



การประเมินผลผู้นำการบริหารร่างกาย 14 ท่า
หลักสูตรพัฒนาศักยภาพแกนนำชมรมผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 10
Evaluation of 14 exercises leaders in the elders' club capacity
building curriculum, Health Promotion Center Region 10

เดือนธิดา ศรีเสมอ และ วรณภา อินตะระธา
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

บทคัดย่อ

การพัฒนาศกยภาพแกนนำชมรมผู้สูงอายุ เป็นกลวิธีหนึ่งที่จะเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับแกนนำชมรมผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการพัฒนาทักษะของผู้นำบริหารร่างกาย 14 ท่า ในชมรมผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 10 ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรพัฒนาศักยภาพแกนนำชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมในโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขและแกนนำผู้สูงอายุด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันตนเองในผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 10 ปีงบประมาณ 2561 จำนวน 70 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) เครื่องมือวิจัย คือแบบสอบถามประเมินความรู้ การเป็นผู้นำจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 10 ประเมินความสามารถด้านการเป็นผู้นำออกกำลังกายป้องกันการหกล้ม 14 ท่า และการ focus group สถิติที่ใช้: one simple pair t-test ระยะเวลาการวิจัย: กุมภาพันธ์ - มิถุนายน 2561

ผลการศึกษา พบว่า ความรู้ของผู้นำการบริหารร่างกาย 14 ท่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการอบรม หลังการอบรมและระยะติดตามหลังการอบรม 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ความสามารถของผู้นำการบริหารร่างกาย 14 ท่า พบว่า ก่อน-หลังการอบรมและระยะติดตาม 3 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้นำการบริหารร่างกาย 14 ท่า หลักสูตรพัฒนาศักยภาพแกนนำชมรมผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 10 มีทักษะการนำกิจกรรมบริหารร่างกาย 14 ท่าในชมรมผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี จนส่งผลให้สมาชิกสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติบริหารร่างกายได้ 14 ท่าและจากการสรุปบทเรียนของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรม ส่วนใหญ่สมาชิกมีความพึงพอใจต่อการนำทำกิจกรรมการออกกำลังกาย 14 ท่าของผู้นำ จนทำให้สมาชิกมาร่วมกิจกรรมออกกำลังกายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขและชมรมผู้สูงอายุสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุและในชุมชนได้ คำสำคัญ: ผู้นำการบริหารร่างกาย 14 ท่า หลักสูตรพัฒนาศักยภาพแกนนำชมรมผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 10

Abstract

Building capacity of the elders' club is a strategy to enhance elders' club's leader strength in terms of physical activity behaviors, which lead to higher prevalent of healthy behaviors among socially dependent elders. This quasi-experimental study aims to evaluate the 14 exercises leaders in the elders' club capacity building curriculum in the 10th health region. Participants in this study were selected by Multi - stage Random Sampling and resulted in 70 elders in the elders' club and healthcare personnel that have passed the dementia health promotion and prevention capacity building project in the 10th health region in fiscal year 2018. The research tools consisted of knowledge in managing health promotion activity in the elders' club evaluation form 14 exercises leader evaluation form, and focus group interview. One simple pair t-test was utilized and the period of the study was February to June 2018.

The results revealed that the average score of 14 exercises at pre-post seminar and 3-months follow-up period were differences with statistical significance ($p < .001$). Similarly, the leader performance score at pre-post seminar and 3-months follow-up period were differences with statistical significance ($p < .001$). This could imply that 14 exercises leaders in the 10th health region were capable in transferring their skills to members in the elders' club, accordingly. In accordance, members in the elders' club also satisfied with 14 exercises leaders activity and lead to higher physical activity level. Therefore, healthcare personnel and elders' club should apply this 14 exercises activity in their elders' club or school and community.

Keywords: 14 exercises leaders , elders' club capacity building curriculum in the 10th health region

บทนำ

ประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2548 และมีแนวโน้มสถานการณ์เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งจำนวนและสัดส่วน ซึ่งประชากรผู้สูงอายุเพิ่มจากร้อยละ 10.7 ในปี 2550 หรือ 7.0 ล้านคน เป็นร้อยละ 11.7 หรือ 7.5 ล้านคนในปี 2553 และร้อยละ 20.0 หรือ 14.5 ล้านคน ในปี 2568 ^[1] นับว่าอัตราการก้าวสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” เร็วมาก ซึ่งหมายความว่าประเทศไทยมีเวลาสั้นมากที่เตรียมการเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ แผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550–2554) ซึ่งปัญหาที่พบในผู้สูงอายุก็คือ ผู้สูงอายุมักมีโรคประจำตัวเรื้อรังหนึ่งโรคหรือมากกว่า ผู้สูงอายุไทยร้อยละ 58 ที่มีโรคประจำตัว ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ คือ ปัญหาทางด้านสุขภาพเนื่องจากเป็นวัยที่ร่างกายอยู่ในสภาพของความเสื่อมทั่วร่างกายและการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ มีปัญหาเกี่ยวกับโรคหัวใจ โรคกระเพาะ โรคหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุส่วนมากจะยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายว่าเป็นไปตามธรรมชาติ เมื่ออายุมากแล้วจะให้ความแข็งแรงเหมือนกับวัยหนุ่มสาวไม่ได้ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงไม่คิดที่จะทำอะไรและในที่สุดก็จะมีปัญหาเรื่องสุขภาพที่ก่อให้เกิดโรคโรคร้ายไข้เจ็บต่าง ๆ ^[2]

ในระบบสุขภาพปัจจุบันชมรมผู้สูงอายุและศูนย์สุขภาพชุมชนของแต่ละชุมชนท้องถิ่นต่างก็มีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำผู้สูงอายุและมีบทบาทร่วมกันในการจัดและดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ แม้ว่าในปัจจุบันชมรมผู้สูงอายุที่เป็นเครือข่ายกับสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยมีจำนวน 21,155 ชมรม แต่การดำเนินของชมรมผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร รวมทั้งการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากการดำเนินงานของชมรมยังไม่เข้มแข็งและขาดความต่อเนื่อง ซึ่งมักมีสาเหตุมาจากการขาดการทำงานเป็นทีม การจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้นำและผู้สูงอายุยังขาดการเชื่อมประสานความร่วมมือกับชุมชน ไม่มีการขยายเครือข่ายเพิ่มขึ้น และขาดการสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องโดยชุมชน ^[3]

การจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุให้ประสบความสำเร็จอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ผู้ที่มีบทบาทในการจัดกิจกรรมดังกล่าวในท้องถิ่น ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุหรือกลุ่มผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นต้น ควรได้รับการพัฒนาความเป็นผู้นำด้านการส่งเสริมสุขภาพโดยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ มีเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ มีการรับรู้สมรรถนะภายในตน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตลอดจนเป็นต้นแบบที่ดีของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีทักษะการเป็นผู้นำด้านการส่งเสริมสุขภาพแก่สุขภาพ เพื่อทำหน้าที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและช่วยทำให้เกิดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ซึ่งชมรมผู้สูงอายุหรือกลุ่มผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีทักษะด้านสัมพันธภาพ มีความสามารถในการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ต้องปรับทัศนคติในการพัฒนางานให้เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของชุมชนนั้นๆ และควรมีโอกาสในการพัฒนาเครือข่ายเพื่อเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ^[4]

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพร่วมกับจังหวัดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี, จังหวัดศรีสะเกษ, จังหวัดยโสธร, จังหวัดอำนาจเจริญ และจังหวัดมุกดาหาร ซึ่งมีชมรมผู้สูงอายุที่จดทะเบียนเป็นสมาชิกสมาคมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ จำนวน 4,678 แห่ง โดยได้สนับสนุนการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุตั้งแต่ ปี พ.ศ.2552 ด้วยการพัฒนากระบวนการและเกณฑ์รับรองมาตรฐานการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุคุณภาพร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สาขาสมาคมผู้สูงอายุในพระบรมราชูปถัมภ์ในเขตพื้นที่ โดยกำหนดองค์ประกอบสำคัญที่ชมรมผู้สูงอายุต้องดำเนินการ คือ 1) การบริหารจัดการ 2) การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกายใจ 3) การจัดสวัสดิการ/กิจกรรมสมาชิก และ 4) การระดมทุน/การมีส่วนร่วมกับชุมชน

การสำรวจสถานการณ์การดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 133 แห่ง พบว่าชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นที่ปรึกษาในการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ สิ่งที่ชมรมผู้สูงอายุสามารถดำเนินงานได้ด้วยตนเอง คือ การบริหารจัดการ การจัดสวัสดิการ/กิจกรรมสมาชิกและการระดมทุน/การมีส่วนร่วมกับชุมชน ร้อยละ 93.4 92.0 และ 82.3 ตามลำดับ ส่วนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกายใจนั้น ชมรมผู้สูงอายุ ยังต้องอาศัยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้นำทำกิจกรรม และจากการนิเทศติดตามงานในปีต่อมาก็ยังคงพบปัญหาคล้ายๆเดิม คือ ชมรมผู้สูงอายุยังพึ่งพาเจ้าหน้าที่ในการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ^[5] ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร่วมกิจกรรมชุมชนในรอบปีที่ผ่านมาในสัดส่วนที่ค่อนข้างน้อย โดยกิจกรรมที่มีการเข้าร่วมมากที่สุดคือกลุ่ม ฅบปนกิจสงเคราะห์ ร้อยละ 32.4 ตามด้วยกลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 26.1 และกลุ่มอาชีพและกลุ่มสหกรณ์/กลุ่มออมทรัพย์ ซึ่งมีสัดส่วนที่เท่ากัน ร้อยละ 11.2^[6]

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ได้ออกไปนิเทศติดตามเยี่ยมการดำเนินงานของแกนนำไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้ากินข้าวอร่อย ในปี 2560 หลังการฝึกอบรมผ่านไปสามเดือน พบว่าสามารถดำเนินการให้กับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุได้ครบทั้ง 4 เรื่อง คือ ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้ากินข้าวอร่อย มีเพียง 2 ชมรม ซึ่งไม่ถึงร้อยละ 50 จึงไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ เพื่อเป็นการศึกษาผลการพัฒนาทักษะของผู้นำด้านความรู้ และความสามารถของผู้นำในการบริหารร่างกาย 14 ท่า ในชมรมผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 10 ขึ้น จึงได้ทำโครงการการประเมินผลผู้นำการบริหารร่างกาย 14 ท่า หลักสูตรพัฒนาศักยภาพแกนนำชมรมผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 10

วัตถุประสงค์การวิจัย

การประเมินผลผู้นำการบริหารร่างกาย 14 ท่า หลักสูตรพัฒนาศักยภาพแกนนำชมรมผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 10

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อประเมินความรู้ และความสามารถในการจัดกิจกรรมของแกนนำจากชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมการบริหารร่างกาย 14 ท่า

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรที่ศึกษา

ประชากร ได้แก่ บุคลากรในชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดยโสธร จังหวัดมุกดาหารและจังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 4,678 แห่ง ปีงบประมาณ 2561 จำนวน 46,780 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมในโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขและแกนนำผู้สูงอายุด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันตนเองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบในเขต สุภาพที่ 10 ปีงบประมาณ 2561 จำนวน 70 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) มีวิธีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างและขั้นตอนการสุ่ม ดังนี้

การคำนวณขนาดตัวอย่างและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

1) การคำนวณขนาดตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ซึ่งเป็นโปรแกรมที่พัฒนามาจากพื้นฐานของ (Power analysis) โดยกำหนดรายละเอียด ดังนี้

1. ใช้วิธีการวิเคราะห์ทางสถิติ Paired sample t test
2. กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) คือ 0.80

คำนวณได้ผล ดังนี้

t-test : Means: Difference between two dependent means (matched pairs)

Analysis: A priori: Compute required sample size

Input: Tail(s)	=	Two
Effect size dz	=	0.5
α err prob	=	0.05
Power (1- β err prob)	=	0.97
Output: Noncentrality parameter δ	=	3.9051248
Critical t	=	2.0002978
Df	=	60
Total sample size	=	61
Actual power	=	0.9700771

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 61 คน

เพื่อป้องกันการขาดหายไปของกลุ่มตัวอย่าง จึงได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15

$$\left(\frac{61 \times 15}{100} = 9.15 \right) \text{ ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 คน}$$

2) การสุ่มตัวอย่าง

สุ่มตัวอย่างโดยใช้การประมาณค่าสัดส่วนอำเภอได้จำนวนตัวอย่างจำแนกรายจังหวัด และสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนตัวอย่างแยกรายจังหวัดโดยใช้สัดส่วนอำเภอ

จังหวัด	จำนวน ชมรม (แห่ง)	จำนวน กรรมการบ ริหารชมรม เฉลี่ย/แห่ง (คน)	จำนวน ประชากร กรรมการ บริหารชมรม เฉลี่ย/จังหวัด	จำนวน อำเภอ	สัดส่วน อำเภอ	จำนวนตัวอย่าง แยกรายจังหวัด โดยใช้สัดส่วน อำเภอ
อุบลราชธานี	2,792	10	27920	25	0.36	25
ศรีสะเกษ	1,023	10	10230	22	0.31	22
ยโสธร	425	10	4250	9	0.129	9
มุกดาหาร	354	10	3540	7	0.10	7
อำนาจเจริญ	84	10	840	7	0.10	7
รวม	4,678		46,780	70		70

คุณลักษณะเกณฑ์คัดเลือกเข้าผู้นำชมรมผู้สูงอายุร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)

1) เป็นกรรมการหรือสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 ปี และได้รับการยอมรับคัดเลือกให้เข้าร่วมอบรมจากชมรมผู้สูงอายุที่ยินดีเข้าร่วมโครงการ

2) จบการศึกษาไม่ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้นและมีความสามารถในการเขียนการอ่าน ได้เป็นอย่างดี

3) มีสุขภาพแข็งแรง สะดวกต่อการเดินทางมาฝึกอบรม

4) อายุไม่เกิน 69 ปี หากอายุเกินต้องเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติตามข้อ 1-2

เกณฑ์การคัดออก คือ คือ ในระหว่างการวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย หรือโรคอื่น ๆ ที่ส่งผลกระทบต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือ ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

สถานที่และระยะเวลาดำเนินการวิจัย

1) สถานที่ ชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดยโสธร จังหวัดมุกดาหารและจังหวัดอำนาจเจริญที่เข้าร่วมโครงการ

2) ระยะเวลา

2.1 มกราคม-กุมภาพันธ์ 2561 ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ/หลักสูตร/ทดสอบเครื่องมือ

2.2 มีนาคม 2561 ทดลองใช้หลักสูตร จัดอบรม 2 วันและเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนดำเนินการ

2.3 เมษายน -มิถุนายน 2561 ผู้นำที่ผ่านการอบรมดำเนินการทำกิจกรรมในชมรม

3 ครั้งตามไปงานโดยที่วิจัยออกติดตามเยี่ยมเป็นรายชมรม เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกต สัมภาษณ์ สทนากลุ่ม และการเก็บข้อมูลจากแบบบันทึกการจัดกิจกรรมของผู้นำฯ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเชิงปริมาณ จำนวน 2 ฉบับ ด้วยใช้แบบสอบถามโดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ได้แก่

1) แบบประเมินความรู้ ทักษะและความสามารถในการเป็นผู้นำจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 10 ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์เป็นผู้นำในชมรมหรือชุมชน และประสบการณ์การฝึกอบรม

ส่วนที่ 2 ประเมินความสามารถด้านการเป็นผู้นำออกกำลังกายป้องกันการหกล้ม 14 ท่า มี 14 ข้อ มีตัวเลือก 2 ตัวเลือก คือ ทำถูกต้อง และไม่ถูกต้อง

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) โดยใช้รูปแบบ One group pair t-test

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.9 และเพศชาย ร้อยละ 47.1 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี รองลงมาคืออายุ 70-79 ปี ส่วนอายุ 80 ปีขึ้นไปไม่มี คิดเป็นร้อยละ 67.1 และ 32.9 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา รองลงมา ระดับมัธยม/ปวช. และระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 37.1 31.4 และ 18.6 ตามลำดับ การประกอบอาชีพส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร (ทำไร่, ทำนา, ทำสวน) รองลงมา ข้าราชการบำนาญ/รัฐวิสาหกิจ และค้าขาย คิดเป็น ร้อยละ 45.7 ,32.9 และ 14.3 ตามลำดับ และการมีบทบาทหน้าที่ในชมรมผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นกรรมการชมรม รองลงมาเป็นสมาชิกในชมรม และประธานชมรม คิดเป็นร้อยละ 51.4 32.9 และ 15.7

ความรู้ของผู้บริหารร่างกาย 14 ท่า พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้บริหารร่างกาย 14 ท่าก่อนการอบรม หลังการอบรมและระยะติดตามหลังการอบรม 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผู้เข้าอบรมมีคะแนนเฉลี่ยหลังการอบรมมากกว่าก่อนการอบรม และมีคะแนนเฉลี่ยระยะติดตามหลังการอบรม 3 เดือนมากกว่าก่อนการอบรม และหลังการอบรม ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

ความสามารถของผู้บริหารร่างกาย 14 ท่า หลักสูตรพัฒนาศักยภาพแกนนำชมรมผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 10 พบว่า ก่อนและหลังการอบรมระยะติดตาม 3 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผู้เข้าอบรมมีความสามารถในการทำกิจกรรมบริหารร่างกาย 14 ท่า หลังการอบรมระยะติดตาม 3 เดือน มากกว่าก่อนการอบรม ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ก่อนอบรม หลังการอบรมและ
ระยะติดตาม 3 เดือน และการประเมินความสามารถในการเป็นผู้นำบริหารร่างกาย
14 ท่า ก่อนอบรมและหลังการอบรมระยะติดตาม 3 เดือน เพื่อป้องกันการหกล้ม
ในผู้สูงอายุ

การประเมิน	N	Mean (SD) (Diff)	Mean	95%CI	
				Lower	Upper
การวัดความรู้					
ก่อนการอบรม	70	1.50	10.92	10.56	11.28
หลังการอบรม	70	1.40	11.90	11.56	12.23
หลังการติดตามการอบรมระยะ 3 เดือน	63	1.31	12.12	11.7	12.45
ความสามารถในการทำกิจกรรมบริหารร่างกาย 14 ท่า					
ก่อนการอบรม	65	.615	13.67	13.52	13.82
หลังการอบรม 3 เดือน	61	378	13.91	13.82	14.01

*p<0.01

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่อายุระหว่าง 60-69 ปี เป็นกรรมการชมรม รองลงมาเป็นสมาชิกในชมรม และประธานชมรม คิดเป็นร้อยละ 51.4 32.9 และ 15.7 ซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตรพัฒนาศักยภาพแกนนำชมรมผู้สูงอายุ “ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม เสร้า กินข้าวอร่อย” ร้อยละ 100

ผลการศึกษา พบว่า ความรู้ของผู้บริหารร่างกาย 14 ท่า พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้บริหารร่างกาย 14 ท่าก่อนการอบรม หลังการอบรมและระยะติดตามหลังการอบรม 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และความสามารถของผู้บริหารร่างกาย 14 ท่า หลักสูตรพัฒนาศักยภาพแกนนำชมรมผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 10 พบว่า ก่อนและหลังการอบรมระยะติดตาม 3 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้บริหารร่างกาย 14 ท่า หลักสูตรพัฒนาศักยภาพแกนนำชมรมผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 10 มีทักษะการนำกิจกรรมบริหารร่างกาย 14 ท่า ในชมรมผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี และจากการสรุปบทเรียนของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรม สมาชิกส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการนำทำกิจกรรมการออกกำลังกาย 14 ท่าของผู้นำ จนทำให้สมาชิกมาร่วมกิจกรรมออกกำลังกายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขและชมรมผู้สูงอายุสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุและในชุมชนได้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ผลสำมะโน/สำรวจประชากร.กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2551.
2. พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และคณะ. การประเมินนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์; 2542.
3. ยุวลักษณ์ เลิศพุทธิพงศ์พร. การพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาล เมืองนนทบุรี อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี [รายงานการศึกษาระยะ]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
4. เข้มทอง หน่อศรีดา. การพัฒนาส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
5. ตติยา สารธิมา และเดือนธิดา ศรีเสมอ. ความคิดเห็นของชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่เขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 11 และ 13 ต่อเกณฑ์และกระบวนการพัฒนาคุณภาพชมรมผู้สูงอายุ เขต 7. อุบลราชธานี: กลุ่มส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี; 2553.
6. วิพรรณ ประจวบเหมาะ. รายงานการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2550-2554) สนับสนุนโดยสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์, มหาวิทยาลัย; 2556.

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

HPC10Journal