

บทความวิจัย

ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุ อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

The Effectiveness of the Application of the Health Education and Behavioral Development Program for the Elderly in Donmoddaeng District, Ubonratchatani Province.

ประพัฒสร ไสวเวียง^{1*} Prapatsorn sawaiwaing^{1*}

บทคัดย่อ

ปัจจุบันประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ มีกลุ่มประชากรผู้สูงอายุถึงร้อยละ 18.3 และคาดว่าในปี 2583 ประเทศไทยจะมีผู้สูงวัยจำนวน 20 ล้านคน หรือ 1 ใน 3 ของคนไทยจะเป็นผู้สูงอายุ ในขณะเดียวกันจากการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านสังคมและวัฒนธรรมล้วนส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งสิ้น ซึ่งหากผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสมก็จะสามารถช่วยชะลอความเสื่อมของร่างกายให้ช้าลงได้

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อศึกษาประสิทธิผลการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี โดยประยุกต์ใช้กลวิธีทางสุศึกษา กระบวนการกลุ่ม แรงสนับสนุนทางสังคมและการสร้างพลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในเขตอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี การสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการแบ่งชั้นภูมิและการสุ่มอย่างง่าย โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 4 ครั้ง ซึ่งประกอบด้วย การเรียนรู้ด้วยตนเอง การบรรยาย การสนทนากลุ่ม การอภิปราย การสาธิต และการฝึกปฏิบัติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลอง ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือนพฤษภาคม – กันยายน 2565 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired Sample t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางด้านร่างกาย โภชนาการความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พัฒนาการทางจิตวิญญาณและการจัดการความเครียดดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

โดยสรุปการประยุกต์ใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยกลวิธีทางสุศึกษา กระบวนการกลุ่ม และแรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น ดังนั้นจึงควรพิจารณานำรูปแบบการจัดโปรแกรมสุศึกษาใช้กับกลุ่มอื่นๆ ต่อไป

คำสำคัญ : โปรแกรมพัฒนาความรู้ ผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลดอนมดแดง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

* ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: Statusmorthai@gmail.com

Abstract

At present, Thailand is entering a fully-fledged aging society, with the elderly population constituting 18.3%. It is anticipated that by the year 2583 (Buddhist calendar), Thailand will have 20 million elderly individuals, accounting for one-third of the Thai population. Concurrently, changes in both social and cultural aspects have inevitably impacted the lifestyles and health behaviors of the elderly

The main objective of this QuasiExperimental Research was to investigate the effectiveness of the application of knowledge and health behaviour for the elderly in Donmoddaeng District, Ubonratchatani Province. Health education strategies, group process, social supports, and empowerment were applied to enhance self-care ability, physical activities, nutrition, interpersonal relationships, and stress management among the elderly. Seventysix elderly were recruited as the study samples. They were assigned to the experimental group and the comparison group, 38 elderly each. During the study period, the experimental group received 4 consecutive health education sessions through group discussion, demonstration, and self-learning by doing. Data collection took place from May to September 2008 using the structured questionnaires for both before and after intervention period. Percentage, mean, standard deviation, paired sample t-test, and independent t-test were used for data analyses.

The study results demonstrated that the knowledge of the elderly in the experimental group had significantly statistical increased after the experiment. However, after the experiment, health promoting behavior, including self-care ability, physical activities, nutrition, interpersonal relationships, mental and stress management in the experimental group were significantly higher than did the comparison group at the .05 level of significance.

In conclusion, the application of health education strategy, group process and social support was effective in enhancing health behaviors among the elderly. Therefore, this program should be widely applied for other groups within the community.

Keywords: health education strategy, the elderly, health promoting

¹ Registered Nurse, Professional Level of Donmoddaeng hospital

* Corresponding Author Email: Statusmorthai@gmail.com

1.ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในปี พ.ศ.2548 มีจำนวนผู้สูงอายุ 6.7 ล้านคน และคาดว่าจะมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าคือ 14 ล้านคนในปี พ.ศ. 2568 จากเดิมร้อยละ 10.3 เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดตามลำดับ⁽¹⁾ จะเห็นได้ว่าประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ซึ่งผลที่ตามมาจากสถานการณ์สังคมสูงวัย คือผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงและความต้องการการช่วยเหลือเป็นจำนวนมากขึ้นจากการคาดการณ์สภาวะสุขภาพของประชากรผู้สูงอายุทั้งประเทศใน ปีพ.ศ.2558 พบว่ามีภาวะทุพพลภาพระยะยาวถึงร้อยละ 18.8 ต้องการพึ่งพาผู้ดูแลในการดูแลกิจวัตรประจำวันด้านสุขลักษณะส่วนตัว ร้อยละ 6.90 อีกทั้งต้องมีคนดูแลในการเดินหรือเคลื่อนที่ออกนอกบริเวณบ้านและที่พักอาศัย ร้อยละ 4.70 และต้องนอนอยู่บนเตียงไม่สามารถลุกหรือเคลื่อนย้ายได้เอง ร้อยละ 0.90⁽²⁾ ข้อมูลการสำรวจประชากรผู้สูงอายุไทย ตามภูมิภาคต่างๆยังพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีประชากรผู้สูงอายุมากเป็นลำดับที่สองของประเทศซึ่งรองจากกรุงเทพมหานครและจังหวัดขอนแก่นเป็นจังหวัดขนาดใหญ่ในภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือและเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) ด้วยสัดส่วนผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ18.89⁽³⁾

การส่งเสริมสุขภาพและให้การดูแลผู้สูงอายุทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณเป็นการชะลอกระบวนการเสื่อมถอยของร่างกาย ตลอดจนการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อดำรงไว้ซึ่งความเป็นปกติสุขเป็นวิธีการเชิงรุกอันหนึ่งเพื่อรองรับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ จากการศึกษาในระดับประเทศ พบว่า มีผู้สูงอายุ 1 ใน 4 คน⁽⁴⁾ มีปัญหาสุขภาพ ที่เป็นสาเหตุให้ไม่สามารถทำกิจกรรมตามที่เคยทำได้ มีการพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันในอัตราค่อนข้างสูง มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ ผู้สูงอายุในประเทศไทยร้อยละ 16 รับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อ รับประทานอาหาร ผัก และผลไม้ น้อยกว่าที่ควรจะเป็น⁽⁵⁾ โดยผู้สูงอายุที่รับประทานอาหารทุกวันเพียงร้อยละ 76 เท่านั้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุไทยจำนวนไม่น้อยที่ยังสูบบุหรี่ ร้อยละ 25 และดื่มสุรา ร้อยละ 23 ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ⁽⁶⁾ ดังนั้นเพื่อให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง และจากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุทั้งหมด 12 คน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีการออกกำลังกาย เนื่องจาก มีปัญหาสุขภาพ เช่นปวดหลัง ส่วนการรวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมของผู้สูงอายุในระดับหมู่บ้านยังไม่มี มีเฉพาะในระดับตำบล โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนในการทำกิจกรรมจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนปัญหาสุขภาพพบว่าส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง สำหรับพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะรับประทานอาหารรสเค็ม สำหรับด้านความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์ค่อนข้างน้อยเนื่องจากต้องอยู่บ้านตามลำพัง บุตรหลานออกไปทำงานนอกบ้าน สำหรับความสัมพันธ์ในชุมชนนั้น จะมีการพูดคุยกับเพื่อนบ้านเป็นบางครั้ง และการสนับสนุนทางสังคม จะได้รับการสนับสนุนเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุจากองค์การบริหารส่วนตำบล

จากปัญหาที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิภาพการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี โดยประยุกต์กระบวนการทางสุขศึกษา แร่งสนับสนุนทางสังคมและกระบวนการกลุ่ม เป็นหลักในการทำวิจัยครั้งนี้ เพื่อพัฒนาความรู้และพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ให้ผู้สูงอายุสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ป้องกันและชะลอการเจ็บป่วย และความเสื่อมของร่างกาย

- O1, O3 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง
 O2 , O4 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังการทดลอง
 X หมายถึง โปรแกรมสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

ภาพประกอบ 3 รูปแบบการวิจัย

แผนการทดลอง

	O1				O2			
กลุ่มทดลอง	x1	x2	x3	x4	s1	s2	s3	s4
สัปดาห์ที่	1	2	3	4	5	6	7	8

	P							
กลุ่มเปรียบเทียบ								
สัปดาห์ที่ 1-8	1	2	3	4	5	6	7	8

ภาพประกอบ 4 แผนการวิจัย

O1 , O3 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ความรู้ และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

O2 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากการทดลองเสร็จสิ้นโดยใช้แบบสัมภาษณ์ชุดเดิม

O4 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง ภายหลังจากใส่โปรแกรมพัฒนาความรู้

x1 หมายถึง การจัดโปรแกรมสุขศึกษาครั้งที่ 1 คือ การจัดกิจกรรมเพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยใช้คำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องควรปฏิบัติอย่างไร และจะมีผลดีต่อร่างกายอย่างไร ใช้เวลา 1 วัน แบ่งเป็น 5 ฐาน

x2 หมายถึง การจัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

x3 หมายถึง การจัดกิจกรรมสุขศึกษาครั้งที่ 2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มทดลองโดยการบรรยายและอภิปรายกลุ่ม เพื่อทบทวนความรู้ หลังจากให้โปรแกรมพัฒนาความรู้ในครั้งที่ 1 ไปแล้ว และรับทราบปัญหาหารือร่วมกัน 1 ครั้ง ใช้เวลาครึ่งวัน (1-3 ชั่วโมง)

x4 หมายถึง การจัดกิจกรรมสุขศึกษาครั้งที่ 3 โดยการประชุมกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างเพื่อทบทวนการเรียนรู้และซักถามปัญหาอุปสรรค และแนวทางในการแก้ปัญหาหารือร่วมกัน 1 ครั้งใช้เวลาครึ่งวัน (1-3 ชั่วโมง)

s1 – s3 หมายถึง การติดตามเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุข อสม. รับผิดชอบการสนับสนุนติดตามจะเริ่มในสัปดาห์ที่ 5 ถึงสัปดาห์ที่ 7 จึงได้มีการประชุมชี้แจง อสม. ก่อนเพื่อแนะนำบทบาทของอสม. และวิธีการให้การสนับสนุน

S4 หมายถึง การติดตามเยี่ยมบ้านโดยผู้วิจัย ก่อนสรุปและเก็บข้อมูล หลังทดลอง

P=ได้รับการพยาบาลและข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพในระบบบริการปกติ

5.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอดอนมดแดงจังหวัดอุบลราชธานีจำนวน 4 ตำบล มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 4,188 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไป

2.2 มีความรู้อ่านออกเขียนได้ ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน การพูด การมองเห็นและสามารถร่วมกิจกรรมได้

2.3 สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

2.4 สามารถเข้าร่วมโครงการได้ทุกครั้ง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้จากกลุ่มผู้สูงอายุโดยมีขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

1. พิจารณาตำบลที่มีการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุต่อเนื่อง ซึ่งมีทั้งหมด 4 ตำบล โดยดูข้อมูลจากการรายงานเมืองไทยสุขภาพดี อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

2. คัดเลือก 2 ตำบล โดยการสุ่มอย่างง่ายได้กลุ่มทดลองเป็นตำบลเหล่าแดง และกลุ่มเปรียบเทียบเป็นตำบลดอนมดแดง

3. การคัดเลือกหมู่บ้านตัวอย่าง กลุ่มทดลอง โดยการคัดเลือกจากหมู่บ้านใน 1 ตำบล คือ ตำบลเหล่าแดง ซึ่งมีจำนวน จำนวน 7 หมู่บ้าน คัดเลือกโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย โดยเขียนรายชื่อหมู่บ้านลงในกระดาษ 1 ชื่อ ต่อ 1 แผ่น แล้วจับฉลากครั้งแรกเป็นหมู่บ้านทดลอง ซึ่งได้กลุ่มทดลอง คือ ผู้สูงอายุหมู่ 3 และเลือกหมู่บ้านตัวอย่าง กลุ่มเปรียบเทียบ ได้กลุ่มเปรียบเทียบคือ ผู้สูงอายุหมู่ที่ 7

4. เลือกผู้สูงอายุที่สนใจและมีคุณลักษณะของประชากรที่ได้กล่าวมาข้างต้นเข้าร่วมโครงการโดยการจับฉลากเลือก 1 คน ต่อ 1 หลังคาเรือน ตามสภาพทางภูมิศาสตร์ของหมู่บ้าน โดยได้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง จำนวน 38 คนจากจำนวนผู้สูงอายุที่มีทั้งหมดในหมู่บ้านที่เป็นหมู่บ้านทดลอง และผู้สูงอายุในหมู่บ้านที่เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 38 คน

5.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

1.1 โปรแกรมการพัฒนาความรู้และส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

1.2 แผนการประชุมกลุ่มของกลุ่มทดลอง เพื่ออภิปรายปัญหา อุปสรรควางแผนแก้ไขในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ ครึ่งวัน (1-3 ชั่วโมง)

1.3 กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน โดยการไปเยี่ยมเยียน แนะนำกระตุ้น และการติชมการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 5 ถึง 7 โดยกลุ่มทดลองทุกคนจะได้รับการเยี่ยม 1 ครั้ง ตามคัมละแวกบ้านที่อาสาสมัครสาธารณสุขรับผิดชอบ

1.4 ผลิตภัณฑ์ให้ความรู้

- เรื่อง ข้อเสนอแนะการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
- การออกกำลังกาย อาหารสำหรับผู้สูงอายุ
- แนะนำการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสัมภาษณ์ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ส่วนได้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล เป็นแบบสัมภาษณ์ เกี่ยวกับผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส สภาพปัญหาและ การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของสุขภาพ การควบคุมสุขภาพ ความสามารถหรือสมรรถนะตนเอง คำจำกัดความของสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ แบบสัมภาษณ์เป็นแบบปรนัยชนิด 2 ตัวเลือก (ใช่, ไม่ใช่)

เกณฑ์การให้คะแนน

ตอบถูก ให้ 1 คะแนน

ตอบผิด ให้ 0 คะแนน

โดยกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนน 3 ระดับ⁽⁷⁾ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
คะแนนเฉลี่ย มากกว่า 11.86 คะแนน (มากกว่าร้อยละ 80)	ความรู้ระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย 9.00-11.85 คะแนน (ร้อยละ 60-79)	ความรู้ระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย น้อยกว่า 9.00 คะแนน (เท่ากับหรือน้อยกว่าร้อยละ 60)	ความรู้ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมด้านร่างกาย โภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ การจัดการกับความเครียด ลักษณะของแบบสัมภาษณ์ เป็นแบบประเมินค่า มีมาตรวัด 3 หน่วย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่แสดงการปฏิบัติที่ถูกต้อง

ปฏิบัติเป็นประจำ	=	2	คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	=	1	คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	=	0	คะแนน

ข้อความที่แสดงการปฏิบัติไม่ถูกต้อง

ปฏิบัติเป็นประจำ	=	0	คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	=	1	คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	=	2	คะแนน

ค่าคะแนนในหมวดความรู้ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พิจารณาตามเกณฑ์การแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์ ซึ่งแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ⁽⁷⁾

คะแนนเฉลี่ย

เท่ากับหรือน้อยกว่าร้อยละ 60	ของคะแนนเต็ม	มีระดับคะแนนต่ำ
ร้อยละ 60	ของคะแนนเต็ม	มีระดับคะแนนปานกลาง
มากกว่าร้อยละ 80	ของคะแนนเต็ม	มีระดับคะแนนสูง

5.4 การสร้างเครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 โปรแกรมการสอนเพื่อพัฒนาความรู้ผู้วิจัยได้นำข้อมูลเบื้องต้นจากการประเมินผลการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2565 รวมทั้งศึกษาทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการวิจัยได้แก่ กระบวนการกลุ่ม การสร้างพลัง และแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อนำมากำหนดเนื้อหาในการส่งเสริมพฤติกรรมผู้สูงอายุพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบไปด้วยกิจกรรมกระบวนการกลุ่ม การเยี่ยมบ้าน เพื่อให้เกิดการส่งเสริมพฤติกรรมที่ต้องการ

2. การสร้างแบบสัมภาษณ์

2.1 ศึกษาทฤษฎี เอกสาร คู่มือวิชาการและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาสร้างเครื่องมือให้ครอบคลุมตามประเด็นที่ต้องการวัดในแต่ละตัวแปร

2.2 กำหนดขอบเขต โครงสร้างของเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์ที่จะใช้ในการวิจัยเพื่อให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ สมมติฐานการวิจัยและสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎี

2.3 สร้างข้อคำถามตามแบบสัมภาษณ์ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน

2.4 ตรวจสอบคุณภาพ ของแบบสัมภาษณ์ เกี่ยวกับความถูกต้อง ความชัดเจนของภาษา การใช้ภาษา ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง

2.5 ทดสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยนำแบบสัมภาษณ์ ไปทดสอบกับผู้สูงอายุตำบลคำไฮใหญ่ อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี (คนละกลุ่มกับตัวอย่าง) จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ เพื่อปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ ให้มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ดังนี้

2.5.1 การหาคุณภาพของแบบวัดการรับรู้ นำแบบวัดการรับรู้มาตรวจให้คะแนนโดยให้ 1 คะแนน สำหรับข้อที่ตอบถูก และให้ 0 คะแนน สำหรับข้อที่ตอบผิด รวมคะแนนของแต่ละคน จากนั้นนำมาวิเคราะห์รายข้อ (Item Analysis) เพื่อวัดระดับความยากง่าย (Difficulty Level) เลือกใช้ข้อความที่มีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.2 – 0.8 และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .7227

2.5.2 การหาคุณภาพของแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นำมาตรวจให้คะแนนตามหลักเกณฑ์ แล้วรวมคะแนนของแต่ละคน จากนั้นนำมาวิเคราะห์รายข้อ (Item Analysis) เพื่อหาค่าอำนาจจำแนก หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .8907

5.5 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะก่อนทดลอง พัฒนาเครื่องมือวิจัย

ประสานงานเพื่อเก็บข้อมูลการวิจัย โดยชี้แจงวิธีดำเนินการวิจัย ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอนมดแดง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนมดแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย ชี้แจงขั้นตอนการวิจัยต่อผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ ประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อความร่วมมือในการวิจัย ขอความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลให้คัดเลือกและเชิญชวนกลุ่มตัวอย่าง เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนทดลองด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และวัดความรู้

2. ระยะทดลอง กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมปรับ

เปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย

1) ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

1. ทดสอบความรู้ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพศึกษา
2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยกล่าวแนะนำตัวและให้สมาชิกกลุ่มแนะนำตัวเอง
3. สร้างความคุ้นเคยเป็นกันเอง โดยการเล่นเกมสรวลกัน
4. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงาน แนวทางการปฏิบัติตนในฐานะสมาชิกกลุ่ม บทบาทหน้าที่ของผู้วิจัย และผู้ช่วยผู้วิจัย

2) ขั้นตอนที่ 2 ระยะดำเนินการ ใช้เวลาประมาณ 90 นาที

1) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 4 กลุ่ม

2) แยกเข้าฐานโดย กลุ่มที่ 1 เข้าฐานที่ 1 กลุ่มที่ 2 เข้าฐานที่ 2 ตามลำดับ

× 1.1 ฐานที่ 1 มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โดยใช้ให้เห็นพิษภัยจากการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ผลดีของการตรวจสุขภาพประจำปีและเนื้อหาเกี่ยวกับกิจกรรมด้านร่างกายเช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อนและการนอนหลับ โดยมีการสาธิตการออกกำลังกายที่ถูกต้อง เหมาะสม ประโยชน์ของการออกกำลังกายการพักผ่อน นอนหลับที่เหมาะสม การขับถ่าย แล้วตอบคำถามว่าหากไม่ปฏิบัติตามจะเสี่ยงต่อการเป็นโรคอะไร สาธิตการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

× 1.2 ฐานที่ 2 มีเนื้อหาเกี่ยวกับด้านโภชนาการ โดยมีโมเดลประกอบพร้อมกับสาธิตอาหารของผู้สูงอายุและเนื้อหาเกี่ยวกับคุณค่าของอาหารสำหรับผู้สูงอายุ

× 1.3 ฐานที่ 3 มีเนื้อหาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การให้คำปรึกษาและการปรึกษากับบุคคลในครอบครัว

× 1.4 ฐานที่ 4 มีเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการความเครียด และการทำสมาธิพิงธรรม

× 1.5 ฐานที่ 5 นำความรู้แต่ละฐานมาสรุปลงในฟิวเจอร์บอร์ด

กลุ่มเปรียบเทียบ สัปดาห์ที่ 1-6 ได้รับการพยาบาลและข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพในระบบบริการปกติ และนัดหมายเพื่อตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพวัดความรู้และสรุปกิจกรรม ในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 7

3. ระยะหลังทดลอง กลุ่มทดลอง ตอบแบบสอบถาม

เล่นเกมสรวลเพื่อผ่อนคลายความเครียด สมาชิกกลุ่มร่วมกันสรุปเนื้อหา จากประเด็นที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและวัดความรู้ สรุปผลการควบคุมร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สอบถามข้อสงสัยให้ตัวแทนกลุ่ม สรุปความรู้ที่ได้รับ พร้อมให้ข้อเสนอแนะกล่าวขอบคุณ และมอบเครื่องนั้บก้าวใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง กลุ่มเปรียบเทียบ ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพและวัดความรู้เรื่องและสร้างการรับรู้ และพัฒนาทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยการสาธิตและการฝึกปฏิบัติ กล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย ใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง

4. ปิดการทำกลุ่ม

กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย

1. กิจกรรมสร้างความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โดยใช้ให้เห็นพิษภัยจากการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ผลดีของการตรวจสุขภาพประจำปี

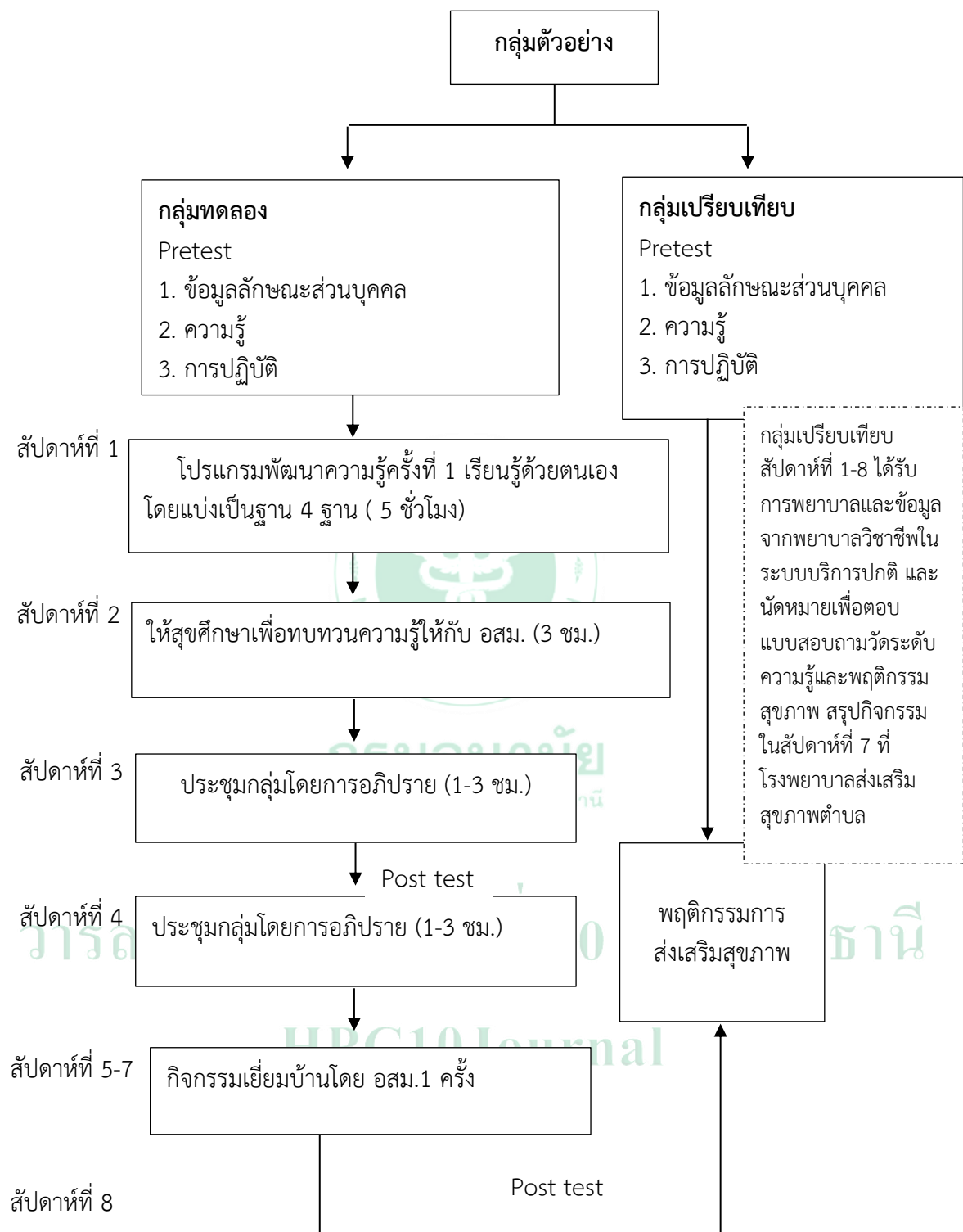
2. กิจกรรมด้านร่างกายเช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อนและการนอนหลับ โดยมีการสาธิตการออกกำลังกายที่ถูกต้อง เหมาะสม ประโยชน์ของการออกกำลังกายการพักผ่อน นอนหลับที่เหมาะสม การขยับถ่าย แล้วตอบคำถามว่าหากไม่ปฏิบัติตามจะเสี่ยงต่อการเป็นโรคอะไร สาธิตการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ
3. กิจกรรมด้านโภชนาการ โดยมีโมเดลประกอบพร้อมทั้งสาธิตอาหารของผู้สูงอายุและเนื้อหาเกี่ยวกับคุณค่าของอาหารสำหรับผู้สูงอายุ
4. กิจกรรมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การให้คำปรึกษาและการปรึกษากับบุคคลในครอบครัว
5. กิจกรรมอภิปรายกลุ่ม เพื่อทบทวนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง
6. ดำเนินกิจกรรม การออกติดตามและเยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้นเตือน ให้คำแนะนำกลุ่มทดลองโดยอาสาสมัครสาธารณสุขที่รับผิดชอบในละแวกบ้าน จำนวน 1 ครั้ง ในระยะเวลา 3 สัปดาห์ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ (Post-test) ภายหลัง ได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ



กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

HPC10Journal



ภาพประกอบ 6 ขั้นตอนการวิจัย

5.6 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบสมมติฐานทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์มีดังนี้

1. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ
2. เปรียบเทียบระดับความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test
3. เปรียบเทียบระดับความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังทดลอง โดยใช้สถิติ Paired Sample t-test

6.การพิจารณาจริยธรรม

วิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี รหัสโครงการ คือ SSJ.UB 2566-052 ซึ่งรับรองตั้งแต่วันที่ 10 พฤษภาคม 2566 ถึงวันที่ 9 พฤษภาคม 2567

7.ผลการวิจัย

จากการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 76 คน ที่เป็นตัวอย่างในการวิจัย สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 52.6) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส แบบอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 57.9) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา เป็นระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 73.7) อาชีพหลัก ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรและรับจ้าง แห่เลี้ยงรายได้ ได้จากบุตรหลาน (ร้อยละ 65.8) ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่พอเพียง (ร้อยละ 50.0) ภาระหนี้สิน พบว่าไม่มีหนี้สิน (ร้อยละ 63.2) สถานที่พักอาศัย พบว่ามีบ้านเป็นของตนเอง (ร้อยละ 94.7) และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ พบว่าเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ (ร้อยละ 71.1)

กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 50.1) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส แบบอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 63.2) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา เป็นระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 68.4) อาชีพหลัก ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรและรับจ้าง แห่เลี้ยงรายได้ ได้จากบุตรหลาน (ร้อยละ 50.0) ส่วนใหญ่มีรายได้พอเพียง (ร้อยละ 57.9) ภาระหนี้สิน พบว่าไม่มีหนี้สิน (ร้อยละ 57.0) สถานที่พักอาศัย พบว่ามีบ้านเป็นของตนเอง (ร้อยละ 84.2) และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ พบว่าเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ (ร้อยละ 89.5)

ส่วนที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย

1. ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความรู้รายด้านและโดยรวมของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังทดลอง

ความรู้รายด้าน	N	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t	p-value
		$\bar{X}$	S.D	ระดับ	$\bar{X}$	S.D	ระดับ		
กลุ่มทดลอง	38			ปานกลาง			สูง		
- ระดับความรู้		10.44	2.56		11.89	1.51		.538	.592
กลุ่มเปรียบเทียบ	38								
- ระดับความรู้		11.58	2.55	ปานกลาง	11.55	2.54	ปานกลาง	-2.3	.024

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 1 พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้สูงอายุในกลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X} = 11.58$) และและผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 10.44$) มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกันเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งกลุ่มไม่แตกต่างกัน

ภายหลังการทดลอง ผู้สูงอายุในกลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X} = 11.55$) มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพมากกว่า และกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 11.89$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อน และหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรม	N	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t	p-value
		$\bar{X}$	S.D	ระดับ	$\bar{X}$	S.D	ระดับ		
กลุ่มทดลอง	38			ปานกลาง			สูง		
- ระดับพฤติกรรม		77.34	4.57		80.86	1.51		-.047	.962
กลุ่มเปรียบเทียบ	38								
- ระดับพฤติกรรม		77.39	5.08	ปานกลาง	76.73	2.54	ปานกลาง	3.764	.001**

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 3 พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้สูงอายุในกลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X} = 77.39$) และและผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 77.34$) มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งกลุ่มไม่แตกต่างกัน

ภายหลังการทดลอง ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 80.86$) มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X} = 76.73$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความรู้และระดับพฤติกรรมหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ประเด็น	N	กลุ่มทดลอง			กลุ่มเปรียบเทียบ			t	p-value
		$\bar{X}$	S.D	ระดับ	$\bar{X}$	S.D	ระดับ		
- ระดับความรู้	38	11.89	1.51	ปานกลาง	11.55	2.54	ปานกลาง	-2.931	.002**
- ระดับพฤติกรรม	38	80.86	1.51	สูง	76.73	2.54	ปานกลาง	1.00	.324

**อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 4 พบว่า ผู้สูงอายุน้อยกว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของระดับความรู้แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผู้สูงอายุน้อยกว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

8. สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากจัดโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมด้านร่างกายด้านโภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางปัญญา และการจัดการกับความเครียดด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางปัญญา และการจัดการกับความเครียด ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 อธิบายได้ว่า การจัดโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการใช้สื่อการสอน เช่น บรรยาย แจกแผ่นพับการสาธิต การฝึกปฏิบัติ โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการทางสุขศึกษา และกระบวนการกลุ่มสามารถทำให้กลุ่มทดลอง เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ⁽⁸⁾ ที่ศึกษาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งพาอินซูลินที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลเชิงรายนางสาวเคราะห์ เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมการเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม การออกกำลังกาย การรับประทานยา การมาตรวจตามนัดดีกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวม คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหารเครื่องดื่มการออกกำลังกาย การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยที่ด้านการมาตรวจตามนัดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 ข้อเสนอแนะในการศึกษานี้

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้จัดโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการใช้กระบวนการทางสุขศึกษา กระบวนการกลุ่ม แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลการพัฒนาทางปัญญา และการจัดการความเครียด เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรวางโอกาสจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมด้านร่างกาย ด้านโภชนาการความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางปัญญา และการจัดการความเครียด ที่ถูกต้องแก่ผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่พึงประสงค์ต่อไป

9.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาความแตกต่างของพฤติกรรมในแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางปัญญา และการจัดการความเครียด ซึ่งประกอบไปด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม เพื่อจะได้ทราบถึงความสัมพันธ์ของทั้ง 3 ปัจจัยหลัก ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเกี่ยวกับ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางปัญญา และการจัดการความเครียด

10. เอกสารอ้างอิง

1. Institute for Population and Social Research Mahidol University. Situation of the Thai elderly. (2017). Situation of the Thai elderly. Bangkok: Institute for Population and Social Research; 2017. (in Thai)
2. Wirojrat, V., Amnatsatsue, K., Sasat, S., Malatum, P., & Narongsak, J. (2014). Improvement of Healthcare Services for Dependent Elders. Thai Journal of Nursing Council; 29(3):104-105.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: บริษัทเท็กซ์แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชั่นจำกัด; 2557.
4. ปราโมทย์ ประสาทกุล. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, มุลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). พิมพ์ครั้งแรก. กรุงเทพมหานคร: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่งจำกัด (มหาชน); 2559.
5. มุลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่งจำกัด (มหาชน); 2558.
6. สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง. นครปฐม: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2556.
7. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
8. พิไลวรรณ ชูเชิด. ศึกษาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งพาอินซูลินที่มาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์ [วิทยานิพนธ์] กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.