตรปรอท รองลงมาได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูงพบเท่ากับโรคข้อเสื่อมซึ่งพบร้อยละ 25.58 โรคเบาหวานพบร้อยละ 16.28 โรคเหล่านี้ป่วยนานเฉลี่ย 6.27 - 8.14 ปี ทุกคนไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 93 มีญาติดูแลเวลาเจ็บป่วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.5) อายุเฉลี่ย 48.43 ปี เป็นบุตร/หลาน (ร้อยละ 62.5)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 65.1 สามารถทำกิจกรรมต่างๆในบ้านได้ เช่น ทำความสะอาดบ้าน จ่ายตลาด ทำอาหาร ซักรีดเสื้อผ้า และมากกว่าร้อยละ 58.1 มีกิจกรรมเสริมสร้างทักษะจิตใจและเพิ่มพูนสติปัญญา ได้แก่ ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ ทำบุญตักบาตร อ่านหนังสือพิมพ์ ท่องเที่ยว เป็นต้น

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ลักษณะส่วนบุคคล		จำนวน (n=43)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	6	13.95
	หญิง	37	86.05
ดัชนีมวลกาย (body mass index)	ปกติ	26	60.47
	น้ำหนักเกิน	13	30.23
	อ้วน	4	9.3
สถานภาพสมรส	โสด	6	13.95
	คู่	19	44.19
	หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	18	41.86
ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	6.98
	ประถมศึกษา	16	37.21
	มัธยมศึกษา	13	30.23
	ประกาศนียบัตร/ อนุปริญญา	5	11.63
	ปริญญาตรีและสูงกว่า	6	13.95
โรคประจำตัว (1 คน อาจมี > 1 โรค)	โรคความดันโลหิตสูง	21	48.84
	ภาวะไขมันในเลือดสูง	11	25.58
	โรคข้อเสื่อม	11	25.58
	โรคเบาหวาน	7	16.28

ตารางที่ 3 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ลักษณะส่วนบุคคล		จำนวน (n=43)	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า		43	100
อาศัยอยู่กับ	สามี-ภรรยา/ บุตร/บุตรเขย-สะใภ้/หลาน	29	67.44
	อยู่กับญาติ	9	20.93
	อยู่คนเดียว	5	11.63
รายได้เปรียบเทียบกับรายจ่าย	เพียงพอ	20	46.51
	เพียงพอ และมีเหลือเก็บ	16	37.21
	ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน	7	16.28
การออกกำลังกาย (ไท้เก็ก เดิน กายบริหาร แอโรบิค โยคะ เดินด้วยเครื่องออกกำลังกาย ขี่จักรยาน)		43	100
การสูบบุหรี่	ไม่สูบ	43	100

ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระหว่างก่อนและภายหลังได้รับโปรแกรมฯ คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมทั้งก่อนและภายหลังได้รับโปรแกรมฯ อยู่ในระดับกลาง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับดี โดยคะแนนหลังได้รับโปรแกรมฯ มากกว่าก่อนโปรแกรมฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนคุณภาพชีวิตด้านอื่นๆ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำแนกตามคะแนนรายด้านและโดยรวม (n=43)

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	คะแนนและการแปลผล				t	p-value
	ก่อนโปรแกรม		ก่อนโปรแกรม			
	$\bar{X}$ (SD)	ระดับ	$\bar{X}$ (SD)	ระดับ		
คุณภาพชีวิตโดยรวม	95.67 (11.42)	กลาง	95.61 (12.22)	กลาง	0.049	0.481
ด้านร่างกาย	29.51 (3.28)	ดี	30.37 (3.87)	ดี	-1.991	0.027*
ด้านจิตใจ	24.06 (3.35)	ดี	24.26 (3.67)	ดี	-0.45	0.328
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	11.6 (1.93)	กลาง	11.33 (1.89)	กลาง	1.08	0.143
ด้านสิ่งแวดล้อม	30.49 (4.39)	ดี	29.65 (4.43)	กลาง	1.453	0.077

* $p < .05$

ผลการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ ก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20.9 รับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพดี หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างที่คิดว่าตนเองมีสุขภาพดี เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 39.5 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพกับบุคคลอื่นในวัยเดียวกัน ก่อนเริ่มโปรแกรมฯ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 58.1) คิดว่าตนเองแข็งแรงกว่าคนอื่น ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ มีกลุ่มตัวอย่างที่คิดเช่นนี้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 69.8 แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (n=43)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	ก่อนโปรแกรม จำนวน (ร้อยละ)	หลังโปรแกรม จำนวน (ร้อยละ)	X^2
การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง			-2.309 *
สุขภาพดี	9 (20.9)	17 (39.5)	
สุขภาพดีปานกลาง มีป่วยบ้างเป็นบางครั้ง	34 (79.1)	26 (60.5)	
การรับรู้เมื่อเปรียบเทียบกับคนในวัยเดียวกัน			-1.508
แข็งแรงกว่าคนอื่น	25 (58.1)	30 (69.8)	
เหมือนคนอื่น	18 (41.9)	13 (30.2)	

* $p < .05$

การอภิปรายผล

ก่อนเริ่มโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมระดับกลาง คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจและสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี เมื่อวิเคราะห์ตามตัวบ่งชี้ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจากงานวิจัยต่างๆ[4-8,16-17] พบว่ามีหลายปัจจัยที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตในกลุ่มตัวอย่างนี้ ได้แก่ 1) มีการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว รวมทั้งสัมพันธภาพกับผู้ดูแลที่ดี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.44) อยู่กับสามี ภรรยา บุตร หลาน ร้อยละ 60.47 ได้รับการเกื้อหนุนด้านการเงินจากครอบครัว เกือบทั้งหมด (ร้อยละ 93) มีญาติผู้ดูแลเป็นบุตร/หลาน ทุกคนมาร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับผลการวิจัยที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ[18-19] 2) ภาวะสุขภาพและกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.47 มีดัชนีมวลกายปกติ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.4) มีโรคประจำตัวนานเกิน 5 ปี เช่น โรคความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตเฉลี่ย 134.12/76.14 มิลลิเมตรปรอท ไขมันในเลือดสูง ข้อเสื่อม ส่วนใหญ่สามารถควบคุมโรคได้ กลุ่มตัวอย่างมีการออกกำลังกายที่ชมรมฯและที่บ้าน โดยรำไท้เก็ก รำไม้พลอง กายบริหาร แอโรบิก เดิน เฉลี่ย 3.37 วันต่อสัปดาห์ ครั้งละ 53.02 นาที ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่เพียงพอ ทั้งนี้ภาวะสุขภาพและการออกกำลังกายเป็นตัวทำนายของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ[9] รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา ไม่ดื่มเครื่องดื่มบำรุงกำลัง และไม่สูบบุหรี่ 3) ไม่มีภาวะซึมเศร้า 4) มีการคงไว้ซึ่งความสามารถทางสมองและการทำงานต่างๆ เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 65.1 สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ในบ้านได้ดี และมากกว่าร้อยละ 58.1 มีกิจกรรมที่เสริมสร้างทักษะจิตใจและเพิ่มพูนสติปัญญา ได้แก่ ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ ทำบุญตักบาตร อ่านหนังสือพิมพ์ ท่องเที่ยว เป็นต้น ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นตัวทำนายอีกตัวหนึ่งของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ[9] 5) การวางแผนที่ดีในการใช้จ่าย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเพียงพอในการใช้จ่าย ร้อยละ 46.51 มีรายได้ที่เพียงพอ อีกร้อยละ 37.21 มีเหลือเก็บ

ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่าตนเองมีภาวะสุขภาพดีมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากโปรแกรมฯพัฒนาจากผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อให้มีความผาสุกทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับอาหาร การออกกำลังกาย ความปลอดภัยภายในบ้านและนอกบ้าน ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย (หลงลืม ปัญหาการกลั้นปัสสาวะ และการนอนหลับ ภาวะซึมเศร้า) การส่งเสริมและสร้างคุณค่าในตนเอง ปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและสังคม การทำงานอดิเรก และการใช้ยาอย่างปลอดภัย ดำเนินการโดยให้ความรู้ ใช้กระบวนการกลุ่มให้วิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางแก้ไข แลกเปลี่ยนประสบการณ์ กระตุ้นเตือน และสอดแทรกกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับหัวข้อเรื่อง รวมทั้งได้ประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง (self-efficacy) ซึ่งกล่าวถึงการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุตาม

เป้าหมาย ถ้าบุคคลมีความเชื่อในความสามารถตนเองว่าสูง เมื่อทำแล้วจะได้รับผลตามที่คาดหวังไว้ บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตนตาม ซึ่งมีการพัฒนาจากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น การชักจูงด้วยคำพูด และการสนับสนุนด้านอารมณ์[15] กลุ่มตัวอย่างในชมรมผู้สูงอายุขาดการดูแลโดยนักวิชาการด้านผู้สูงอายุ ขาดความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมส่วนใหญ่มีเฉพาะการออกกำลังกายและการร่วมกิจกรรมสังคม โปรแกรมฯจึงมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น มีการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองดีขึ้นดังกล่าวข้างต้น ผู้สูงอายุจึงให้ข้อมูลว่าคุณภาพชีวิตด้านร่างกายเพิ่มขึ้น เพราะคุณภาพชีวิตด้านร่างกายสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพ[9] สำหรับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อมไม่มีการเปลี่ยนแปลง อาจเกิดจากคุณภาพชีวิตด้านจิตใจจะประเมินความรู้สึกด้านบวก/ลบ ความคิด การเรียนรู้ ความจำและสมาธิ คุณค่าในตนเอง ภาพลักษณ์แห่งตน ความเชื่อ/ศรัทธาในศาสนา คุณภาพชีวิตด้านสังคมจะประเมินสัมพันธภาพ การเกื้อหนุนจากสังคม ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมจะประเมินเรื่องความปลอดภัยและการป้องกัน สภาพของบ้าน บริการสุขภาพและสาธารณะ โอกาสรับรู้ข้อมูลและฝึกฝนทักษะใหม่ๆ โอกาสผ่อนคลาย/ทำงานอดิเรก สภาพสิ่งแวดล้อม (มลพิษ เสียง จราจร) ความสะดวกในการเดินทาง[10] ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายอย่างที่โปรแกรมฯ อาจไม่สามารถครอบคลุมได้ครบถ้วนและควบคุมบางปัจจัยไม่ได้ ร่วมกับความเร่งรีบในการดำเนินโปรแกรมฯ เพียง 2 เดือน ด้วยระยะเวลาจำกัดของทุนวิจัย อาจส่งผลต่อการวิจัย เนื่องจากเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศบราซิล นาน 1 ปี โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตชุดเดียวกับการวิจัยนี้ พบว่าคุณภาพชีวิตด้านร่างกายลดลง เนื่องจากการรับรู้ต่อความเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้น แต่คุณภาพชีวิตด้านจิตใจและสังคมเพิ่มขึ้น ส่วนด้านสิ่งแวดล้อมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น[10] มีการจัดโปรแกรมแบบเดียวกันนี้ในผู้สูงอายุของชุมชนประเทศสวีเดนนาน 15 เดือน หลังจากนั้น 3 เดือนจึงประเมินคุณภาพชีวิต พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม[11] อย่างไรก็ตามหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.33) มีความพึงพอใจมาก และร้อยละ 96.67 ได้รับประโยชน์และความรู้จากโปรแกรมฯ ในระดับดีถึงดีมาก สามารถนำไปปฏิบัติให้เกิดผลดีและมีความสุขมากกว่าที่เป็นอยู่ และอยากให้ดำเนินโปรแกรมฯ ต่อเนื่องต่อไป ดังนั้นโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพนี้จึงอาจสามารถพัฒนาต่อไปได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุตรอกข้าวเม่าต่อไปโดยดำเนินโปรแกรมฯ ที่ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพฟื้นฟูสภาพ และป้องกันโรค จัดกิจกรรมให้ความรู้ คัดกรอง/ปรึกษาปัญหาสุขภาพ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้

2. นำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุนี้ ไปปรับใช้ในการวิจัยเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอื่นๆ ผู้สูงอายุในสถานพยาบาล

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development. Thai elderly population report 2006. Bangkok: TQP Co.; 2007. (in Thai).
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development. Thai elderly population report 2008. Bangkok: TQP Co.; 2009. (in Thai).
3. Mauk KL. Gerontological Nursing. Boston: Jones and Bartlett Publishers; 2006.
4. Uthai S, Phitaya C, Prayoon F, et al. The Report of the Study on Situation of Activities of Daily Living, Need and Quality of Life of the Elderly. National Research Council of Thailand; 2009. (in Thai).
5. Ounnapiruk L, Ronnarithivichai C, Ucharattana P, et al. Quality of life among elderly : The Meta-analysis. Journal of Gerontology and Geriatric Medicine. 2005;6(1):2-12. (in Thai).
6. Corrente JE, Machado AB. Quality of life assessment of an elderly population of a resort in the state of São Paulo: application

of the Flanagan`s scale. Rev. APS, Juiz de Fora. 2010;13(2):156-63.

7. Rocio F. Social support and quality of life among older people in Spain. J Soc Issues. 2002;58(4):645-59.
8. Borowiak E, Kostka T. Predictors of quality of life in older people living at home and in institutions. Aging-Clin Exp Res. 2004;16(3): 212-20.
9. Tae WL, Sun K, Kyung JL. Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea : A cross-sectional survey. Int J Nurs Stud. 2006;43(3):293-300.
10. Tamai SAB, Paschoal SMP, Litvoc J, Machado AN, Curiati PK, Prada LF, et al. Impact of a program to promote health and quality of life of elderly. Einstein. 2011;9 (1 Pt 1):8-13.
11. Rana AKM. Masud, Wahlin AKE, Lundborg CS, Kabir ZN. Impact of health education on health-related quality of life among elderly persons: results from a community-based intervention study in rural Bangladesh. Health Promot Int. 2009;24(1):36-45.
12. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman; 1997.
13. Lohachiwa S. Relationship among hope, social support and quality of life of the elderly with stroke [master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2005. 89 p.
14. Drewnowski A, Monsen E, Birkett D, Gunther S, Vendeland S, Su J, et al. Health screening and health promotion programs for the elderly. Dis Manag Health Out. 2003;11(5):299-309.
15. Imamura E. Amy's Chat room: health promotion programmes for community dwelling elderly adults. Int J Nurs Pract. 2002;8:61–4.
16. Gabriel Z, Bowling A. Quality of life from the perspectives of older people. Ageing Soc. 2004;24:675–91.
17. Netuveli G, Blane D. Quality of life in older ages. Brit Med Bull. 2008;85:113–26.
18. AG. de Belvis M, Avolio A, Spagnolo G, Damiani L, Sicuro A, Cicchetti W, et al. Factors associated with health-related quality of life : the role of social relationships among the elderly in an Italian region. Public Health. 2008;122:784-93.
19. Paluangrit S, Griensven FV, Wongboonsin K. Improvement of the Quality of Life of the Elderly through Individual Empowerment, Family Care and Community Support: The Case of Phra Nakhon Si Ayutthaya Province, Thailand. J Popul Soc Stud. 2006;14(2):133-52.