

ประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจและกระบวนการมีส่วนร่วมของ
ชุมชน ตำบลโนนคูณ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ

The Effectiveness of the Elderly Health Promotion Model by Empowerment
and Community Participation Process, Nonkhun Sub-district,
Yang-Chumnoi district, Sisaket Province.

ธรรมบุญ คำขาลี^{1*}

Thammanoon Khamchalee^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจและกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโนนคูณ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 90 คน โดยกลุ่มทดลอง ได้แก่ ผู้สูงอายุในเขตตำบลโนนคูณ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ผู้สูงอายุตำบลลิ้นฟ้า อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมการดูแลตามระบบปกติของสาธารณสุข เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ – เดือนพฤษภาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาพบว่าผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคม การเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ ความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการทดลองแสดงว่าโปรแกรมการที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

คำสำคัญ: ประสิทธิภาพ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การเสริมสร้างพลังอำนาจ การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effects of an elderly health promotion model by empowerment and community participation process in Non Khun Sub-district, Yang Chum Noi District. Sisaket Province. The sample group was split into two groups, each with 90 participants: the experimental group and the comparison group. The elderly in the Non Khun sub-district made up the experimental group. Elderly residents of Lin Fah sub-district in Yang Chum Noi District, Sisaket Province, included in comparison group. The experimental group received a 12-week health promotion program, while the comparison group received a regular public health care program. Data were collected using questionnaires twice before and after the experiment. Between February - May 2023. Data were analyzed using descriptive statistics presented by percentage, mean, standard deviation, median, comparing the differences of mean scores between groups using independent t-test, significance was set at 0.05. The results of the study revealed that the difference in mean scores of social support Self-esteem of the elderly changes in health Satisfaction with participation in Barthel Activities of Daily Living : ADL and the quality of life of the experimental group was higher than the comparison group with a statistical significance of 0.05. The experimental results showed that the developed program was able to promote the health the elderly according to the objectives set.

KEYWORDS: Effectiveness Elderly health promotion Model Empowerment Community Participation

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

*Corresponding author; E-mail address: Noonyangchum@gmail.com

บทนำ

สถานการณ์ประชากรสูงอายุทั่วโลกในปัจจุบัน มีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้นจนทั่วโลกกลายเป็นสังคมสูงอายุ (United Nations, 2020) ประชากรในอาเซียนที่กำลังมีกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นกันประเทศในภูมิภาคอาเซียนที่กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน ซึ่งประเทศที่เป็นสังคมสูงอายุแล้ว มีทั้งหมด 3 ประเทศ ได้แก่ สาธารณรัฐสิงคโปร์ ไทย และ สาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม โดยมีสัดส่วนของผู้สูงอายุคิดเป็น ร้อยละ 20, 17 และ 11 ตามลำดับ (United Nations, 2020) ซึ่งประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุ (Aging Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ซึ่งเป็นปีแรกที่มีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ตามคานียามขององค์การสหประชาชาติ และต่อมาในปี พ.ศ. 2562 ประเทศไทยมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 16.73 ของประชากรทั้งประเทศ จนก้าวสู่การเป็นสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete - Aged Society) ในปี พ.ศ. 2564 เมื่อสัดส่วนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ และคาดการณ์ว่าประเทศไทยจะก้าวสู่การเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super - Aged Society) ในปี พ.ศ. 2574 โดยจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่า ร้อยละ 28 ซึ่งจากสถานการณ์ดังกล่าว จะทำให้เกิดผลกระทบในหลายๆด้าน ทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมโดยรวมการเตรียมการเพื่อรองรับสถานการณ์สังคมสูงอายุจึงเป็นประเด็นที่สำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพที่เรื้อรัง ซึ่งทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง(กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย ได้ประมาณการงบประมาณที่ต้องใช้สำหรับดูแลผู้สูงอายุ ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในระยะยาว โดยเฉลี่ยสูงถึงประมาณ 15,000 ล้านบาทต่อปี หรือร้อยละ 0.1 ของ GDP จากข้อมูลดังกล่าว ในช่วงปี พ.ศ. 2558 - 2565 นี้ จึงต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพก่อนวัยสูงอายุและหลังเข้าสู่วัยสูงอายุเพื่อลดผลกระทบในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมโดยรวม (กรมอนามัย, 2562)

จากรายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2563 โดยกรมอนามัยร่วมกับโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) และ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) พบว่า ผู้สูงอายุไทยร้อยละ 95 มีความเจ็บป่วยด้วยโรคหรือปัญหาสุขภาพ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 75.7 ไขมันในเลือดสูง 40.2 โรคเบาหวาน ร้อยละ 30.2 (รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2563, สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2563) และเนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงปี 2563-2565 พบว่าผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยด้วยปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้นโดยพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะวิตกกังวลร้อยละ 57.2 รู้สึกเหงาร้อยละ 26.1 ไม่อยากอาหารร้อยละ 47.3 และไม่มีความสุขร้อยละ 23.3 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564) ซึ่งอาการเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงในการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าซึ่งการศึกษาของปิติคุณ เสดตะปุระและคณะ (2564) ที่ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทยปี พ.ศ. 2564 พบการกระจายของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าตามภูมิภาคจากมากไปน้อยพบว่าภาคเหนือมีอัตราป่วยสูงสุดที่ 133.7 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราป่วย 93.9 ต่อประชากรแสนคน ภาคกลางมีอัตราป่วย 38.8 ต่อประชากรแสนคน และภาคใต้มีอัตราป่วย 38.3 ต่อประชากรแสนคน การกระจายตัวของผู้ป่วยรายจังหวัด พบว่าจังหวัดที่มีผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ นครราชสีมา (951 ราย) อุบลราชธานี (862 ราย) ลำพูน (624 ราย) เชียงใหม่ (331 ราย) และลำปาง (318 ราย) ซึ่งนอกจากโรคทางสุขภาพจิตแล้วโรคทางกายอื่นๆที่พบในวัยผู้สูงอายुरองลงมาได้แก่ ข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 9 ผู้พิการ ร้อยละ 6 และผู้ป่วยติดเตียง ร้อยละ 1 ขณะที่มีเพียงร้อยละ 5 ที่ไม่มีโรคหรือปัญหาสุขภาพดังกล่าว (รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2563, สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2563) ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ และด้วยเทคโนโลยีความก้าวหน้าทางด้านสาธารณสุขที่สามารถทำให้มนุษย์มีอายุยืนยาวขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพก่อนการเสียชีวิตมีแนวโน้มสูงขึ้นจากกลุ่มผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีภาวะทุพพลภาพ ทำให้ต้องพึ่งพาระบบบริการฟื้นฟูสภาพและการดูแลระยะยาว ซึ่งจากการประมาณค่าใช้จ่ายสุขภาพของคนไทยโดยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (The Thailand

Development Research Institute: TDR) พบว่าในอีก 15 ปีข้างหน้าจะมีค่าใช้จ่ายประมาณ 4.8 – 6.3 แสนล้านบาท เมื่อผนวกกับสังคมสูงอายุ ค่าใช้จ่ายของรัฐบาลจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.4 – 1.8 ล้านล้านบาท นอกเหนือจากปัญหาด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุยังเผชิญปัญหาสุขภาพชีวิตความเป็นอยู่ และระบบการดูแลที่ไม่ได้มาตรฐาน รวมถึงความมั่นคงทางด้านรายได้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มาจากพื้นฐานครอบครัวที่ยากจน นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังขาดการพัฒนาทักษะทั้งในการทำงาน และการดำรงชีวิตในสังคมให้เท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโลกอีกด้วย (กรมอนามัย, 2562)

จังหวัดศรีสะเกษได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วเช่นกัน โดยในปี 2565 มีจำนวนผู้สูงอายุจำนวน 262,087 คนจากประชากรทั้งหมด 1,536,897 คิดเป็นร้อยละ 17.05 และอำเภอขามเฒ่า จังหวัดศรีสะเกษ เป็นอีกหนึ่งพื้นที่ที่เป็นสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete - Aged Society) แล้วตั้งแต่ปี 2563 โดยมีจำนวนผู้สูงอายุจำนวน 6,837 คน จากประชากรทั้งหมด 35,833 คิดเป็นร้อยละ 19.08 ซึ่งมากกว่าภาพรวมของจังหวัดศรีสะเกษ (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2566) และจากการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอำเภอขามเฒ่า พบว่าผู้สูงอายุอำเภอขามเฒ่าได้รับการคัดกรองโดยการประเมินศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) จำนวน 6,082 คน จำแนกเป็นกลุ่มติดสังคม 710 คน กลุ่มติดบ้าน 139 คน กลุ่มติดเตียง 18 คน (คลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center-HDC, 2564) ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองและสามารถสืบค้นได้ในระบบคิดเป็นร้อยละ 14.26 ซึ่งต่ำลงกว่าค่าเฉลี่ยที่เป็นเกณฑ์รับผลิตของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านโนนคูณ มีผลการคัดกรองผู้สูงอายุค่อนข้างต่ำคิดเป็นร้อยละ 2.82 ซึ่งในปีงบประมาณ 2566 รัฐบาลให้ความสำคัญ และมีนโยบายด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มภาวะพึ่งพิง รัฐบาลได้มีเป้าหมายที่สำคัญคือ ป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงอยู่มีการเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอย่างเหมาะสม โดยรัฐบาลมีการสนับสนุนงบประมาณ ให้แก่สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) สำหรับดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มนี้ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดบริการทางการแพทย์ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้าน

การแพทย์ ให้แก่ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียงตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยมีกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกันดำเนินการ ภายใต้การมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน (คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) แม้ว่าผู้สูงอายุจะมีปัญหาด้านสุขภาพและความต้องการการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวและชุมชนเป็นพิเศษ แต่ถ้าผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรงและมีสุขภาพจิตดี ก็จะสามารถช่วยเหลือสังคมได้อย่างมีคุณค่า ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ได้ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี คือ มีสุขภาพที่ดี (Healthy) มีความมั่นคง หรือการมีหลักประกันในชีวิต (Security) และมีส่วนร่วม (Participation) (กรมอนามัย, 2563) ซึ่งการจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ให้กับกลุ่มผู้สูงอายุ โดยใช้แนวคิดทฤษฎี และกระบวนการต่าง ๆ มาประยุกต์ให้เข้ากับบริบทของแต่ละพื้นที่ เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงอยู่มีการเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง ดังนั้นผู้สูงอายุเองจึงจำเป็นต้องมีศักยภาพในการดูแลตนเอง รวมถึงชุมชนและครอบครัวต้องมีแผนและนโยบายในการออกแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุให้ครบวงจรทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มป่วยและกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งถ้าชุมชน สังคมมีการรวมพลังเพื่อออกแบบกระบวนการในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน รวมถึงการสนับสนุนแนวทางในการสร้างสมรรถนะที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยตนเองและจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรีเข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้า และเท่าเทียม เป็นการสร้างสังคมแห่งความเอื้ออาทร อีกทั้งยังเป็นการสร้างความร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ ต่อไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจและกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโนนคูณ อำเภอขามเฒ่า จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจและกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโนนคูณ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคม การเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ ความพึงพอใจ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจและกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโนนคูณ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ

ระยะที่ 1 กิจกรรมการรับรู้และการเสริมสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยแกนนำสุขภาพ จำนวน 6 ด้าน

1. ด้านการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ
2. ด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ
3. ด้านการดูแลสมอง “ผู้สูงอายุสมองดี”
4. ด้านสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ
5. ด้านความสุขของผู้สูงอายุ
6. ด้านสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ

ระยะที่ 2 กิจกรรม “เสี่ยวผู้สูงวัย”

ระยะที่ 3 กิจกรรมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ

ระยะที่ 4 เยี่ยมยามถามข่าว

ระยะที่ 5 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เสริมคุณค่าคนต้นแบบ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลโนนคูณ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ

- (1) การสนับสนุนทางสังคม
- (4) การเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุ
- (5) การเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ
- (4) ความพึงพอใจ
- (5) ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)
- (6) คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 4 ด้าน
 - (1) ด้านร่างกาย
 - (2) ด้านจิตใจ
 - (3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม
 - (4) ด้านสิ่งแวดล้อม

วิธีดำเนินการวิจัย

1.รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) เพื่อศึกษาผลของการใช้ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจและกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโนนคูณ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest-Posttest Design) โดยที่จัดให้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจและกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับกิจกรรมในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของสถานบริการสาธารณสุขตามปกติ ระยะดำเนินการในการศึกษา ระยะเวลา 12 สัปดาห์

2 ขอบเขตการวิจัย

2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างการคำนวณขนาดตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้สูงอายุในเขตตำบลโนนคูณ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ โดยคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ประมาณการกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 90 คน คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่ม ที่เป็น อิสระ ต่ อ กัน (Lemeshow,1990)

$n/\text{group} =$ เมื่อ

- n = ขนาดตัวอย่างต่อกลุ่ม
- = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน เมื่อกำหนดให้ $=0.05$
- ดังนั้น $= 1.65$
- = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐานเมื่อกำหนดอำนาจการทดสอบ 80 % $= 0.84$
- = ความแปรปรวนร่วมของผลต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
- = ความต่างของผล (Effect size)

ศุภรัชต์ ผาธรรม (2564) ผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลตำบล

กันทรารมย์ อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 35 คน รวม 70 คน หลังทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 17.45 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่างเท่ากับ 1.70 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนการวางแผนเท่ากับ 15.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่าง เท่ากับ 1.85 จากการศึกษาดังกล่าวสามารถคำนวณหาค่าความแปรปรวนร่วมได้ดังนี้

$$s_p^2 = \frac{(n_1 - 1)sd_1^2 + (n_2 - 1)sd_2^2}{n_1 + n_2 - 2}$$

$$= \frac{(35 - 1)1.70^2 + (35 - 1)1.85^2}{(35 + 35) - 2}$$

$$= 3.16$$

$$\Delta = 1.85 - 1.70$$

$$= 0.15$$

แทนค่าในสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างได้ดังนี้

$$n/\text{group} = \frac{2\sigma^2(Z_\alpha + Z_\beta)^2}{\Delta^2}$$

$$= \frac{2 \times 3.16(1.65 + 0.84)^2}{(0.15)^2}$$

$$= 55.64$$

ในการวิจัยครั้งนี้คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 55.64 คน ผู้วิจัยคาดว่าจะมีผู้สูญหายจากการติดตามร้อยละ 15 ซึ่งการคาดการณ์นี้ได้จากการศึกษาของ Berghout LM, et al. อ้างถึงใน สงกรานต์ กลั่นดวง (2548) พบว่า มีผู้ออกจากกรทดลอง 112 คน จากผู้เข้าร่วมการทดลองทั้งหมด 735 คน คิดเป็น ร้อยละ 15.26

เพิ่มขนาดตัวอย่างกลุ่มละ = 8.34 คน

ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 64 คนเนื่องจากการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นการพัฒนาผู้สูงอายุทั้งตำบลดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้เป็นผู้สูงอายุเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากขึ้นโดยกลุ่มทดลอง คือ ประชาชนในเขตตำบลโนนคูณ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณจำนวน 90 คน กลุ่มเปรียบเทียบคือ ผู้สูงอายุในเขตตำบลลิ้นฟ้า จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณโดยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 90 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่างดังนี้

1) เป็นผู้สูงอายุในเขตตำบลโนนคูณ
อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ

2) สมัครใจร่วมโครงการตลอด
ระยะเวลาการ ดำเนินโครงการ โดยมีเกณฑ์เกณฑ์การ
คัดออก ดังนี้

2.1) ย้ายออกจากเขตตำบลโนนคูณ
อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ

2.2) ขอยกออกจากโครงการ

3.เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2
ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม
ข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสัมภาษณ์ แบ่งออก 2 ส่วน คือ

1) ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย อายุ
เพศ การศึกษาและอาชีพ ระยะเวลาการรับรักษา โรค
ประจำตัว

2) แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติตัว
และความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้แก่
แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดการเห็นคุณค่า
ในตัวเองของผู้สูงอายุ แบบวัดการเปลี่ยนแปลง
ทางด้านสุขภาพ แบบวัดความพึงพอใจในการเข้าร่วม
กิจกรรมของผู้สูงอายุ แบบวัดการปฏิบัติกิจวัตร
ประจำวัน แบบวัดคุณภาพชีวิต ของกลุ่มทดลองและ
กลุ่มเปรียบเทียบ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการ
ได้แก่ โปรแกรมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตาม
คู่มือแนวทางการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการการส่งเสริม
สุขภาพผู้สูงอายุ ภายใต้แนวคิด “สุขเพียงพอ ชะลอ
ชรา ชีวียืนยาว” ของกรมอนามัย กระทรวง
สาธารณสุข (2562) ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาออกแบบเพิ่มเติม
โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
(HBM) และการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย 8
ขั้นตอน ได้แก่

(1) สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรม “สูงอายุยุคใหม่
ใส่ใจการกิน” แก่นนำสุขภาพดำเนินการให้ความรู้
ผู้สูงอายุและญาติ เรื่องการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุ
โปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการที่ดี โดยยกตัวอย่างเมนู
รายการอาหาร 1 สัปดาห์ แนะนำเทคนิคการจัด
อาหารสำหรับผู้สูงอายุโดยประยุกต์อาหารที่มีอยู่ใน
ท้องถิ่นและหาได้ง่าย แนะนำเรื่องการบริหารอาหาร
ให้ได้สัดส่วนตามธงโภชนาการผู้สูงอายุ การใช้สื่อ
นวัตกรรมแนะนำเรื่องการรักษาอาหาร หลังจัด
กิจกรรม

หลังจบกิจกรรม แก่นนำแสดงความ

ชื่นชมเมื่อผู้สูงอายุปฏิบัติได้ถูกต้องและคัดเลือก
ตัวแทนของผู้สูงอายุที่ปฏิบัติได้ดี ให้เป็นตัวแทนในการ
ให้ความรู้ร่วมกับแก่นนำในด้านการรับประทานอาหาร

(2) สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรม “สูงวัย

เคลื่อนไหวสะดวก” แก่นนำสุขภาพดำเนินการให้
ความรู้ ผู้สูงอายุและญาติ เรื่องการออกกำลังกายใน
ผู้สูงอายุ สาธิตการเคลื่อนไหวและปฏิบัติกิจวัตร
ประจำวันของผู้สูงอายุดังนี้

(1) กิจกรรม ลูก - ยืน - นั่ง 30
วินาที (Chair Stand)

(2) กิจกรรมนั่งเก้าอี้แตะปลายเท้า
(Modified Sit - and - Reach)

(3) กิจกรรมออกกำลังกายเพื่อ
เสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ได้แก่ การดันผนัง การ
ย่อเข่า และการนั่งยกเข่าสลับกัน

(4) กิจกรรมฝึกการทรงตัว ได้แก่
การยืนขาเดียว มือแตะผนัง และเดินบนเส้น

(5) กิจกรรมออกกำลังกายเพื่อ
พัฒนาความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อ โดยการ
ประยุกต์ใช้นวัตกรรมการออกกำลังกาย เช่น ยางยืด
ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การออกกำลังกายโดยใช้
ผ้าขาวม้าและการใช้นวัตกรรมไม้ไผ่คลายปวดเมื่อย

หลังจบกิจกรรม แก่นนำจัดตั้งชวน
ผู้สูงอายุร่วมออกกำลังกายโดยการจัดตั้งกลุ่มออก
กำลังกายที่ผู้สูงอายุมีความถนัดและกำหนดวัน เวลา
ในการออกกำลังกายร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

(3) สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรม “ผู้สูงอายุฟันดี”
แก่นนำสุขภาพดำเนินการให้ความรู้ ผู้สูงอายุและญาติ
เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุ โดย
เนื้อหาประกอบด้วย การทำความสะอาดช่องปากใน
กรณีมีฟันแท้ และกรณีที่ใส่ฟันเทียม สาธิตการแปรง
ฟันสำหรับผู้สูงอายุโดยใช้โมเดลฟัน แนะนำเรื่อง
พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม และการ
ส่งเสริมผู้สูงอายุให้เข้าถึงการบริการตรวจช่องปาก
เพื่อป้องกันและรักษาโรคจากทันตบุคลากรในพื้นที่
และการใช้นวัตกรรมโมเดลฟันจำลอง

หลังจบกิจกรรม แก่นนำสุขภาพประเมิน
การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง รวมถึงการสนับสนุนอุปกรณ์ใน
การดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้สูงอายุ

(4) สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรม “ผู้สูงอายุจำดี
ไม่มีลืม” แก่นนำสุขภาพดำเนินการให้ความรู้ ผู้สูงอายุ
และญาติ เรื่องภาวะสมองเสื่อม การป้องกันภาวะ

สมองเสื่อม แนะนำการเล่นเกมส์ฝึกสมอง แนะนำเรื่อ
นอนหลับอย่างถูกวิธีเพื่อป้องกันสมองเสื่อม แจกแผ่น
พับเกมส์ฝึกสมอง

หลังจบกิจกรรม แกนนำจัดทำสมุด
บันทึกมอบให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อติดตามการท
กิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ
รวมถึงการจดบันทึกการนอนหลับพักผ่อนของผู้สูงอายุ

(5) สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรม “ความสุขของ
ผู้สูงอายุ” แกนนำสุขภาพดำเนินการให้ความรู้
ผู้สูงอายุและญาติ เรื่องความสุขของผู้สูงอายุ ทำแบบ
คัดกรองดัชนีวัดสุขภาพจิต (TMHI - 15) แนะนำ
โปรแกรมการสร้างเสริมความสุขในผู้สูงอายุ และให้
คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ผู้สูงอายุเมื่อมีภาวะ
ซึมเศร้า ส่งเสริมกิจกรรมนันทนาการ การรวมกลุ่มทำ
กิจกรรมของผู้สูงอายุ

หลังจบกิจกรรม แกนนำและผู้ดูแล
ผู้สูงอายุในครอบครัวได้ทำการประเมินภาวะซึมเศร้า
ของผู้สูงอายุและชวนผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมใน
ชุมชน

(6) สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรม “สิ่งแวดล้อมที่
ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ” แกนนำสุขภาพดำเนินการ
ให้ความรู้ ผู้สูงอายุและญาติ เรื่องความสำคัญของการ
ส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี
ทำแบบประเมินความเสี่ยงด้านการจัดการอนามัย
สิ่งแวดล้อมที่พหุศาสตร์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน รวมถึง
การประเมินวิเคราะห์และจัดการความเสี่ยงด้าน
สิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ

หลังจบกิจกรรม แกนนำร่วมกับผู้ดูแล
ผู้สูงอายุในครอบครัว ผู้นำในชุมชนร่วมกันจัดการกับ
สิ่งแวดล้อมที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุของ
ผู้สูงอายุในบ้านและในชุมชน เช่น การจัดโปสเตอร์
ในบ้าน ไฟส่องสว่างในถนน การจัดการสิ่งกีดขวางช่อง
ทางเดินในบ้าน นอกบ้าน

(7) สัปดาห์ที่ 7-11 แกนนำสุขภาพดำเนินการ
ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องใน 6 ชุดกิจกรรม โดย
เน้นกิจกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุ และดำเนินการติดตาม
ประเมินผลโดยทีมผู้ดูแลผู้สูงอายุระดับอำเภอ โดยจัดกิจกรรม
ประชุมกลุ่มย่อย ค้นหาปัญหาและรวมกลุ่มใหญ่เพื่อ
สะท้อนปัญหาและหาแนวทางร่วมระหว่างผู้ดูแล
ผู้สูงอายุในครอบครัว การออกเยี่ยมบ้านของแกนนำ
สุขภาพ และจัดพิธีผูกเสี่ยวอภัยในการร่วมดูแล
สุขภาพร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุ การออกเยี่ยมบ้าน

ของผู้สูงอายุที่เป็นเสียก้นและกระตุ้นเตือนให้เพื่อน
ผู้สูงอายุปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องทั้ง 6 กิจกรรม การ
รวมกันในการออกกำลังกายของหมู่บ้าน ตลอดจนการ
ร่วมกิจกรรมทางศาสนา

(8) สัปดาห์ที่ 12 กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้
นำเสนอผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ
ในระหว่างดำเนินการวิจัย มีการประเมินผลการ
ดำเนินงานที่ผ่านมาและเก็บข้อมูลหลังการทดลองใน
กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบและนำไปประกอบการ
ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไปดำเนินการในกลุ่ม
เปรียบเทียบ

4.การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยนี้ได้ผ่านการตรวจสอบโดย
ผู้เชี่ยวชาญ โดยการคำนวณหาความสอดคล้องของ
เนื้อหาและวัตถุประสงค์ได้ค่าความตรงอยู่ระหว่าง 0.67-1
จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับพื้นที่อำเภอราชไศล
และหาความเชื่อมั่นโดยใช้ Cronbach's alpha
coefficient ด้านการสนับสนุนทางสังคมมีค่าความเชื่อมั่น
เท่ากับ 0.78 ด้านการเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุมี
ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 ด้านการเปลี่ยนแปลงทางด้าน
สุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74 ด้านความพึงพอใจ
มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 ด้านการปฏิบัติกิจวัตร
ประจำวัน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 และแบบวัด
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต
ขององค์การอนามัยโลก ฉบับย่อภาษาไทย (WHOQOL-
BREF –THAI Power, Bullinger and WHOQOL Group
,2002) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89

5 การวิเคราะห์ข้อมูล การศึกษาครั้งนี้
วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วย
ค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด เปรียบเทียบผลต่างของคะแนน
เฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้ paired t test
ระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent ttest กำหนด
นัยสำคัญที่ระดับ 0.05

6. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการ
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่โครงการวิจัย SPHP
2023-023 วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2566

7. ผลการวิจัย

7.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.1 อายุเฉลี่ย 67.1 (SD= 5.24) การศึกษาส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.6 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 86.8 อยู่อาศัยกับคู่สมรส และกับบุตรเท่ากันร้อยละ 33 รายได้เฉลี่ย 6,645.1 บาท (SD=12022.2) ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่สุด ร้อยละ 37.4 ระดับดัชนีมวลกายระดับปกติร้อยละ 65.6 ช่วยเหลือตัวเองได้ดีร้อยละ 91.2 ส่วนมากได้รับความช่วยเหลือด้านสุขภาพร้อยละ 47.7 ได้รับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 40 ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมร้อยละ 72.2

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.8 อายุเฉลี่ย 67.1 (SD= 5.25) ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่มีระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76.7 อาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 87.8 รายได้เฉลี่ย 6,252.2 (SD=11406.1) อาศัยอยู่กับบุตรส่วนใหญ่ร้อยละ 38.9 ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.9 ดัชนีมวลกาย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติร้อยละ 64.4 ส่วนมากได้รับการบริการด้านสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 52.2 รองลงมาได้รับช่วยเหลือเรื่องรายได้ ร้อยละ 22.2 หน่วยงานที่ให้การสนับสนุนมากที่สุดได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลร้อยละ 40 การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านเหมาะสม ร้อยละ 76.7 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=90)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=90)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ				
ชาย	26	28.9	29	32.2
หญิง	64	71.1	61	67.8
2. อายุ				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 70 ปี	70	77.8	69	76.7
มากกว่า 71 ปี	20	22.2	21	23.3
Mean (S.D.)	67.1 (5.24)		67.1 (5.25)	
3. อาชีพ				
เกษตรกร	79	86.8	79	87.8
รับจ้าง	3	3.3	3	3.3
ค้าขาย	3	3.3	2	2.2
อื่นๆ	5	5.6	6	6.7
3. รายได้เฉลี่ยครัวเรือน				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท	85	94.4	80	88.9
มากกว่า 10,001 บาท	5	5.6	10	11.1
Mean (SD)	6645.1 2022.2)		6252.2 (11406.1)	
4. ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	8	8.8	8	8.9
ประถมศึกษา	67	73.6	69	76.7
มัธยมศึกษา	11	12.1	7	7.8

ตารางที่ 1 ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=90)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=90)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
5. อยู่อาศัยร่วมกับ				
อยู่คนเดียว	14	15.6	15	16.7
คู่สมรส	30	33.0	29	32.2
บุตร	30	33.0	35	38.9
ญาติ	16	17.6	11	12.2
6. โรคประจำตัว				
เบาหวาน	10	11	16	17.8
ความดันโลหิตสูง	34	37.4	35	38.9
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	11	12.1	7	7.8
โรคเรื้อรังอื่นๆ	6	6.6	4	4.4
ไม่มีโรคประจำตัว	29	32	28	31.1
7. ดัชนีมวลกาย				
ปกติ	59	65.6	58	64.4
ต่ำกว่าเกณฑ์	10	11.1	8	8.9
มากกว่าเกณฑ์	21	23.3	24	26.7
เหมาะสม	65	72.2	69	76.7

2. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคม ด้านการเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุ ด้านการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ ด้านความพึงพอใจ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวม ภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2.1การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคม สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 8.12 คะแนน (95% CI = 7.26-8.98) รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

การสนับสนุนทางสังคม	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	38.85	3.73	0.08	-1.02-1.19	0.1585	0.874
กลุ่มเปรียบเทียบ	38.76	3.79				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	46.94	1.75	8.12	7.26-8.98	18.5972	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	38.82	3.75				

2.2 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุ ภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 5.8 คะแนน (95% CI = 4.99-6.61) รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ด้านการเห็นคุณค่าในตัวเอง ของผู้สูงอายุ	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	40.85	3.11	-0.06	-1.02-0.91	-0.1139	0.909
กลุ่มเปรียบเทียบ	40.91	3.42				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	46.74	1.92	5.8	4.99-6.61	14.1287	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	40.94	3.39				

2.3.การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของด้านการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 10.49 คะแนน (95% CI=9.49-11.48) รายละเอียดตามตารางรายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ด้านการเปลี่ยนแปลง ทางด้านสุขภาพ	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	33.42	4.56	0.16	-1.17- 1.47	1.4762	0.817
กลุ่มเปรียบเทียบ	33.26	4.41				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	43.95	2.03	10.49	9.49-11.48	20.7931	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	33.46	4.33				

2.4.การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนน

เฉลี่ยของความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 8.20 คะแนน (95% CI=7.16-9.24)รายละเอียดตามตารางรายละเอียดตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการด้านความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ด้านความพึงพอใจ ในการเข้าร่วมกิจกรรม	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	37.74	4.13	0.32	-0.94-1.58	0.5053	0.614
กลุ่มเปรียบเทียบ	37.42	4.42				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	45.51	1.90	8.20	7.16-9.24	15.5139	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	37.31	4.64				

2.5.การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 6.19 คะแนน (95% CI=4.45-7.93)รายละเอียดตามตารางรายละเอียดตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	38.25	6.14	-0.09	-1.90-1.72	-0.0967	0.923
กลุ่มเปรียบเทียบ	38.34	6.18				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	44.56	5.65	6.19	4.45-7.93	7.0327	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	38.37	6.15				

2.7.การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 33.66คะแนน (95% CI=29.51-37.80)รายละเอียดตามตารางรายละเอียดตามตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

คุณภาพชีวิตโดยรวม	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	88.28	10.79	0.86	-2.16-3.87	0.5604	0.576
กลุ่มเปรียบเทียบ	87.43	9.67				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	120.04	15.68	33.66	29.51-37.80	16.0285	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	86.39	12.28				

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจและกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโนนคูณ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษสรุปและอภิปรายผลที่ได้จากการทดลองดังนี้

สรุปผลการวิจัย

จากการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจและกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโนนคูณ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคม ด้านการเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุ ด้านการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ ด้านความพึงพอใจ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวม สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคม สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 8.12 คะแนน (95% CI = 7.26-8.98) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 5.8 คะแนน (95% CI = 4.99-6.61) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 10.49 คะแนน (95% CI=9.49-11.48) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 8.20 คะแนน (95% CI=7.16-9.24) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

6.19 คะแนน (95% CI=4.45-7.93) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 33.66 คะแนน (95% CI=29.51-37.80)

อภิปรายผลการวิจัย ได้ดังนี้

การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจและกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโนนคูณ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งกิจกรรมการดำเนินงานออกเป็น 2 ระยะได้แก่ ระยะที่ 1 การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างองค์ความรู้และทักษะให้แก่แกนนำสุขภาพในชุมชนจำนวน 30 คน ตามโปรแกรมชะลอชราชีวิตยืนยาวของกรมอนามัย (กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ใน 6 กิจกรรม ระยะเวลา 2 วัน โดยมีผลการประเมินความรู้และทักษะของแกนนำในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับดีมากขึ้นไป หลังจากนั้นมอบหมายให้แกนนำ 1 คน ได้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 3 คน โดยแนะนำและฝึกปฏิบัติในกิจกรรมที่มอบหมายทั้งหมด 6 กิจกรรมในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ได้แก่ (1) กิจกรรมสูงอายุยุคใหม่ใส่ใจการกิน (2) กิจกรรมสูงวัยเคลื่อนไหวสะดวก (3) กิจกรรม ผู้สูงอายุพันธุ์ดี (4) กิจกรรมผู้สูงอายุจำดีไม่มีลืม (5) กิจกรรมความสุขของผู้สูงอายุ และ (6) กิจกรรมสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ และในสัปดาห์ที่ 7-10 มีการทบทวนการปฏิบัติซ้ำใหม่ตั้งแต่กิจกรรมที่ 1-6 เสริมพลังในการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัว สัปดาห์ที่ 11 จัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยการผูกเสี่ยวอีก

แพ่งเบี่ยงเบนสุขภาพร่วมกัน เยี่ยมยามถามข่าว เสริมพลังใจให้แก่กัน โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ผูกเสี่ยวผู้สูงอายุที่อยู่ในความรับผิดชอบจำนวน 3 คน ให้มีหน้าที่ในการติดตาม ตามถามและสนับสนุนให้เพื่อนเสี่ยวปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและขยายผูกเสี่ยวไขว้กันระหว่างกลุ่มอื่นๆอีกอย่างน้อย 3 กลุ่มและสัปดาห์สุดท้ายสัปดาห์ที่ 12 กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเปิดเวทีแชร์ประสบการณ์ของการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ปฏิบัติได้ดีระหว่างแกนนำและผู้สูงอายุ ได้นำเสนอผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องมีโปรแกรมหรือรูปแบบที่ถูกต้องจึงจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีได้ ซึ่งนอกจากการมีโปรแกรมหรือรูปแบบในการจัดกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุนั้น สิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งคือระบบสนับสนุนในสังคมในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุภายในชุมชนซึ่งรัฐบาลจำเป็นต้องจัดให้มีขึ้นเพื่อมาช่วยจัดกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งกลุ่มแกนนำดูแลผู้สูงอายุในชุมชนนี้จำเป็นต้องได้รับการสร้างองค์ความรู้และทักษะที่จำเป็นเพื่อให้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อยืดระยะเวลาในการเป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 (ติดสังคม)ให้นานขึ้น นอกเหนือจากนั้นในชุมชนจำเป็นต้องมีการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น สื่อภาพพลิก สื่อออนไลน์ อุปกรณ์ดูแลสุขภาพช่องปาก เครื่องช่วยเดิน อุปกรณ์ในการออกกำลังกาย การจัดไฟส่องสว่าง อุปกรณ์ภายในห้องน้ำเป็นต้น ซึ่งถ้าผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างครบถ้วน จะส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้และมีสุขภาพดีสอดคล้องกับจิราพันธ์ วงศ์สุวรรณและคณะ (2563) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ จำนวน 33 คนพบว่าเมื่อผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากครอบครัว ในการเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ การสนับสนุนจากภาคีสุขภาพ กศน.พม. อปท. และปราชญ์ชาวบ้านในการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น

กิจกรรมการส่งเสริมอาชีพ ได้รับความรู้จากบุคลากรทางสาธารณสุขเกี่ยวกับการดูแลตนเองให้เป็นบุคคลสุขภาพะ ได้รับแรงสนับสนุนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพภายในกลุ่มเครือข่ายในชมรม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพเป็นไปในแนวทางที่ดีขึ้น รวมถึงการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีสมรรถนะในการสร้างสุขภาพด้วยตนเองโดยการสร้างองค์ความรู้ การฝึกทักษะ การสร้างคุณค่าในตัวของผู้สูงอายุ โดยการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมภายในชุมชน การเป็นต้นแบบในการดูแลสุขภาพ ย่อมจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพลังอำนาจเพิ่มมากขึ้นที่จะจัดการดูแลสุขภาพของตนเองได้สอดคล้องกับงานวิจัยของ น้ำทิพย์ ยิ้มยิ้มและคณะ (2560) ที่ศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน 4 ขั้นตอน โดยมีกิจกรรมคือ ครั้งที่ 1 ค้นพบความจริง(กิจกรรมรู้ตนเอง)ครั้งที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ(กิจกรรมรู้บทวน) ครั้งที่ 3 การตัดสินใจเลือกทางออก (กิจกรรมรู้แก้ไข)และ ครั้งที่ 4 การคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (กิจกรรมฉันทำได้และต่อเนื่อง) ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.05$)และมีค่าความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.05$) ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ ย่อมจะส่งผลให้มีระดับคะแนนของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้นตามลำดับ และกิจกรรมซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นได้มีความสอดคล้องกับบริบทของการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุตำบลโนนคูณ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมมีคะแนนความพึงพอใจหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษาของปัทมา ผาติภทรกุลและคณะ, 2561) ที่ทำการศึกษาประสิทธิภาพโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดสระบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 65 คน ที่เข้าร่วมกิจกรรมระยะเวลา

8 สัปดาห์ โดยรับฟังการบรรยาย การสาธิต และการฝึกปฏิบัติ รวมทั้งสิ้น 15 ชั่วโมงผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นและอยู่ในระดับดี ในด้านการรับประทานอาหารและการผ่อนคลายความเครียด ดังนั้นการที่นำเอาผู้สูงอายุมาเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมที่จัดขึ้น ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมย่อมจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีอย่างแน่นอน และเมื่อผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ย่อมจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้นตามลำดับ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1.ควรเพิ่มระยะเวลาศึกษาให้นานขึ้น เพื่อจะได้ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นได้แม่นยำมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข,กรมอนามัย,(2562).คู่มือแนวทางการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กรมอนามัย.

กระทรวงสาธารณสุข,กรมอนามัย.(2563).คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวียืนยาว (Individual Wellness Plan) สำหรับผู้สูงอายุ.

กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, ระบบสถิติทางทะเบียน, สถิติจำนวนประชากรแยกอายุ. (ออนไลน์) 2566 (อ้างเมื่อ 13 กุมภาพันธ์ 2566). จาก: <https://bluebook.anamai.moph.go.th/>

กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย.(2566).ระบบสารสนเทศสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมเขตพื้นที่รับผิดชอบ จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน. (ออนไลน์) 2564(อ้างเมื่อ 13 กุมภาพันธ์ 2566)จาก:<http://dashboard.anamai.moph.go.th/population/pop-all/changwat?year=2023&cw=33>.

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(2564) คู่มือมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ปี2564, <https://icd.go.th/webth2/wp-content/uploads/2021/06/Health-Service-System-Standards-Year-64.pdf>.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2564). คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข(2565) คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินกรณีการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย.

กรมควบคุมโรค.(2565). กระทรวงสาธารณสุข.Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard <https://ddcmoph.go.th/index.php>. มกราคม.

จิรนนท์ วงศ์สุวรรณและคณะ (2563). การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนผู้สูงอายุอำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่.พยาบาลสาร ปีที่ 47 ฉบับที่ 3 กรกฎาคมกันยายน พ.ศ. 2563.

น้ำทิพย์ ยิ้มแย้มและคณะ (2560). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแก้งดินสอ อำเภอนาดูน จังหวัดปราจีนบุรี.สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น ปีที่ 24 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2560.

2.ควรมีการดำเนินงานในการสร้างเสริม

พลังอำนาจในกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มอื่นๆเพื่อนำมาปรับปรุงโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นในลำดับต่อไป

การนำการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1.สามารถนำผลการศึกษาดังกล่าวไปใช้วางแผนแก้ไข ปรับปรุงหาแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงได้

2.สามารถนำผลการศึกษาไปทบทวนโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปดำเนินการแก้ไขปัญหาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนใกล้เคียงได้

ปีพณัติภัทรกุลและคณะ (2561)ประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนวารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ปี ที่ 12(ฉบับพิเศษ)กค.-ธ.ค. 2561.

ปิติคุณ เสดะปุระและ ญัฐธกุล ไชยสงคราม (2564).ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564.วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ปีที่ 16 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2565.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.).(2564). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากร และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย,2563.(2563)รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2563.สำนักส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.โรงพยาบาลพัทลุง พ.ศ.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.).(2559).คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

World Health Organization.(2020). Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). 16-24 February.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2020). World Population Ageing 2019 (ST/ESA/SER.A/444). New York: United Nations.

Bloom BS. (1968). Learning for mastery. Evaluation comment, 1(2). Center for the study of evaluation of instructional programs, University of California, Los Angeles, USA.

Bloom, B.S. (1956).Taxonomy of educational objectives, the classification of educational goals handbook I: Cognitive domain. New York: McKay.

Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal health behavior. Health education monographs, 2, 324-473.

Haleem A, Javaid M, Vaishya R. Effects of COVID 19 pandemic in daily life. CMRP. 2020;10:78-79, 2020.Sintema EJ. Effect of COVID-19 on the performance of grade 12 students: Implications for STEM education. EURASIA J Math Sci Tech Ed. 2020; 16(7), em1851, 2020.

Gibson, C.H. (1991). “A Concept Analysis of empowerment,” Journal of Advance Nursing. (16) : 354-361.

Lemeshow S, Hosmer.(1990). D.W, & Klar J. Jr. Adequacy of Sample Size in Health Studies. New York: John Wiley & Sons Inc.

Lewin, Kurt.(1951). “Field. Theory and Leaning” Ind. Cartwright Field theory in Social Science:Selected Theoretical. New York:Harper and Row.

Prasrimahabodi Psychiatric Hospital.(2021).Report of patients with depressive disorder who access the medical service. Ubon Ratchathani: Prasrimahabodi Psychiaric Hospital,; 2021 [cited 2022 Sep 7]. Available from: https://thaidepression.com/www/report/main_report/