

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อม สู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี

พิเชฐ ปัญญาสิทธิ์ ส.ม.*

รัชฎาวัลย์ โพธิ์ขันธุ์ วท.ม. (จิตวิทยาชุมชน)**

วาสนา ธัญญโชติ ป.ผู้ช่วยพยาบาล***

พรฤดี นิธิรัตน์ Ph.D (Health Beh & Edu)****

ปิ่นนเรศ กาศอุดม ป.ร.ด. (การศึกษาและพัฒนาสังคม)*****

* สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแหลมสิงห์

** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

*** โรงพยาบาลแหลมสิงห์

**** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

***** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่

วันรับ:	10 ต.ค. 2562
วันแก้ไข:	17 ม.ค. 2563
วันตอบรับ:	31 ม.ค. 2563

บทคัดย่อ การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ สำหรับผู้สูงอายุในอำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี โดยรูปแบบประกอบด้วยกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ที่พัฒนาขึ้นโดยคำนึงถึงบริบทของพื้นที่ตำบลพลั่ว อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี (L-SA Model) กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุตอนต้นที่มีอายุตั้งแต่ 60-70 ปี จำนวน 30 คน และมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ได้ ≥ 12 คือ สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก และกำหนดให้ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างต้องเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 6 ครั้ง ในระยะเวลา 4 เดือน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประเมินศักยภาพด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม (การมีงานทำ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน) และด้านความมั่นคงในชีวิต (การมีรายได้เพียงพอ และที่อยู่อาศัยมั่นคง) ก่อนและหลังการใช้ รูปแบบ L-SA Model วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงมาตรฐาน และ Paired samples t-test ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.7) มีอายุเฉลี่ย 64.7 ปี (SD 2.55) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 63.3) ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 86.7) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 60.0) ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 46.7) หลังการใช้รูปแบบ L-SA Model ผู้สูงอายุมีศักยภาพด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วมและด้านความมั่นคงในชีวิต สูงขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบ L-SA Model อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.001$ จึงสรุปได้ว่ารูปแบบ L-SA Model มีประสิทธิผลดี และสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุตอนต้นมีความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพต่อไป

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ; ศักยภาพ; การส่งเสริมสุขภาพ; การเตรียมความพร้อม

บทนำ

ประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมสูงอายุในปี พ.ศ. 2543 กล่าวคือ พบอัตราส่วนผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ และในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุถึงร้อยละ 17.1 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงเป็นอันดับ 2 ในภูมิภาคอาเซียน การเติบโตของประชากรกลุ่มนี้มีทิศทางสูงขึ้นและจะทำให้ประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (complete aged society) ในปี พ.ศ. 2564 นอกจากนี้ยังคาดการณ์ได้ว่า ในปี พ.ศ. 2578 ประชากรผู้สูงอายุจะสูงถึงร้อยละ 30.0 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งเท่ากับการเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (super aged society)⁽¹⁾ ผู้สูงอายุมีความต้องการทางด้านร่างกายที่จำเพาะกว่าวัยอื่น ๆ เพราะเป็นวัยที่ร่างกายมีความเสื่อมสูง จึงต้องได้รับการดูแลเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ และการช่วยเหลือดูแลอย่างใกล้ชิดเมื่อยามเจ็บป่วย ส่วนด้านจิตใจก็เป็นวัยที่ต้องการการประคับประคองทางอารมณ์และความรู้สึก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะรู้สึกว่าคนรอบข้างไม่ให้ความสำคัญกับตนเองเหมือนเมื่อก่อน คุณค่าในตัวเองลดลงจนรู้สึกมีอารมณ์ไม่มั่นคง การกระทบกระเทือนใจเพียงเล็กน้อยจะทำให้ผู้สูงอายุเสียใจ หงุดหงิดหรือมีภาวะซึมเศร้าได้ และความผิดปกติทางจิตใจในวัยสูงอายุอาจเนื่องจากความเสื่อมของสมองอีกด้วย นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว สังคมและหมู่คณะ รวมถึงต้องการความมั่นคงของรายได้ที่จะทำให้ใช้ชีวิตอยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรีและลดการพึ่งพาคนอื่น⁽²⁾ อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยพบอัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 10.7 ในปี พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 18.1 ในปี พ.ศ. 2554 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 22.3 ในปี พ.ศ. 2557 นอกจากนี้สัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวตามลำพังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยปี พ.ศ. 2550 มีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ร้อยละ 7.7 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8.6 และร้อยละ 8.7 ในปี พ.ศ. 2554 และ ปี พ.ศ. 2557 ตามลำดับ⁽³⁾ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงสูงขึ้น ในขณะที่อาจต้องอยู่ตาม-

ลำพัง จึงจำเป็นต้องมีศักยภาพในการดูแลตนเอง ดังนั้น การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยจึงเป็นความท้าทายของการสาธารณสุขที่จะต้องเตรียมความพร้อมในการดูแลคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มนี้

จังหวัดจันทบุรี พ.ศ. 2558-2559 มีผู้สูงอายุร้อยละ 18.7 และ ร้อยละ 19.0 ตามลำดับ ในปีพ.ศ. 2559 มีผู้สูงอายุ 71,814 คน เป็นผู้สูงอายุติดสังคมร้อยละ 58.6 ติดบ้านร้อยละ 39.5 และติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องการการดูแล ร้อยละ 1.9

อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรีมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557-2559 คิดเป็นร้อยละ 19.0, 19.7 และ 20.9 ตามลำดับ ซึ่งปัจจุบันเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แล้ว จากการสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอแหลมสิงห์ ปี พ.ศ. 2559 พบผู้สูงอายุที่มีอายุ 90-99 ปี จำนวน 157 คน ผู้สูงอายุที่มีอายุ 100 ปีขึ้นไปจำนวน 4 คน ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 45.4 มีภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 21.6 และมีภาวะเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารและขาดสารอาหารร้อยละ 4.2

ตำบลพลี๊วเป็นตำบลที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดในอำเภอแหลมสิงห์ โดยมีผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 60-70 ปี จำนวน 689 คน ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 63.3 เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 9.3 และเป็นทั้งสองโรค ร้อยละ 12.0 และจากการสัมภาษณ์ผู้นำท้องถิ่นและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังพบว่า ผู้สูงอายุช่วงอายุ 60-70 ปี ที่สุขภาพแข็งแรงยังคงช่วยครอบครัวประกอบอาชีพ ทำงานบ้าน หรือดูแลลูกหลาน แต่ยังมีขาดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมนอกบ้าน ดังจะเห็นได้จากการที่ ชมรมผู้สูงอายุหลายแห่งในอำเภอแหลมสิงห์ยังไม่ผ่านการประเมินคุณภาพ เนื่องจากมีผู้สูงอายุเข้าร่วมน้อยและไม่สม่ำเสมอ ส่วนเรื่องความมั่นคงในชีวิต พบว่าผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับลูกหลาน โดยมีสมาชิกครอบครัวเป็นผู้ดูแลจัดหาอาหารให้ ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้รับการสนับสนุนเงินจากครอบครัว จึงมีรายได้ทางเดียวคือ จากเงินสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่รัฐบาลสนับสนุนให้เท่านั้น

ข้อมูลข้างต้นสะท้อนว่าที่อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัด

จันทบุรี มีโครงสร้างประชากรที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุสูงโดยสมบูรณ์แล้ว แต่ยังมีผู้สูงอายุเกือบครึ่งหนึ่งที่มีโรคประจำตัว ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังขาดการมีส่วนร่วมทางสังคม และยังขาดความมั่นคงด้านรายได้ อำเภอกาฬมสิงห์จึงควรมีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อเตรียมความพร้อมให้ผู้สูงอายุตอนต้นได้เป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ โดยรูปแบบที่จะนำมาใช้ควรเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ที่เป็นอำเภอยกชบาแล มีวิถีแบบชาวประมงร่วมกับการทำสวนผลไม้ และประชาชนมีความผูกพันทางสังคมสูง คณะผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (L-SA Model) ในอำเภอกาฬมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี ขึ้น โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (social support theory) และทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (social cognitive theory) มาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบ ซึ่งรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้จะส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเอง สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางสังคมมากขึ้น และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีรายได้เสริม ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (มีภาวะพลัดพลัง) พร้อมรองรับการเป็นสังคมผู้สูงวัยระดับสุดยอดต่อไป

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ในอำเภอกาฬมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี โดยมีสมมติฐานว่ารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุจะทำให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม และด้านความมั่นคงในชีวิตสูงขึ้น

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนหลัง (one group pretest posttest design) ระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่เดือนมีนาคม - กรกฎาคม พ.ศ. 2561 แบ่งเป็น 2 ระยะคือ ระยะพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ

เพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ใช้เวลา 1 เดือน และระยะศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบใช้เวลา 4 เดือน รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (L-SA Model) ที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น อยู่บนพื้นฐานทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่

1) ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (social support theory) เสนอว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลจะเกิดขึ้นได้มาจากการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ความรู้สึก ด้านสิ่งของที่จับต้องได้ และด้านการประเมินคุณค่า⁽⁴⁾

2) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (social cognitive theory) เสนอว่าพฤติกรรมของบุคคลถูกกำหนดจากปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยทางสภาพแวดล้อม บุคคลสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม ได้โดยการเรียนรู้จากการสังเกตพฤติกรรมของคนอื่นหรือที่เรียกว่า “ตัวแบบ” (Model)⁽⁴⁾

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (L-SA Model) ประกอบด้วยกิจกรรมที่หลากหลาย เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างพึ่งตนเองได้ ไม่อยู่นิ่งเฉยในการใช้ชีวิตประจำวัน มีวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ได้เข้าร่วมกิจกรรมและทำประโยชน์กับสังคม มีความงอกงามทางปัญญา และมีความมั่นคงในยามชรา ซึ่งศักยภาพผู้สูงอายุ (active aging) ที่คาดหวัง ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่

1. ด้านสุขภาพ (การประเมินสุขภาพกายของตนเอง สุขภาพจิต ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหว การมองเห็น การได้ยิน และการออกกำลังกาย)

2. ด้านการมีส่วนร่วม (การมีงานทำ การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชน และการดูแลบุคคลในครัวเรือน)

3. ด้านความมั่นคงในชีวิต (ความเพียงพอของรายได้ การเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย ลักษณะการอยู่อาศัย และสภาพการอยู่อาศัยที่ปลอดภัย)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุในตำบลพลี อำเภอลแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี ซึ่งตำบลพลีเป็นตำบลที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดในอำเภอลแหลมสิงห์ โดยเลือกผู้สูงอายุตอนต้นที่มีอายุตั้งแต่ 60-70 ปี จำนวน 30 คน กำหนดกลุ่มตัวอย่างตามแนวทาง central limit theorem⁽⁴⁾ ที่นำเสนอว่า จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่พอที่จะทำให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเป็นโค้งปกติคือ อย่างน้อย 30 หน่วย คณะผู้วิจัยได้เลือกตัวอย่างโดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้

1) มีค่าความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) ≥ 12 คือ ฟังตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้⁽⁶⁾

2) เป็นผู้สูงอายุที่มีญาติอาศัยอยู่ด้วยกัน และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้ทุกครั้งได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (L-SA Model) กำหนดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ประกอบด้วย การให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติทักษะ กิจกรรมสร้างคุณค่าแก่ตัวเอง และการทำจิตอาสา โดยกำหนดกิจกรรมส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุตามลักษณะผู้สูงอายุที่มีพฤติพลั้งครอบคลุมนองศ์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ การอยู่อย่างพึ่งตนเองได้ (being self-reliance) การไม่ยุ่งนึ่งเฉยในชีวิตประจำวัน (keeping busy in daily living) การมีวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (maintaining healthy lifestyle) การเข้าร่วมกิจกรรมและทำประโยชน์กับสังคม (being actively engaged with society) ความมอกงามทางปัญญา (Growing Spiritual wisdom) และการจัดการให้มีความมั่นคงในยามชรา (Managing later life security)⁽⁷⁾

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุจำนวน 2 คน ให้ข้อเสนอแนะและปรับแก้รูปแบบตามคำแนะนำ

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสูการศึกษา ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงโดย สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล⁽⁵⁾ มีข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ประกอบด้วย การประเมินกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนไหว การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้น-ลงบันได การอาบน้ำ การควบคุมการถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ การแปลความหมายของคะแนน คำนึงถึงเหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข แบ่งเป็น 3 กลุ่มดังนี้

- ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป
- ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน
- ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 คือ กลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัดหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน

2.2 แบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อประเมินศักยภาพผู้สูงอายุ (หรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า ภาวะพลัดพลั้ง) นำมาจากการศึกษาเรื่องการพัฒนาารูปแบบการเรียนรู้และอาชีพของ ผู้สูงอายุ: การเรียนรู้เพื่อส่งเสริมภาวะพลัดพลั้ง⁽⁷⁾ ประกอบด้วย

- ด้านสุขภาพ จำนวน 11 ข้อ เกี่ยวกับการประเมินสุขภาพกายของตนเอง สุขภาพจิต ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหว การมองเห็น การได้ยิน และการออกกำลังกาย

- ด้านการมีส่วนร่วม จำนวน 6 ข้อ เกี่ยวกับการมีงานทำ การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชน และการดูแลบุคคลในครัวเรือน

- ด้านความมั่นคงในชีวิต จำนวน 6 ข้อ เกี่ยวกับความเพียงพอของรายได้ การเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย ลักษณะการอยู่อาศัย และสภาพการอยู่อาศัยที่ปลอดภัย

ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ คือ เป็นผู้มีอายุ 60-70 ปี ในอำเภอแหลมสิงห์ จำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากที่พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (L-SA Model) เสร็จสมบูรณ์แล้ว คณะผู้วิจัยนำรูปแบบไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นเก็บข้อมูล Pretest และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 6 ครั้ง ในระยะเวลา 4 เดือน เมื่อดำเนินกิจกรรมเสร็จสิ้นแล้ว คณะผู้วิจัยเก็บข้อมูล Posttest แล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จังหวัดจันทบุรี ตามหนังสืออนุมัติเลขที่ CTIREC 054

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และใช้สถิติ paired sample t-test ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของศักยภาพของผู้สูงอายุด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม และด้านความมั่นคงในชีวิต ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อ

เตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (L-SA Model)

ผลการศึกษา

การวิจัยนี้แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ จึงนำเสนอผลการศึกษาตามระยะของการศึกษา ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะพัฒนารูปแบบพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

คณะผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (L-SA Model) และให้ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะ จากนั้นได้ปรับแก้ไขรูปแบบตามข้อเสนอแนะทั้งสิ้น 3 ครั้ง ใช้เวลา 1 เดือน ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมกับบริบทของอำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี ดังตารางที่ 1

ระยะที่ 2 ระยะศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบ

เมื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพเสร็จสมบูรณ์แล้ว นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง เป็นระยะเวลา 4 เดือน พบผลการศึกษา ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในตำบลพลี อำเภอลแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.7) มีอายุอยู่ในช่วงอายุ 60 - 65 ปี (ร้อยละ 66.7) มีค่าเฉลี่ยของอายุ 64.7 ปี (SD = 2.55) มีระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 86.6) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 63.3) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 60.0) มีค่าเฉลี่ยรายได้อยู่ที่ 5,716.67 บาท (SD = 3,034.52) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค (ร้อยละ 76.7) โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 46.6)

การเปรียบเทียบศักยภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังการใช้รูปแบบ หลังกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ กลุ่มตัวอย่างมีศักยภาพด้านสุขภาพด้านการมีส่วนร่วม และด้านความมั่นคงในชีวิต สูงกว่า

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี

ตารางที่ 1 กิจกรรมการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

กิจกรรม ครั้งที่	เพื่อส่งเสริมศักยภาพ	รูปแบบ/แนวคิดสำคัญ	กิจกรรม
1	- ด้านสุขภาพ	ส่งเสริมการอยู่อย่างพึ่งตนเองได้ (being self-reliance) - การเรียนรู้การเคลื่อนไหว ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างอิสระและปลอดภัยโดยไม่อ่อนล้า	- การวัดความดันโลหิต และทำแบบทดสอบสมรรถภาพทางกาย - การสร้างความคิดทางบวกต่อการมีสุขภาพดีและสร้างแรงบันดาลใจ - จัดการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และการยืดเหยียดกล้ามเนื้ออย่างง่ายเพื่อป้องกันการหกล้ม
2	- ด้านสุขภาพ - ด้านการมีส่วนร่วม - ด้านความมั่นคง	ส่งเสริมไม่อยู่นิ่งเฉยในชีวิตประจำวัน - การดำเนินชีวิตแบบไม่นิ่งเฉยทางด้านร่างกายและความคิด	- ส่งเสริมให้ทำหน้าที่ในชมรมผู้สูงอายุ - การถ่ายทอดภูมิปัญญาชาวบ้านแก่สมาชิก - ส่งเสริมการทำงานอดิเรกในบ้าน เช่น การทำสวนผลไม้ การทำปุ๋ยใช้เอง เป็นต้น - การฝึกอาชีพเสริมตามความถนัด
3	- ด้านสุขภาพ	การมีวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ - การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันที่เป็นการสร้างเสริมให้มีสุขภาพดีทำให้ร่างกายแข็งแรงไม่เป็นโรค ควบคุมโรคเรื้อรัง โรคประจำตัวให้มีชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข	- กิจกรรมให้ความรู้เรื่องอาหารที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ - กิจกรรมให้ความรู้การใช้ยาอย่างถูกต้อง - กิจกรรมฝึกวิธีการผ่อนคลายความเครียดตามความเหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุ (การกำหนดลมหายใจ การฝึกสมาธิแบบเคลื่อนไหว SKT และ จินตภาพบำบัด เป็นต้น) - กิจกรรมให้ความรู้เรื่องการเปลี่ยนแปลงของระบบร่างกาย - กิจกรรมแลกเปลี่ยนการใช้ภูมิปัญญาชาวบ้านด้านแพทย์-ทางเลือกและแพทย์แผนไทยมาประยุกต์ใช้กับชีวิตประจำวัน
4	- ด้านสุขภาพ - ด้านการมีส่วนร่วม - ด้านความมั่นคง	การเข้าร่วมกิจกรรมและทำประโยชน์ต่อสังคม - การเข้าร่วมหรือมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ทางสังคมอย่างต่อเนื่อง	- จัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมประกอบด้วยฝึกการรำรำซึ้ง ฝึกการเดินบาสโลบ และการทำดอกไม้จันทน์ - จัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุออกเยี่ยมบ้าน ‘เพื่อนช่วยเพื่อนไม่ทิ้งกัน’ - การฝึกอาชีพเสริมตามความถนัด
5	- ด้านสุขภาพ - ด้านการมีส่วนร่วม	ส่งเสริมการออกงานทางปัญญา - การทำความดีมีสติ ยอมรับและการปล่อยวาง ศรัทธาและปฏิบัติตามหลักธรรมทางศาสนา	- การฝึกสมาธิแบบเคลื่อนไหว SKT - การฝึกการสั่งการโดยจินตภาพบำบัด - การใช้เสียงการสวดมนต์บำบัด - กิจกรรมการนำคุณประโยชน์ของบุคคลตัวอย่างมาจัดการสนทนาเพื่อเพิ่มคุณค่าตนเอง - กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านดีและความภาคภูมิใจในอดีตของผู้สูงอายุ
6	- ด้านสุขภาพ - ด้านการมีส่วนร่วม - ด้านความมั่นคง	การจัดการให้มีความมั่นคงในยามชรา - การจัดการเตรียมการของผู้สูงอายุเพื่อหลักประกันคือความมั่นคงในชีวิตยามชรา ได้แก่ การจัดการด้านที่อยู่ อาศัย ความรู้เรื่อง การดูแลตนเองเมื่อชรา สวัสดิการที่พึงได้รับ และการให้รางวัลเพื่อสร้างคุณค่า	- กิจกรรมแนะนำให้ความรู้เรื่องสิทธิสวัสดิการผู้สูงอายุที่พึงได้รับ - การฝึกอาชีพเสริมตามความถนัด - การให้ความรู้และสร้างทีมงานในเทศบาลและชุมชนในการประยุกต์การจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้านที่พักอาศัยผู้สูงอายุที่ปลอดภัย - กิจกรรมให้รางวัลแก่ผู้สูงอายุที่เป็นต้นแบบสามารถดูแลตนเองได้ดีและเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนตำบลได้สม่ำเสมอ

ทิศทางบอกว่า หลังจากได้เข้าร่วมโปรแกรม ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁰⁾ ผู้สูงอายุมีความรู้เรื่องการออกกำลังกายแบบฤๅษีตัดตน มีความคาดหวังในความสามารถตนเอง มีความคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติตัวในการออกกำลังกายแบบฤๅษีตัดตนสูงขึ้นกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹¹⁾ ภายหลังได้รับโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹²⁾

การที่ผู้สูงอายุมีศักยภาพด้านการมีส่วนร่วมสูงขึ้น อาจเป็นเพราะ L-SA Model ได้ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุมากขึ้น ซึ่งชมรมผู้สูงอายุได้จัดตั้งไว้แล้วในชุมชน แต่ไม่ค่อยมีผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรม นอกจากนั้นยังสอนทำงานอดิเรกในบ้าน ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมในครอบครัวมากขึ้น ส่วนกิจกรรม ‘เพื่อนช่วยเพื่อนไม่ทิ้งกัน’ ทำให้ผู้สูงอายุได้ออกมาทำกิจกรรมร่วมกันในการดูแลเพื่อนผู้สูงอายุในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาในกรุงโตเกียว ประเทศญี่ปุ่น ที่พบว่าปัจจัยสนับสนุนการมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุเกิดจากการที่ภาครัฐมีนโยบาย แผนงานและงบประมาณสนับสนุนที่ชัดเจน โดยส่งเสริมให้มีการจัดตั้งเป็นสมาคมผู้สูงอายุและชมรมผู้สูงอายุ ที่จัดกิจกรรมหลากหลายให้เหมาะสมตามสภาพของผู้สูงอายุ รวมถึงกิจกรรมตามความถนัดหรือความต้องการ และกิจกรรมจิตอาสา ทั้งนี้ครอบครัวมีความสำคัญในการส่งเสริมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ⁽¹³⁾

การที่ผู้สูงอายุมีศักยภาพด้านความมั่นคงสูงขึ้น อาจเป็นเพราะ L-SA Model ได้ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีความรู้เรื่องสิทธิสวัสดิการที่ผู้สูงอายุพึงได้รับ และการฝึกอาชีพเสริมตามความถนัด เพื่อให้มีโอกาสในการหารายได้เพิ่มขึ้น นอกเหนือจากเงินสวัสดิการรายเดือนที่ได้รับจากรัฐบาล นอกจากนั้นยังได้ประสานกับทีมงานของเทศบาล และชุมชนในการจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้านที่พักอาศัยของผู้สูงอายุให้ปลอดภัย ทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงด้าน

รายได้ และด้านที่อยู่อาศัยเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่จังหวัดอุดรธานี ที่พบว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ และปัจจัยด้านสุขภาพ ครอบครัว ที่อยู่อาศัย/สิ่งแวดล้อมและสังคม มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ⁽¹⁴⁾

นอกจากนี้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพยังได้ใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมมาออกแบบกิจกรรม โดยทำให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพ การมีส่วนร่วมในสังคม และการอยู่อย่างมีความมั่นคงในชีวิต รวมถึงส่งเสริมการรับรู้ว่าคุณเองสามารถสร้างศักยภาพเหล่านั้นได้อีกทั้งยังกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ผ่านบุคคลต้นแบบเพื่อให้ผู้สูงอายุได้สังเกตและเลียนแบบพฤติกรรมของผู้สูงอายุต้นแบบ ทำให้ผู้สูงอายุมีแนวทางในการดูแลตนเองให้เป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพได้ สอดคล้องกับการศึกษาเพื่อส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ที่ทำให้นักเรียนเห็นประโยชน์ของการรับประทานผักและผลไม้ และรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับประทานผักและผลไม้ หลังจากเด็กนักเรียนได้ร่วมโปรแกรมการเรียนรู้ 8 สัปดาห์ พบว่านักเรียนในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการบริโภคผักและผลไม้ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริโภคผักและผลไม้ และความคาดหวังในผลดีของการบริโภคผักและผลไม้เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁵⁾ และยังสอดคล้องกับการศึกษาการปรับพฤติกรรมโดยใช้แนวคิดทฤษฎีปัญญาสังคมต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ที่เน้นการเรียนรู้โดยการสังเกต การกำกับตนเอง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าระดับน้ำตาล FBS เฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁶⁾

เมื่อวิเคราะห์ถึงปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม⁽¹⁷⁾ ที่สนับสนุนความสำเร็จของ L-SA model ในการส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่า ในด้านปัจจัยนำ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรม จึงมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นอกจากนี้โปรแกรมยังมีการให้ความรู้และการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ จึงส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านปัจจัยเอื้อ มีการสนับสนุนทรัพยากรในการจัดกิจกรรม รวมถึงมีการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านที่พักอาศัยของผู้สูงอายุให้มีความปลอดภัย เป็นต้น จึงสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือมีศักยภาพได้อย่างต่อเนื่อง และด้านปัจจัยเสริม โปรแกรมจัดให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนวัยเดียวกัน ได้ช่วยเหลือกัน นอกจากนี้ยังให้รางวัลแก่ผู้สูงอายุที่เป็นต้นแบบสามารถดูแลตนเองได้ดีและเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนได้สม่ำเสมอ ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุคงเป็นผู้ที่มีศักยภาพอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุในท้องถิ่น ควรพิจารณานำ L-SA Model เข้าเป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาและส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ ซึ่งจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้
2. ควรนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (L-SA Model) ไปใช้เป็นแนวทางในการออกแบบกิจกรรมส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุตอนต้น โดยควรจัดกิจกรรมที่มีระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน จัดกิจกรรมให้ครอบคลุมการให้ความรู้ และการเพิ่มทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุและการทำจิตอาสา และการสร้างโอกาสในการเพิ่มรายได้ให้ผู้สูงอายุ ทั้งนี้โดยคำนึงถึงบริบทของแต่ละพื้นที่

3. ควรทำการศึกษาประสิทธิภาพของ L-SA Model อีกครั้ง โดยให้มีกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อยืนยันผลการศึกษาที่พบ

เอกสารอ้างอิง

1. สุรพงษ์ มาลี. รู้จักสังคมสูงอายุและสถานการณ์ผู้สูงอายุ (ในประเทศไทย). วารสารข้าราชการ [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [สืบค้นเมื่อ 15 ต.ค. 2561]; 4: 5. แหล่งข้อมูล: <https://www.ocsc.go.th/sites/default/files/document/ocsc-2561-y60b04.pdf>
2. สำนักส่งเสริมสุขภาพ. การเปลี่ยนแปลงและเตรียมตัวเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 ต.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://hp.anamai.moph.go.th/soongwai/statics/health/prepared/topic003.php>
3. นางสมฤทัย บุญสุธากุล. ฐานข้อมูลทางวิชาการ ด้านการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุแบบครบวงจร เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของคณะกรรมการการสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 ต.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://www.senate.go.th/assets/portals/28/fileups/146/files/ฐานข้อมูลทางวิชาการ.pdf>
4. ลินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี, ศรีเสาวลักษณ์ อุ่นพรมมี. ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ (ฉบับสรุปสาระสำคัญ). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข; 2555.
5. Glen ฌ. Large enough sample condition [Internet]. 2019 [cited 2019 Jul 20]. Available from: <https://www.statisticshowto.datasciencecentral.com/large-enough-sample-condition/>
6. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
7. World Health Organization. Active aging, a policy framework. A contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging, Madrid, Spain [Internet]. 2002 [cited 2017 Dec 10].

- Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf;jsessionid=4B225534E05C48D7BF7BA169E-2297C07?sequence=1
8. ทนศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข, ภาณุวัฒน์ เชิดเกียรติกุล, ปณิตา วรรณพิรุณ. การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้และอาชีพของผู้สูงอายุ: การเรียนรู้เพื่อส่งเสริมภาวะพลัดพลัง [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [สืบค้นเมื่อ 20 ต.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://dric.nrct.go.th/Search/SearchDetail/278851>
 9. เสาวนิจ นิจอรรถชัย, มาลี สันติศิริศักดิ์. การสนับสนุนทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ. วารสารกองการพยาบาล 2553; 37(2):64-76.
 10. พรพิมล เพ็ชรบุรี. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัย-ธรรมศาสตร์; 2559. 163 หน้า.
 11. ศิริพร สนิทนิตย์, พรณี บัญชรหัตถกิจ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายแบบฤๅษีดัดตน ในกลุ่มผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมในอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร 2557;29(3):304-10 .
 12. เสาวนีย์ ชนะพาล. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรัง
 - ระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558. 215 หน้า.
 13. วรณิษฐ์ โชคนิธิรัตน์. ปัจจัยสนับสนุนการมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุในกรุงเทพฯ ประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [สืบค้นเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2562]. แหล่งข้อมูล: <https://www.western.ac.th/images/NurseW/RESEARCHPROJECT/2559/elder03.pdf>
 14. กาญจนา ปัญญาธร. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2556;22(2):24-36.
 15. วราภรณ์ ยิ่งเยี่ยมม, พัชราณี ภาวัตกุล, มันทนา ประทีปะเสน, นิรัตน์ อิมามี. การส่งเสริมการบริโภคผักและผลไม้โดยประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2556;43(2):126-37.
 16. พาขวัญ บุญประสานม, เตชา ทำดี, อัญชลี ฉลาดธัญญกิจ, อุทัยวรรณ ทิรัญศุภโชติม, สุภักดิ์ สีธูป. ผลของการปรับพฤติกรรมโดยใช้แนวคิดทฤษฎีปัญญา สังคมต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยคต จังหวัดอุทัยธานี. พยาบาลสาร 2557;41(5):35-47.
 17. Green LW, Kreuter W. Health Promotion Planning: An education and ecological approach. 4th ed. Toronto: Mayfield Publishing; 2005.

Abstract: Laemsing Smart Ageing Model (L-SA Model): Preparedness for Active Aging in Laemsing District, Chanthaburi

Pichet Punyasit, M.P.H.*; Rassadawan Potikhan M.S.(community Psychology); Wasana Tanyachot Cert. For PN.***; Pornruedee Nitirat Ph.D (Health Beh & Edu)****; Pinnarate Gadudom Ph.D. (Education and Social Development)*******

** Laemsing District Public Health Office; ** Chanthaburi Provincial Public Health Office; *** Laemsing Hospital; **** Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima Phare Province; ***** Boromara-jonani College of Nursing, Phare Province, Thailand*

Journal of Health Science 2020;29(3):478-88.

This quasi-experimental study aimed to create a health promotion model called “Laemsing Smart Ageing Model” (L-SA Model) to help older adults become active aging. The model consisted of 6 dimensions of health promotion activities that were designed in concern of the community context. The samples were 30 older adults aged 60–70 years old who had Barthel Index for Activities of Daily Living (ADL) at least 12 and could complete all activities in the model. The samples were selected based on the inclusion criteria to participate in the L-SA Model for six times in 4 months. Active aging competencies in health, social participation (having a job and involving in family and social activities), and healthy and secure living (sufficient income and secure accommodation) were measured before and after implementing the model. Data were analyzed with statistics including number, percentage, mean, standard deviation, and paired samples t-test. The results revealed that most samples were females (76.7%), married (63.3%), had an average age of 64.7 (SD=2.55), education level of grade 6th (86.7%), an average income of 5,716.67 baht (SD=3,034.52), and lived with hypertension (46.68%). After implementing the L-SA Model, samples’ competencies in health, social participation, and healthy and secure living were significantly higher than those before implementing the L-SA Model (p-value<0.001). Therefore, the L-SA Model should be taken into consideration to prepare younger aging persons to be active aging in the future.

Keywords: older adults; active aging; health promotion; preparedness