

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสิทธิผลการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านตาก

พิเชฐ บัญญัติ*

วรพร คุ้มอรุณรัตนกุล**

สุภาภรณ์ บัญญัติ**

กิตติพัทธ์ เอี่ยมรอด*

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก

**โรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก

บทคัดย่อ

การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) เพื่อศึกษารูปแบบที่เหมาะสมของการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ประสิทธิภาพและปัจจัยแห่งความสำเร็จของการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลบ้านตากที่เข้าร่วมโครงการในช่วงปี พ.ศ. 2548-2550 โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากกลุ่มตัวอย่างจากผู้เข้าร่วมโครงการ 200 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมโดย McNemar test ร่วมกับการเก็บข้อมูลจากเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่ที่เข้าร่วมโครงการแล้วนำมาวิเคราะห์โดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการศึกษพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 67 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77 มีอายุระหว่าง 60-74 ปี ร้อยละ 47 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 76.5 จบชั้นประถมศึกษาและร้อยละ 87.5 มีผู้ดูแลยามเจ็บป่วย โดยมีบุตรเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 37.5 ผลการศึกษาก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแล้ว 3 เดือนพบว่าข้อมูลสุขภาพในเรื่องการสูบบุหรี่ ปัญหาระบบทางเดินปัสสาวะ การนอนไม่หลับ ท้องผูก ภาวะซึมเศร้า การกินอาหารไม่เหมาะสม ดัชนีมวลกาย อัตราการไหลของอากาศขณะหายใจออกและระดับความดันโลหิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของโรงพยาบาลบ้านตาก สร้างขึ้นโดยการบูรณาการความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาปรับให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ นำสู่การปฏิบัติด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ทักษะ ทักษะที่ได้นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ดีขึ้น ความสำเร็จเกิดการจัดโปรแกรมที่เหมาะสมสอดคล้องกับชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุร่วมกับการทำให้ผู้สูงอายุตระหนักในคุณค่าของตนเองภายใต้การสนับสนุนของทีมสหสาขาวิชาชีพและครอบครัวส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง หน่วยงานอื่นๆสามารถนำแนวทางและหลักการของบ้านตากไปประยุกต์ใช้ได้

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ, การดูแลผู้สูงอายุ

บทนำ

ประชากรโลกกำลังเข้าสู่วัยชราที่มีผู้สูงอายุมากถึง 600 ล้านคนทั่วโลกและจะเพิ่มเป็นสองเท่าในปี พ.ศ. 2568 และถึง 2,000 ล้านคนในปี พ.ศ. 2593 โดยประชากรสูงอายุส่วนใหญ่จะอยู่ในประเทศกำลังพัฒนาที่มีการเตรียมความพร้อมรองรับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรที่มีประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วนี้ไม่น้อยมาก⁽¹⁾ ประเทศกำลังพัฒนาก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุก่อนที่จะรวย ในขณะที่ประเทศพัฒนาแล้วรวยก่อนก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การที่ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นเป็นผลสำเร็จของการพัฒนาด้านสาธารณสุข สังคมและเศรษฐกิจแต่จะเผชิญกับปัญหาสุขภาพจากโรคที่มาจากวัยและความเสื่อมตามวัยที่เกิดขึ้นแล้วรักษาหายขาดได้ยากหรือไม่ได้เลย ส่งผลให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายด้านรักษาพยาบาลจำนวนมากและกระทบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายুরวมทั้งบุคคลในครอบครัวได้

ในปี พ.ศ. 2550 ประเทศไทย มีผู้สูงอายุร้อยละ 10.86 ของประชากรทั้งหมด 62,824,000 คน อีก 20 ปีข้างหน้า สัดส่วนประชากรสูงอายุจะเพิ่มเท่าตัว⁽²⁾ ส่งผลกระทบต่อระบบบริการและงบประมาณด้านสาธารณสุขของประเทศจากผลแทรกซ้อนของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่ต้องอาศัยแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ในขณะที่เดียวกันต้องปรับเตรียมความพร้อมของสถานบริการสาธารณสุขให้มีความพร้อมในการรับมือกับปัญหาเหล่านี้ได้อย่างเหมาะสมภายใต้หลักการที่ถูกต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิต เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในแต่ละพื้นที่⁽³⁾

แม้ผู้สูงอายุจะมีความเสื่อมไปตามวัยที่เพิ่มขึ้นจึงก่อให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆแต่ก็ไม่ได้หมายถึงไม่สามารถดูแลตนเองได้ ผู้สูงอายุมีประสบการณ์ในชีวิตอย่างมากมาย หากมีกลยุทธ์ที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้

สูงอายุและครอบครัวให้มีความรู้ในการดูแลสุขภาพ มีความเชื่อมั่นในตนเองและสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้เหมาะสมตามวัยและโรคที่เป็นอยู่ก็จะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามอัตราได้⁽⁴⁾

จึงศึกษาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบที่เหมาะสมของการจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ และเพื่อศึกษาประสิทธิผลและปัจจัยแห่งความสำเร็จของการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลบ้านตาก

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) มี 4 ขั้นตอนคือการวิเคราะห์สถานการณ์ การวางแผน การดำเนินการและการประเมินผลจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 200 ราย ที่เข้าร่วมโครงการตั้งแต่เดือนมกราคม 2548 ถึงเดือนมกราคม 2550 และการศึกษานี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลบ้านตาก รวมทั้งได้คำนึงถึงจริยธรรมในเรื่องการเปิดเผยข้อมูลของผู้ที่เกี่ยวข้อง สิทธิผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ รวมทั้งผลกระทบต่อผู้ป่วย มีรายละเอียดการศึกษา ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ (Situational analysis)

จากแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่ทำให้มีผู้สูงอายุมากขึ้น คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลได้ร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหาและสถานการณ์เกี่ยวกับผู้สูงอายุในอำเภอบ้านตากจากเอกสารสรุปผลงาน แบบประเมินความพึงพอใจผู้ป่วย การประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลและการประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอบ้านตาก พบว่า

สถานการณ์ด้านผู้สูงอายุในอำเภอบ้านตาก มีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 12.2 ของประชากรทั้งอำเภอ 48,063 คน มีอัตราการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ้านตากร้อยละ 21.70 ของผู้

มารับบริการทั้งหมด โดยส่วนมากเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โรคที่พบบ่อย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และกลุ่มอาการเวียนศีรษะ ในปี พ.ศ. 2548 ผู้สูงอายุมาใช้บริการผู้ป่วยใน 1,115 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.5 และผู้ป่วยนอก 13,946 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.6

ด้านปัจจัยนำเข้า (input) ทางด้านงบประมาณรวมอยู่ในกิจกรรมโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของงานเวชปฏิบัติครอบครัว ส่วนด้านการดูแลรักษาและการเยี่ยมบ้านอยู่ในงบรวมด้านการรักษาพยาบาล ไม่มีทีมสหสาขาวิชาชีพดูแลรับผิดชอบเป็นการเฉพาะ ไม่มีผู้รับผิดชอบโดยตรง

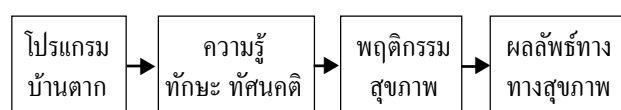
ด้านกระบวนการ (process) กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุมีการแยกส่วนระหว่างการรักษาโรคในผู้ป่วยกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุดำเนินการโดยงานเวชปฏิบัติครอบครัว ด้านการรักษาผู้ป่วยไม่มีคลินิกเฉพาะ เป็นการดูแลแบบเน้นโรคเป็นหลัก มีนำหลักการดูแลผู้สูงอายุมาใช้น้อย ขาดการจัดทำแนวทางการดูแลที่ชัดเจน ขาดการบูรณาการและผสมผสาน จึงดูแลแบบแยกส่วน ขาดการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับจากโรงพยาบาล

ด้านผลลัพธ์ (output) ไม่มีการประเมินผลการรักษา ความพึงพอใจ ระบบงานด้านบริการผู้สูงอายุโดยเฉพาะ เป็นเพียงการประเมินผลในภาพรวมของผู้ป่วยในและนอก ขาดการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน มีเฉพาะรายที่เข้าเกณฑ์ต้องเยี่ยมบ้านเท่านั้น

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผน (Planning)

มีการกำหนดเป็นนโยบายการดูแลผู้สูงอายุ⁽³⁾ และตั้งคณะทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพที่สนใจในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักสุขศึกษา อายุรเวท เจ้าหน้าที่โภชนาการและมีพยาบาลเฉพาะทางด้านดูแลผู้สูงอายุเป็นเลขานุการ⁽⁵⁾ เพื่อร่วมกันกำหนดกรอบแนวคิด รูปแบบและโปรแกรม

การดูแลผู้สูงอายุ⁽⁴⁾ ของโรงพยาบาลบ้านตาก (Bantak program) โดยการศึกษาแบบจากเอกสาร งานวิจัยต่าง ๆ การดูงานของแพทย์ที่ประเทศออสเตรเลีย ความรู้จากพยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้สูงอายุ ร่วมกันกำหนดกรอบแนวคิดเพื่อกระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยทำให้มีความรู้ ทักษะทัศนคติและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม⁽⁶⁾ ดังนี้



การสร้างโปรแกรมบ้านตาก ได้บูรณาการความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมโดยนำความรู้ในการเสริมสร้างสมรรถนะของตนเองและการสนับสนุนทางสังคมมาใช้⁽⁷⁾ นำรูปแบบการให้บริการแบบผสมผสานและครอบคลุมทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ⁽⁵⁾ ใช้การสื่อสารที่เข้าใจง่าย ภาษาท้องถิ่นและชัดเจน⁽⁸⁾ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้พูด แลกเปลี่ยนเรียนรู้ แสดงความรู้สึกรู้สึกคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการเลือกกิจกรรมที่ชอบ⁽⁹⁾ การวางแผนการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้านทั้งผู้สูงอายุ กลุ่มเพื่อน ครอบครัวและชุมชน⁽⁵⁾ การทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการประสานงานกันที่ดี มีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ⁽¹⁰⁾ การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันในกลุ่มผู้สูงอายุ การเยี่ยมบ้าน⁽¹¹⁾ และการสร้างเครือข่ายชุมชน⁽¹²⁾ การส่งเสริมการมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ⁽¹³⁾ การประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาชาวบ้านและการแพทย์แผนไทยมาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพ⁽¹⁴⁾ และให้กิจกรรมสอดคล้องไปกับงานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน⁽¹⁵⁾ มากำหนดเป็นกิจกรรมหลักและสร้างโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ดังตารางที่ 1

โปรแกรมการปรับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุมีกิจกรรมหลัก ดังนี้

1. การประเมินสภาวะสุขภาพทางร่างกาย และจิตใจ⁽¹⁶⁾ โดยตรวจร่างกาย ชักประวัติการเจ็บป่วย ตรวจสมรรถภาพทางกายวัดความจุปอด น้ำหนัก ส่วนสูง

ปริมาณไขมันในร่างกาย รอบเอว วัดสายตา ตรวจฟัน ประเมินภาวะซึมเศร้า ความจำ แขนงคิ้วหรือญาติ ตรวจเท้าเบาหวาน เอ็กซเรย์ปอด/ตรวจคลื่นหัวใจและเจาะเลือดตรวจสุขภาพ

2. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องโรค ความเสื่อมตามวัย ปัญหาที่พบในผู้สูงอายุ เทคนิคการดูแลสุขภาพ และ มอบชุดคู่มือการดูแลสุขภาพ

3. กายภาพสอนการออกกำลังกายที่เหมาะสม และ ออกกำลังกายตามความชอบของกลุ่มทุกวัน เช่น รำกระบอง เดินสวนหิน เป็นต้น

4. การให้คำปรึกษารายบุคคลและกลุ่ม เรื่องการเลิกบุหรี่ การปรับตัวต่อโรค และครอบครัว

5. การรักษาพยาบาลเมื่อมีการเจ็บป่วย

6. ฝึกทักษะในพฤติกรรมสุขภาพด้านต่าง ๆ เช่น โภชนาการ ออกกำลังกาย ด้านจิตใจ เป็นต้น

7. ทันตกรรม ดูแลสุขภาพปากและฟัน การบดเคี้ยว และปัญหาในช่องปากที่พบบ่อย

8. งานแพทย์แผนไทยฝึกนวดตนเอง ภายบริหารแบบฤๅษีตัดตน ตีแม่เครื่องตีสมุนไพรรู้เรื่องผักพื้นบ้าน สมุนไพร และการใช้สมุนไพรรักษา

9. เภสัชกรแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องผลของยาต่อผู้สูงอายุ และการใช้ยาอย่างถูกวิธี

10. การตรวจเยี่ยมสิ่งแวดล้อมในบ้าน และดูแลครอบครัว เพื่อสร้างความตระหนักของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และพัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

11. การค้นหาดาวเด่นในทีมด้านต่าง ๆ เช่น การอ่านพระไตรปิฎก สมุนไพร การใช้อุปกรณ์นวดตัวเอง ความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ และสุรา เป็นต้น เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้เรื่องต่าง ๆ ร่วมกัน

12. ฝึกทำสมาธิเบื้องต้น ทำบุญและฟังธรรมที่วัด

13. ติดตามติดตามผลหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 เดือน จัดกิจกรรมประจำวันตามตารางที่ 1

ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินการ (Implementation)

การจัดทำโครงการเสนอขออนุมัติงบประมาณ ดำเนินการต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล การ

ประชุมซักซ้อมความเข้าใจในระบบกิจกรรมที่จัดทำใน คณะกรรมการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล ประสานกับหน่วยงานสนับสนุนในโรงพยาบาล สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัย ชมรมผู้สูงอายุอำเภอบ้านตากรวมทั้งการประชาสัมพันธ์กิจกรรมผ่านทางหอกระจายข่าว การประชุมหมู่บ้านและสถานีวิทยุท้องถิ่น

การนำโปรแกรมลงสู่การปฏิบัติ หลังจากได้รับอนุมัติโครงการแล้วได้ดำเนินการโดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายเป็นรุ่น ๆ ละ 10-15 คน กลุ่มเป้าหมาย⁽¹¹⁾ เป็นผู้สูงอายุที่มีความสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมเป็นระยะเวลา 5 วัน แบบไม่ค้างคืน โรงพยาบาลจัดรถรับส่งให้ในกรณีที่กลุ่มไม่สามารถเดินทางมาด้วยตนเองได้ ดำเนินกิจกรรมตามตารางที่ 1

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล (Evaluation)

การประเมินผลเชิงปริมาณ โดยสุ่มตัวอย่างจากแบบอย่างง่ายกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 200 ราย หาขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางประมาณค่าอำนาจทดสอบ กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ระดับอำนาจการทดสอบ (power analysis) เท่ากับ 0.80 และขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปรเท่ากับ 0.20 จากการเปิดตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 197 ราย⁽¹⁷⁾ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมโดย McNemar Test

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แขนงคิ้วครอบครัว และภาวะสุขภาพ ประกอบด้วยข้อมูล อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ แหล่งที่มาของรายได้ จำนวนสมาชิกครอบครัว และผู้ดูแลประวัติด้านสุขภาพ โรคประจำตัว ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย ประวัติการสูบบุหรี่ ตีแม่แอลกอฮอล์ ประวัติการเกิดอุบัติเหตุ ประวัติการใช้ยา การขับถ่าย ปัสสาวะและอุจจาระ การนอนหลับ การทรงตัว การ

ตารางที่ 1 โปรแกรมปรับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

วัน/เวลา	08.30-09.00	09.00-10.30	10.30-12.00	12.00-13.00	13.00-14.00	14.00-15.00	15.00-16.00
จันทร์	ปฐมนิเทศ	ประเมินสุขภาพ/ ความต้องการ (BAR)	วัดสายตา/ โรคตา	อาหาร กลางวัน/ บันเทิง	ตรวจสุขภาพ โดยแพทย์	ตรวจฟัน/ การดูแลฟัน (ทันตกรรม)	เกม/กิจกรรม เฉพาะราย
อังคาร	เจาะเลือด/ อาหารเช้า/ กายบริหาร	สวดมนต์/ ทดสอบสมรรถ ภาพทางกาย	หลักการออก กำลังกาย ทั่วไป/เฉพาะโรค (สาธิต/ฝึกทักษะ) (กายภาพบำบัด)		เยี่ยมผู้สูงอายุ ดึกผู้ป่วยในและ ศึกษาร่วมกัน	เจาะใจ/ประเมิน ภาวะซึมเศร้า (งานสุขภาพจิต)	เกม/กิจกรรม เฉพาะราย
พุธ	สวดมนต์/ กายบริหาร	อาหารผู้สูงอายุ (ฝึกทักษะ)	เยี่ยมบ้านผู้สูง อายุและครอบครัว/ สิ่งแวดล้อม		เยี่ยมบ้าน(ต่อ)		
พฤหัสบดี	สวดมนต์/ กายบริหาร	สรุปปัญหา/ วางแผน/ทบทวน (AAR)	นวดตนเอง/ สมุนไพร (แพทย์แผนไทย)		ฟังผลเลือด/ ปรึกษาปัญหา สุขภาพ (แพทย์)	การฉายาใน ผู้สูงอายุ (เกศจักรกรรม)	รำวง
ศุกร์		สนทนาธรรม/สมาธิ				ฝึกทำสมาธิ/ทัศนศึกษา	

มองเห็น สุขภาพช่องปาก ภาวะซึมเศร้า และความจำ

2. แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ ด้านการจัดการกับความเครียด

3. คู่มือในการการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัว การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ คู่มือการเลิกลูกหรี และอาหารสาธิต วีดีโอการออกกำลังกายในรูปแบบต่าง ๆ เช่น รำไม้พลอง ฟ้อนเจิง รำไทย ลิเก ธรรมะ เพลง เป็นต้น เครื่องวัดปริมาณไขมัน เครื่องวัดความจุปอด แผ่นวัดสายตา แบบบันทึกผู้ป่วยใน โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ทางเดินสุขภาพ กระบอง อุปกรณ์นวด สมุนไพร และตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังในหอผู้ป่วย

การประเมินผลเชิงคุณภาพ จากข้อมูลที่ได้จาก

การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบและผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมและร่วมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ขอบเขตการศึกษา

เป็นการศึกษาในผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยงานการพยาบาลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลบ้านตาก อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548-2550

ผลการศึกษา

ข้อมูลเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 67 เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-74 ปี ร้อยละ 77 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 47 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76.5 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 80 มี

รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 2,000 บาท ร้อยละ 61.5 มีแหล่งที่มาของรายได้จากครอบครัว และ ร้อยละ 67 มีความเพียงพอของรายได้แต่ไม่เหลือเก็บ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 59 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวมากกว่า 3 คนขึ้นไปและร้อยละ 87.5 มีผู้ดูแลยามเจ็บป่วย โดยร้อยละ 37.5 ผู้ดูแลเป็นบุตร

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 73 มีโรคประจำตัว โรคที่พบบ่อยมาก 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคระบบทางเดินอาหาร โรคเบาหวาน และโรคที่พบในการมาตรวจครั้งนี้ ร้อยละ 31.5 เป็นโรคตา และร้อยละ 52 มีการทรงตัวปกติ (ตารางที่ 2)

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนเข้าโปรแกรมและหลังเข้าโปรแกรม พบว่า มีข้อมูลสุขภาพจากการประเมินดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในด้านการสูบบุหรี่น้อยลง มีปัญหาาระบบทางเดินปัสสาวะลดลง มี

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n = 200)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	66	33
หญิง	134	67
อายุ ($\bar{x} = 71$ ปี, SD = 7.25, พิสัย = 60-92 ปี)		
60-74 ปี	132	66
75-84	62	31
85 ปีขึ้นไป	6	3
สถานภาพสมรส		
คู่	94	47
โสด/ม่าย/หย่า/แยกกันอยู่	96	53
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	37	18.5
ประถมศึกษา	153	76.5
มัธยมศึกษา/อนุปริญญา/ปริญญาตรี	10	5.0
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	128	60
เกษตรกร/รับจ้าง	52	26
ค้าขาย	14	7
ข้าราชการบำนาญ	6	3

ตารางที่ 2(ต่อ) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n = 200)	ร้อยละ
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน		
< 2,000 บาท	160	80
2,000 - 5,000 บาท	26	13
> 5,000 บาท	14	7
แหล่งที่มาของรายได้		
ตนเอง	40	20.0
ครอบครัว	123	61.5
ญาติ	36	18.0
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอเหลือเก็บ	56	28
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	134	67
ไม่เพียงพอไม่มีหนี้สิน	6	3
ไม่เพียงพอมีหนี้สิน	4	2
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
1 คน	23	11.5
2-3 คน	58	29.0
> 3 คนขึ้นไป	119	59.0
ผู้ดูแลยามเจ็บป่วย		
ไม่มีผู้ดูแล	25	12.5
มีผู้ดูแลหลัก		
- คู่สมรส	72	36
- บุตร	75	37.5
- หลาน	16	8.0
- ญาติพี่น้อง/ผู้อื่น	12	6.0
โรคประจำตัว		
ไม่มี	54	27
มี	146	73
โรคที่พบบ่อย 3 อันดับแรก		
โรคความดันโลหิตสูง	73	36.5
โรกระบบทางเดินอาหาร	15	7.5
โรคเบาหวาน	14	7.0
โรคที่พบในครั้งนี*		
โรคตา	63	31.5
โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ	55	27.5
โรคความดันโลหิตสูง	28	14.0
การทรงตัว		
ทรงตัวปกติ	116	58
ทรงตัวไม่ปกติ (เดินลำบาก)	84	42

หมายเหตุ *ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 3 ข้อมูลสุขภาพจากการประเมินของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าโปรแกรมปรับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ โรงพยาบาล บ้านตาก ปี พ.ศ. 2548-2550

ข้อมูลสุขภาพจากการประเมิน	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การสูบบุหรี่^a					
สูบ	71	35.5	56	28.0	0.032*
ไม่สูบ	129	64.50	144	72.0	
ระบบทางเดินปัสสาวะ^a					
มีปัญหา	31	15.5	2	1.0	0.000*
ปกติ	169	84.5	198	99.0	
ขับถ่ายอุจจาระ^a					
มีภาวะท้องผูก	45	22.5	9	4.5	0.000*
ปกติ	155	77.5	191	95.5	
การนอนหลับ (ดีขึ้นร้อยละ)^a					
นอนไม่หลับ	75	37.5	19	9.5	0.000*
นอนหลับที่เพียงพอ	125	62.5	181	90.5	
การมองเห็น^a					
มีปัญหา	122	61.0	117	58.5	0.267
ปกติ	78	39.0	83	41.5	
สุขภาพในช่องปาก^a					
มีปัญหา	106	53.0	104	52.0	0.500
ปกติ	94	47.0	96	48.0	
สภาพอารมณ์^a					
มีภาวะซึมเศร้า	24	12.0	9	4.5	0.001*
ปกติ	176	88.0	191	95.5	
การมาตรวจตามนัด^a					
ผิดนัด	13	6.5	6	3	0.065
มาตรวจตามนัด	187	93.5	194	97	
การออกกำลังกาย^a					
ไม่เหมาะสม	191	95.5	194	97.0	0.375
เหมาะสม	9	4.5	6	3.0	
การรับประทานอาหาร^a					
ไม่เหมาะสม	54	26.5	21	10.5	0.000*
เหมาะสม	147	73.5	179	89.5	
การใช้ยา^a					
ไม่ถูกต้อง	14	7.0	8	4.0	0.210
ถูกต้อง	186	93.0	192	96.0	

ประสิทธิผลการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านตาก

ตารางที่ 3 ข้อมูลสุขภาพจากการประเมินของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ โรงพยาบาลบ้านตาก ปี พ.ศ. 2548-2550

ข้อมูลสุขภาพจากการประเมิน	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ดัชนีมวลกาย ^a (กิโลกรัม/เมตร ²)					
≥ 30	59	29.5	149	74.5	0.000*
< 30	141	70.5	51	25.5	
อัตราการไหลของอากาศขณะหายใจออก (PEFR) ^a เซนติเมตร ³					
< 900	20	90.0	9	4.5	0.007*
≥ 900	180	10.0	191	95.5	
ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ^a					
ปรกติ	52	26.0	91	45.5	0.000*
สูงกว่าปรกติ	148	74.0	109	54.5	
ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ^a					
ปรกติ	126	63.0	134	67.0	0.461
สูงกว่าปรกติ	74	37.0	66	33.0	

a= McNemar Test

*= มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<0.05

หมายเหตุ ออกกำลังกายใช้เวลานานอย่างน้อย 20-30 นาที และจำนวน 3-5 ครั้ง/สัปดาห์
กินอาหารไขมันสูง ของหวาน อาหารที่มีโซเดียมสูง อาหารรสจัดและดื่มชา/กาแฟเป็นประจำ
ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ≥ 140
ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ≥ 90

ภาวะนอนไม่หลับ ท้องผูกและภาวะซีมีเศร้าลดลง การกินอาหารไม่เหมาะสมลดลง ดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัม/ตารางเมตรลดลง อัตราการไหลของอากาศขณะหายใจออก (PEFR) มากขึ้นและระดับความดันโลหิตซิสโตลิกปรกติมากขึ้น (ตารางที่ 3)

การประเมินผลเชิงคุณภาพ การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบโครงการ พบว่า มีความพึงพอใจในการเข้าร่วมทีม เข้าใจผู้สูงอายุมากขึ้น เรื่องเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมเนื่องจากมีงานหลัก การสนับสนุนของฝ่ายสนับสนุนยังไม่คล่องตัวนัก

การสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ความพึงพอใจ ชอบกิจกรรมนี้ ทำให้รู้สึกมีเพื่อน มีคนเข้าใจ เรียนรู้จากผู้อื่น รู้ว่าควรทำอะไร ได้ฝึกปฏิบัติ

จริงร่วมกับผู้สูงอายุคนอื่นๆ ทำให้ทำได้ง่ายขึ้น มีที่ปรึกษา เกิดความรู้สึกที่ดีในการปฏิบัติตัวเอง เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รู้สึกว่าเป็นเรื่องท้าทาย

การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้เรื่องเล่าเร้าพลังให้ผู้สูงอายุที่เคยพึ่งพาคนอื่นแล้วเข้าร่วมกิจกรรมจนสามารถพึ่งพาตนเองได้ 4 คนมาเล่าให้คนอื่น ๆ ฟัง พบว่า ผู้ป่วยหญิงอายุ 66 ปีที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมา 7 ปี สามารถเลิกบุหรี่ รำกระบอง บริหารปอด กินยาและมาตรฐานตามแพทย์นัดสามารถทำงานหาเงินได้ ซึ่งจักรยานดูแลตนเองได้ เข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุมีความสุขมากขึ้น ผู้ป่วยหญิง อายุ 65 ปี ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นอัมพฤกษ์ เดินไม่ได้มา 5 ปีจนรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย พอเข้าร่วมโครงการทำให้มีกำลังใจและร่วมฟื้นฟูสุขภาพ จน

สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เดินได้ ไปเที่ยวกับเพื่อน และเป็นผู้นำการระบองของหมู่บ้าน ผู้ป่วยหญิงอายุ 63 ปี มีปัญหาเรื่องอ้วน ซอเข้าเสื่อม เดินลำบาก ปวดมากได้พยายามบริหารเข้าและควบคุมอาหารจนหายปวดเข้าเดินออกกำลังกาย เดินไปเที่ยวข้างบ้านได้ อีกรายเป็นผู้ป่วยชายอายุ 60 ปี สิบบุหรีมานานจนมีหอบเหนื่อย หลังร่วมกลุ่มแล้วทำให้อดบุหรีได้ เพราะตระหนักถึงอันตรายต่อตนเองและคนในครอบครัวและมีการตกลงงดบุหรีกันในกลุ่มจึงพยายามเลิกจนได้

สรุปและวิจารณ์

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น ส่งผลดีต่อสุขภาพหลายประการแม้จะเป็นการประเมินผลหลังร่วมกิจกรรมแค่ 3 เดือน การจัดกิจกรรมนี้ชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้เมื่อทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ มีทักษะในการปฏิบัติตน มีทัศนคติหรือแรงจูงใจที่ดีในการปฏิบัติและปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Evans และคณะ⁽⁵⁾ มีการเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกันเองและเสริมความรู้มากขึ้นจากทีมสหสาขาวิชาชีพ จึงเป็นการเรียนรู้ที่เหมาะสมตามวัย ชีวิตความเป็นอยู่และความชอบของผู้สูงอายุ ตลอดจนมีความมั่นใจที่ปฏิบัติอย่างถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Lau และคณะ⁽¹⁸⁾ และใช้พลังกลุ่มผู้สูงอายุคอยให้กำลังใจ มีเครือข่าย ไปเยี่ยมซึ่งกันและกันในชุมชนทำให้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกิดได้ง่ายขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ Giles และคณะ⁽¹⁹⁾ การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า ไม่ถูกทอดทิ้ง มีที่ปรึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ McCallum และคณะ⁽²⁰⁾ ทำให้ผู้สูงอายุมองชีวิตอย่างมีความหมาย เห็นคุณค่าในตัวเอง รวมทั้งการศึกษาของ McKinlay และคณะ⁽²¹⁾ นอกจากนั้นการออกไปเยี่ยมติดตามที่บ้านเป็นการติดตามที่ช่วยให้ทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้พบเห็น

สภาพความเป็นอยู่ ติดตามความเข้าใจในการดูแลสุขภาพทั้งของผู้สูงอายุและคนในครอบครัว จึงมีผลคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Stuck และคณะ⁽²²⁾

ปัจจัยหลักแห่งความสำเร็จของโปรแกรมนี้จึงเกิดจากการจัดโปรแกรมที่เหมาะสมสอดคล้องกับชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายুর่วมกับการทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองภายใต้การสนับสนุนของทีมสหสาขาวิชาชีพและครอบครัวจนเกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้ (knowledge) ทักษะ (skill) ทัศนคติ (attitude) และพฤติกรรมการปฏิบัติตน (behavior) สามารถนำมาสังเคราะห์เป็นต้นแบบเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุได้เป็น KSAB Model

หน่วยงานอื่นสามารถนำแนวทางและหลักการตามโปรแกรมบ้านตาก (Bantak program) นี้ไปประยุกต์ในการดูแลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ แต่ควรมีการปรับเปลี่ยนกิจกรรมบางกิจกรรมให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคลหรือกลุ่มที่มีความแตกต่างกันด้านวัฒนธรรม มีการศึกษาผลในระยะยาวและมีการกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมทุกปี เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ควรมีการศึกษาพฤติกรรมในการศึกษาเชิงคุณภาพเฉพาะรายอีกครั้งเพื่อทราบปัญหาของผู้สูงอายุอย่างลึกซึ้งซึ่งสามารถร่วมกันปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เหมาะสมและควรมีการเผยแพร่โปรแกรมปรับพฤติกรรมสู่เจ้าหน้าที่ในชุมชนหรือเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วม เช่น การรับส่งผู้สูงอายุ และการดูแลที่ต่อเนื่องทั้งผู้สูงอายุและครอบครัวและกระตุ้นให้มีการสร้างเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน แต่ควรมีการศึกษาค่าใช้จ่ายและผลลัพธ์ที่ได้ด้วย

จุดเด่นในการศึกษานี้เป็นการศึกษาความสำเร็จในระยะแรกของต้นแบบที่สร้างโดยผู้วิจัยและคณะทำงานที่มีการประยุกต์ให้เข้ากับบริบทของพื้นที่ของตนเอง นอกจากนี้ความถูกต้องของข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาและกระบวนการเก็บข้อมูลอาจส่งผลต่อผลการศึกษาได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบ้านตากทุกท่าน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านตาก เทศบาลตำบลบ้านตาก ชมรมผู้สูงอายุอำเภอบ้านตากที่ได้มีส่วนร่วมและสนับสนุนในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. 10 facts on ageing and the life course. [cited 2008 Jan 18]. Available from: URL: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/en/index.html>
2. International Data Base (IDB). Thailand IDB Country Summary. [cited 2007 Dec 11]. Available from: URL: <http://www.census.gov/ipc/www/idb/country/thportal.html>
3. World Health Organization. Strengthening active and healthy ageing. WHA58/16. 58th World Health Assembly. 25 May 2005. [cited 2008 Jan 18]. Available from: URL: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_16-en.pdf
4. Johri M, Beland F, Bergman H. International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 18(3):222-35.
5. Evans LK, Yurkow J, Siegler EL. The CARE program: a nurse-managed collaborative outpatient program to improve function of frail older people: Collaborative Assessment and Rehabilitation for Elders. *I Am Geriatr Soc* 1995; 43(10):1155-60.
6. วัลลา ตันตโยทัย. ทฤษฎีที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ. ใน: สมจิต หนูเจริญกุล วัลลา ตันตโยทัย, รวมพร คงกำเนิด, บรรณาธิการ. การส่งเสริมสุขภาพ: แนวคิด ทฤษฎี และการปฏิบัติการพยาบาล. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์; 2543. หน้า 29-46.
7. วราพร คุ้มอรุณรัตน์กุล. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547.
8. Williams K, Kemper S, Hummert ML. Enhancing communication with older adults: overcoming elderspeak. *J Gerontol Nurs* 2004; 30(10):17-25.
9. Hancock K, Chang E, Chenoweth L, Clarke M, Carroll A, Jeon YH. Nursing needs of acutely ill older people. *J Adv Nurs* 2003; 44(5):507-16.
10. Wells Y, Foreman P, Gething L, Petralia W. Nurses' attitudes toward aging and older adults-examining attitudes and practices among health services providers in Australia. *J Gerontol Nurs* 2004; 30(9):5-13.
11. Nicolaides-Bouman A, Van Rossum E, Kempen GI, Knipschild P. Effects of home visits by home nurses to elderly people with health problems: design of a randomized clinical trial in the Netherlands. *BMC Health Serv Res* 2004; 4(1):35.
12. Giles LC, Metcalf PA, Glonek GF, Luszcz MA, Andrews GR. The effects of social networks on disability in older Australians. *J Aging Health* 2004; 16(4):517-38.
13. Govier I. Spiritual care in nursing: a systematic approach. *Nursing Standard* 1999; 14(17):32-6.
14. Johnson JE. Older rural women and the use of complementary therapies. *J Community Health Nurs* 1999; 16(4):223-32.
15. Leveille SG, Wagner EH, Davis C, Grothaus L, Wallace J, LoGerfo M, Kent D. Preventing disability and managing chronic illness in frail older adults: a randomized trial of a community-based partnership with primary care. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46(10):1191-8.
16. Ellis G, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older hospital patients. *Br Med Bull* 2004; 71:45-59.
17. Polit DF, Hungler BP. Nursing research: Principles and methods. 6th ed. Philadelphia: Lippincott; 1999.
18. Lau DT, Scandrett KG, Jarzebowski M, Holman K, Emanuel L. Health-related safety: a framework to address barriers to aging in place. *Gerontologist* 2007; 47(6):830-7.
19. Giles LC, Glonek GF, Luszcz MA, Andrews GR. Effect of social networks on 10 year survival in very old Australians: the Australian longitudinal study of ageing. *J Epidemiol Community Health* 2005; 97(7):574-9.
20. McCallum J, Simons LA, Simons J. Private lives and public programs: an Australian longitudinal study of elderly. *J Aging Soc Policy* 2007; 19(4):87-103.
21. MacKinlay EB, Trevitt C. Spiritual care and ageing in secular society. *Med J Aust* 2007; 186(10):74-6.
22. Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people. *JAMA* 2002; 287:1022-8.

Abstract **Effectiveness of Elderly Behavioral Modification Program at Ban Tak Hospital, Thailand**
Phichet Banyati*, **Varaporn Koomarunratanakul****, **Supaporn Banyati****, **Kittiphath Iemrod***

*Tak provincial Health Office, **Ban Tak Hospital, Tak

Journal of Health Science 2008; 17:20-30.

The Elderly Behavioral Modification Program (Bantak program) has been implemented in Elderly care clinic of Ban Tak hospital, Tak province since 2005 with the objectives of providing health education and strengthening their health behavioral change. This participatory action research was to study the effectiveness of Bantak program in Bantak hospital during 2005-2007 with 4 stages study; situation analysis, planning, implementation and evaluation. The program was established by using primary health care, integrated and comprehensive care, multidisciplinary team and contextual relevance in order to enhance knowledge, skill, attitude to induce elderly behavioral change (KSAB Model). The quantitative data were collected from 200 elderly persons who joined this program by structured questionnaires with using percentage, McNemar test to analyze both pre and post data. By interviewing both elderly person and staffs and knowledge sharing in sample group qualitative data were collected and analysis was made by content analysis.

The findings revealed improvements of health behavior and health outcomes of the samples with significant difference ($p < 0.05$) comparing between pre and post Ban Tak were observed in terms of programming by smoking, urinary tract problems, insomnia, constipation, depression, inappropriate food consumption, body mass index and increasing peak expiratory flow rate and systolic blood pressure.

In actual implementation, Ban Tak program with substantial cooperation of multidisciplinary staff contributed to improvements of knowledge, skill, attitude, behavior and health outcomes. A health behavioral modification model called KSAB Model has been collectively formulated based on this concept. Replication can only be made in other hospital only when appropriate program setting and its context are taken into account in parallel with thorough grasp of the concepts and integration of holistic primary health care processes. The future Ban Tak program needs to address optimal methods to tackle the problems, increase community participation and have long term evaluation with cost-effectiveness analysis.

Key words: **elderly, health behavioral modification, aged care**