

ประสิทธิผลของกิจกรรมพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในบ้านโนนเค็ง ตำบลคำขวาง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

มินตรา สารรักษ์^{1*}, จิติรัช งานฉมั่ง¹, นันทยา กระสวยทอง²

¹ กลุ่มวิชาสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 34190

² กลุ่มวิชาแพทยศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 34190

The Effectiveness of Elderly Capacity Development Activity for Promoting Health Behaviors among Elderly in Ban Nonkheng, Khumkwang Sub-district, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province

Mintra Sararuk^{1*}, Thitirat Nganchamung¹, Nantaya Krasuaythong²

¹ Department of Public Health, College of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University, 34190

² Department of Medicine, College of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University, 34190

Received: 11 September 2020

Accepted: 17 December 2020

หลักการและวัตถุประสงค์: กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) กิจกรรมทางกาย 3) จิตวิญญาณ 4) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) การจัดการกับความเครียด 6) โภชนาการ รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพจิต สามารถส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุได้ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของกิจกรรมพัฒนาศักยภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ บ้านโนนเค็ง ต.คำขวาง อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี โดยเปรียบเทียบ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษากึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือผู้สูงอายุ จำนวน 37 ราย สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพ 4 ครั้ง เช่น การให้ความรู้ในการดูแลตนเอง การออกกำลังกาย การทำสมาธิ การประกวดผู้สูงอายุสุขภาพดี และฝึกทำอาหารเพื่อสุขภาพ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมสุขภาพ (ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค = 0.79) และแบบประเมินสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (T-GMHA-15) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired sample t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพและคะแนนสุขภาพจิต ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม

Background and Objective: Organizing activities in promoting health in 6 aspects as follow: 1) Health responsibility 2) Physical activity 3) Spiritual growth 4) Interpersonal relations 5) Stress management and 6) Nutrition and promoting mental health including good health behaviors could affect the good health of the elderly. This study aimed to determine the effectiveness of elderly capacity and development activities for promoting health behaviors among elderly in Ban Nonkheng vilage, Khumkwang sub-district, Warin Chamrap district, Ubon Ratchathani province.

Method: The study was quasi-experimental research. Total of 37 elderly were recruited by the purposive sampling. The study contained 4 activities, such as educating about self-care, physical activity, meditation, healthy elderly contests, healthy food cooking practice. Data were collected by using an interview for health behaviors (Cronbach's coefficient =0.79) and Thai geriatric mental health assessment tool. Data analysis, descriptive statistics were used such as percentage, mean and standard deviation. Paired t-tests was used at the statistical significance level of 0.05 to

*Corresponding author : Mintra Sararuk, Department of Public Health, College of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University, 34190. E-mail: mintra.s@ubu.ac.th

ผลการศึกษา: ภายหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ และคะแนนสุขภาพจิต ของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 26.38 ± 3.96 พฤติกรรมสุขภาพรายข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ การรับประทานอาหารครบ 3 มื้อใน 1 วัน และหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุ มีภาวะสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 56.8 และภายหลังจากจัดกิจกรรม พบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด

สรุป: กิจกรรมพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ดังนั้นควรมีการจัดกิจกรรมให้แก่ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและกิจกรรมนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุในพื้นที่อื่นๆ เพื่อยกระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: กิจกรรมพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ; พฤติกรรมสุขภาพ; ผู้สูงอายุ

compare the difference in health behaviors score and mental health score before- and after participating in the activity.

Results: Results revealed that after joined the activities, health behaviors and mental health mean scores of the elderly statistically significantly increased compared to those before joined the activities ($p < 0.001$). Before participating in the activity the elderly had Interpersonal relations with the highest mean score of 26.38 ± 3.96 , the health behaviors with the highest average scores was eating 3 meals in 1 day and after participating in activities, mean health behavior scores were significantly increase in all aspects. Before participating, the elderly had mental health condition equal to 58.6% of the general population. After the activities, it was found that the elderly had the highest level of satisfaction.

Conclusion: The findings indicated that the elderly capacity development activities had the effectiveness to increase health behaviors and mental health in the elderly. Therefore the activities should be provided continually to the elderly and the activities also could be applied to elderly in other areas in order to enhance better health behaviors.

Keywords: Elderly capacity development activity; health behaviors; elderly

ศรีนครินทร์เวชสาร 2564; 36(2): 157-165. • Srinagarind Med J 2021; 36(2): 157-165.

บทนำ

จากการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรของประเทศไทยที่ผ่านมา พบว่า สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ โดยอัตราของประชากรผู้สูงอายุไทยมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด ในปี พ.ศ. 2553 มีสัดส่วนผู้สูงอายุอยู่ที่ร้อยละ 10.7 ของประชากรรวม (7.02 ล้านคน) ในปี พ.ศ. 2555 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12.8 ของประชากรรวม (8.3 ล้านคน) ปัจจุบันประเทศไทยมีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 14.7 (9.5 ล้านคน) และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุเกินกว่าร้อยละ 20 (14.4 ล้านคน) ซึ่งหมายถึง ประเทศไทยได้เป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society)¹ มินตรา สารรักษ์ และคณะ ได้ศึกษาพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ต.คำขวาง อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี พบว่า ผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 88.5 และระดับปานกลาง ร้อยละ 11.5 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน พบว่า พฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกาย และด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับปานกลางและควรปรับปรุง ร้อยละ 44.0 และ 22.5 ตามลำดับ ผู้สูงอายุ ร้อยละ 22.7 เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 30.7,

23.8 และ 8.4 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 13.5² ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและปัญหาสุขภาพจิตนี้ส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิต ทำให้มีความสามารถดูแลตนเองได้น้อยลง รวมทั้งต้องใช้เวลาในการรักษานานและต่อเนื่อง มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตลดลงได้ ด้วยเหตุผลดังกล่าว ทีมวิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา ประสิทธิภาพของกิจกรรมพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุบ้านโนนเค็ง ต.คำขวาง อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี โดยการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพและคะแนนสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม โดยการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุบ้านโนนเค็ง หมู่ 4 ต.คำขวาง อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี ซึ่งเป็นหมู่บ้านกลุ่มตัวอย่าง 1 ใน 4 หมู่บ้าน ที่ทีมวิจัยได้ศึกษาวิจัยในปีงบประมาณ 2561 ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุบ้านโนนเค็ง มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลางมากที่สุด ในจำนวน 4 หมู่บ้านที่ทำการศึกษาคือร้อยละ 34.7 2 เนื่องจากพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งมีผลการวิจัยที่สนับสนุนว่า การสร้างเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

มีผลเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ เช่น ลิขรรณ อุณนาภิรักษ์ และคณะ³ ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนผู้สูงอายุ พบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกายและการรับรู้ภาวะสุขภาพหลังได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ดังนั้นที่วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพด้านการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน การจัดกิจกรรมต่างๆ การสร้างพลัง การใช้แนวคิดเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวอล์เกอร์ ที่ครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility) 2) ด้านกิจกรรมทางกาย (physical activity) 3) ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (spiritual growth) 4) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal relations) 5) ด้านการจัดการความเครียด (stress management) และ 6) ด้านโภชนาการ (nutrition) มาใช้ในการจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพแบบการมีส่วนร่วม ให้สอดคล้องกับแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ รวมถึงการศึกษา ทบทวนวรรณกรรมและผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง อันจะเกิดผลดีต่อผู้สูงอายุในการลดภาวะการพึ่งพา การได้รับผลกระทบจากการเป็นโรคเรื้อรังรวมถึงการชะลอความเสื่อมตามวัย รวมทั้งยังเป็นการสร้างเสริมสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย สุขภาพจิต เพิ่มการมีส่วนร่วมทางด้านสังคม ด้านปัญญาโดยได้เข้ามามีส่วนร่วมเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) ดำเนินการในช่วงเดือน ตุลาคม 2561-กันยายน 2562 การศึกษาผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัย อุบลราชธานี หมายเลขใบรับรอง UBU-REC- 07/2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายของการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านโนนเค็ง ต.คำขวาง อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี จำนวน 101 ราย (ข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คำขวาง, 2560)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา โดยการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในกรณีเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 ค่าจากกลุ่มเดียวกัน ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 และอำนาจการจำแนก ร้อยละ 80 ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการคือ 35 ราย เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างถอนตัวขณะดำเนินการวิจัย จึงได้ปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 50 ราย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ เป็นผู้มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สามารถรับรู้และติดต่อสื่อสารได้ตามปกติ ไม่มีโรคประจำตัว หรือมีโรคประจำตัวที่ไม่มีผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนา

ศักยภาพผู้สูงอายุ และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้ เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบ 4 ครั้ง เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น มีกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมครบ ทั้ง 4 ครั้ง จำนวนทั้งสิ้น 37 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) และความเหมาะสมด้านภาษาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และมีการตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.79 โครงสร้างแบบสัมภาษณ์แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์ส่วนนี้ได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของการประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (health promotion lifestyle profile)⁴ ประกอบด้วยคำถาม 36 ข้อ โดยแบ่งคำถามพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 6 ด้าน ด้านละ 6 ข้อ ดังนี้ 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) ด้านกิจกรรมทางกาย 3) ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ 4) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) ด้านการจัดการความเครียด และ 6) ด้านโภชนาการ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย มีเกณฑ์การให้คะแนน โดยข้อความทางบวกให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ และข้อความทางลบให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ ซึ่งคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน ที่อาจเป็นไปได้อยู่ระหว่าง 6-36 คะแนน และคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม อยู่ระหว่าง 36-180 คะแนน

2. แบบประเมินสุขภาพจิตของผู้สูงอายุฉบับสั้น (Thai Geriatric Mental Health Assessment Tool, T-GMHA-15) ของกรมสุขภาพจิต มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.86⁵ ซึ่งประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับสถานการณ์ อารมณ์และความรู้สึกในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน จำนวน 15 ข้อ โดยคำตอบมี 4 ตัวเลือก คือ ไม่เลย เล็กน้อย มาก มากที่สุด มีเกณฑ์การให้คะแนนสำหรับคำถามเชิงบวกเป็น 1, 2, 3, 4 ตามลำดับ และสำหรับคำถามเชิงลบให้คะแนน 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ โดยคะแนนสุขภาพจิตที่อาจเป็นไปได้อยู่ระหว่าง 15-60 คะแนน

3. กิจกรรมการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ดำเนินกิจกรรมจำนวน 4 ครั้ง (วันที่ 14, 24, 28 พฤษภาคม และ 4 มิถุนายน 2562) การดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง ระหว่างเวลา 9.00-12.00 น. ดังนี้ กิจกรรมครั้งที่ 1.) ทำแบบทดสอบก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (Pre-Test) กิจกรรมสั้นทบทวนการประเมินภาวะสุขภาพ ประชุมกลุ่มระดมสมองเพื่อให้ทราบถึงปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย และการคลายเครียด เป็นต้น และหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ทำกิจกรรมทางกายและกิจกรรมคลายเครียดและประเมินความเครียด โดยใช้ แบบสอบถามฉบับสั้น T-GMHA-15 และมอบหมายให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมที่บ้านตามความเหมาะสม

อย่างน้อย วันละ 10-15 นาทีทุกวัน และแจกแผ่นพับความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถนำไปปฏิบัติเองได้ กิจกรรมครั้งที่ 2.) ทบทวนกิจกรรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้สูงอายุแต่ละท่านได้ดำเนินการเมื่อสัปดาห์ที่ผ่านมา ทีมวิจัยเพิ่มเติมประเด็น การส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย (รูปที่ 1) การส่งเสริมภาวะโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โดยการทำกิจกรรมฐาน และการเล่นเกมส์ เป็นต้น (รูปที่ 2) สรุปแนวทางการทำกิจกรรมร่วมกันในประเด็นการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในสัปดาห์ต่อไป เช่น การมีความรับผิดชอบด้านสุขภาพ ด้านจิตวิญญาณ และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กิจกรรมครั้งที่ 3.) ทบทวนกิจกรรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้สูงอายุแต่ละท่านที่ได้ดำเนินการเมื่อสัปดาห์ที่ผ่านมา แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มๆ ละ 16-17 ราย โดยมีทีมวิจัยเป็นพี่เลี้ยง และจัดเตรียมอาหารสดให้แต่ละกลุ่มช่วยกันประกอบอาหารเพื่อสุขภาพกลุ่มละ 1 รายการ และให้แต่ละกลุ่มออกมานำเสนอผลการดำเนินงาน โดยอาหารที่แต่ละกลุ่มทำก็จะนำมาให้ผู้สูงอายุกลุ่มอื่นได้รับประทานเสริมอาหารกลางวันร่วมกัน (รูปที่ 3) สรุปสิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรมกลุ่มในครั้งนี้ในประเด็นการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การส่งเสริมภาวะโภชนาการ การมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านจิตวิญญาณ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นต้น สรุปแนวทางการทำกิจกรรมร่วมกันในประเด็นการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในสัปดาห์ต่อไป ซึ่งจะมีการประกวดขวัญใจผู้สูงอายุด้านการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้วย โดยให้ผู้สูงอายุแต่ละท่านเตรียมตัวเพื่อแสดงความสามารถด้านการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามที่ได้อบรมมาในช่วง 3 สัปดาห์ ตามความเหมาะสม กิจกรรมครั้งที่ 4.) ทบทวนกิจกรรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้สูงอายุแต่ละท่านได้ดำเนินการเมื่อสัปดาห์ที่ผ่านมา ได้แก่ การมีกิจกรรมทางกาย การส่งเสริมสุขภาพจิตและการคลายเครียด การส่งเสริมภาวะโภชนาการ การมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านจิตวิญญาณ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นต้น จัด กิจกรรมประกวดขวัญใจผู้สูงอายุด้านพฤติกรรมสุขภาพดี (รูปที่ 4) โดยให้แต่ละกลุ่มคัดเลือกตัวแทนออกมาแสดงความสามารถและตอบคำถามในประเด็นการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ทั้ง 6 ด้าน และให้ตัวแทนผู้สูงอายุเป็นคณะกรรมการให้คะแนน ร่วมกับทีมวิจัยและมอบรางวัลให้ขวัญใจผู้สูงอายุ และของชำร่วยให้ผู้สูงอายุทุกท่าน ทีมวิจัยและผู้สูงอายุร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ในการมาร่วมกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 4 สัปดาห์ และแนวทางการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ต่อเนื่องต่อไป (รูปที่ 5)

มีการสัมภาษณ์ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ และข้อมูลสุขภาพจิตตามแบบสัมภาษณ์ (Post-Test) ภายหลังการจัดกิจกรรมครั้งที่ 4 สิ้นสุดลงเป็นระยะเวลา 1 เดือน

วิธีการเก็บข้อมูล

มีขั้นตอนในการเก็บข้อมูลและดำเนินการวิจัย ดังนี้ 1) ขึ้นเตรียมผู้ช่วยวิจัย ที่มีส่วนในกระบวนการเก็บข้อมูล โดยการชี้แจงทำความเข้าใจในการใช้แบบสัมภาษณ์และกระบวนการต่างๆของการดำเนินงานวิจัย 2) ขึ้นเตรียมชุมชนและพื้นที่วิจัย



รูปที่ 1 กิจกรรมการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย ส่งเสริมสุขภาพจิต และการคลายเครียด



รูปที่ 2 กิจกรรมฐานและการเล่นเกมส์ส่งเสริมภาวะโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ

มีการจัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย แนวทางการดำเนินการวิจัยและประชาสัมพันธ์ กับตัวแทนชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน รองผู้ใหญ่บ้าน ประธาน อสม. ผู้อำนวยการ ทีมพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำขวาง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี อีกทั้งเพื่อการประสานความร่วมมือระหว่างกลุ่มอาสาสมัครในโครงการวิจัย 3) ขึ้นดำเนินการวิจัยดำเนินการที่ศาลากลางบ้าน บ้านโนนเค็ง โดยการตรวจสุขภาพเบื้องต้น การสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ และข้อมูลสุขภาพจิตตามแบบสัมภาษณ์ (Pre-Test) ดำเนินการโดยทีมวิจัยและผู้ช่วยวิจัย จัดกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 4 ครั้งๆ ละ 3 ชั่วโมง แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ ภายหลังการจัดกิจกรรมครั้งสุดท้าย สิ้นสุดลงมีการสัมภาษณ์ความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรมของผู้สูงอายุ และสัมภาษณ์ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ ข้อมูลสุขภาพจิตตามแบบสัมภาษณ์ (Post-Test) ภายหลังการจัดกิจกรรมครั้งที่ 4 สิ้นสุดลงเป็นระยะเวลา 1 เดือน และเมื่อสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเสร็จแล้ว กล่าวขอบคุณและลากลับ เป็นการสิ้นสุดการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการอธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

(ก)



(ข)



รูปที่ 3 (ก) กิจกรรมการประกวดอาหารส่งเสริมสุขภาพ (ข) การรับประทานอาหารร่วมกัน



รูปที่ 4 กิจกรรมการประกวดขวัญใจผู้สูงอายุด้านพฤติกรรมสุขภาพดี

(ก)



(ข)



รูปที่ 5 (ก) กิจกรรมการนั่งสมาธิ (ข) การผูกข้อต่อแขนเสริมสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้สูงอายุและทีมวิจัย

ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ(Percentage) ค่าต่ำสุด (Minimum, Min) ค่าสูงสุด (Maximum, Max) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation, SD) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range, IQR) และใช้สถิติ Paired sample t-test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม คะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน และคะแนนสุขภาพจิต ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษา

1. คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมครบทั้ง 4 ครั้ง จำนวน 37 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.5 มีอายุเฉลี่ย 70.49 ± 8.78 ปี สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 91.9 เป็นผู้สมรสแล้ว ร้อยละ 59.5 และ พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 40.5 ปัจจุบันไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 62.2 โดยมีรายได้มาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ร้อยละ 67.6 มีค่ามัธยฐานรายได้ 800 บาทต่อเดือน (IQR = 1,400) (ตารางที่ 1)

2. ภาวะสุขภาพเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.8 ซึ่งโรคที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 57.1, 28.6 และ 14.3 ตามลำดับ มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน ร้อยละ 56.8 และมีภาวะอ้วนลงพุง (เส้นรอบเอว มากกว่า 90 เซนติเมตร ในชาย และมากกว่า 80 เซนติเมตร ในหญิง) ร้อยละ 64.9 มีความดันโลหิตซิสโตลิกสูงกว่าปกติ (มากกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท) ร้อยละ 56.8 ส่วนความดันโลหิตไดแอสโตลิกอยู่ในระดับปกติ (60-80 มิลลิเมตรปรอท) ร้อยละ 70.3 และอัตราการเต้นของชีพจรอยู่ในระดับปกติ (60-80 ครั้ง/นาที) ร้อยละ 56.8 (ตารางที่ 2)

3. ประสิทธิภาพของกิจกรรมพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุต่อคะแนนพฤติกรรมสุขภาพและคะแนนสุขภาพจิต

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพและคะแนนสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ด้วยสถิติ Paired sample t-test (ตารางที่ 3) พบว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 150.84 และ 168.49 คะแนนตามลำดับ ซึ่งคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อพิจารณาคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรม ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ คะแนนสุขภาพจิต เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 47.30 และ 54.41 คะแนน ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ (n = 37)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
หญิง	22 (59.5)
ชาย	15 (40.5)
อายุ (ปี)	
Mean (SD) = 70.49 (8.78) [Min, Max]	[60, 91]
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	34 (91.9)
มัธยมศึกษาตอนต้น	1 (2.7)
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	1 (2.7)
ไม่ได้เรียน	1 (2.7)
สถานภาพสมรส	
สมรส	22 (59.5)
หม้าย/ หย่า/ แยก	15 (40.5)
การพักอาศัย	
อยู่กับคู่สมรส	15 (40.5)
อยู่กับบุตร	6 (16.2)
อยู่คนเดียว	4 (10.8)
อยู่กับคู่สมรสและบุตร	4 (10.8)
อยู่กับบุตรและหลาน	3 (8.1)
อยู่กับหลานหรือญาติ	2 (5.4)
อยู่กับคู่สมรส และหลาน	2 (5.4)
อยู่กับคู่สมรส บุตรและหลาน	1 (2.7)
อาชีพ	
ไม่ได้ทำงาน	23 (62.2)
รับจ้าง	8 (21.6)
เกษตรกรกรรม	6 (16.2)
แหล่งรายได้	
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	25 (67.6)
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และลูกหลาน	11 (29.7)
ลูกหลาน	1 (2.7)
รายได้ต่อเดือน (บาท)	
Median (IQR) = 800 (1,400) [Min, Max]	[600, 5,000]

ตารางที่ 2 ภาวะสุขภาพเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ (n = 37)

ภาวะสุขภาพทางกาย	จำนวน (ร้อยละ)
การมีโรคประจำตัว	
ไม่มี	16 (43.2)
มี	21 (56.8)
ระดับดัชนีมวลกาย	
น้ำหนักน้อย (BMI <18.5 kg/m ²)	5 (13.5)
น้ำหนักปกติ (BMI 18.5 - 22.9 kg/m ²)	11 (29.7)
น้ำหนักเกิน/ อ้วน (BMI ≥ 23.0 kg/m ²)	21 (56.8)
ภาวะอ้วนลงพุง	
ไม่มี (รอบเอว < 90 ซม.ในชาย, < 80 ซม.ในหญิง)	13 (35.1)
มี (รอบเอว ≥ 90 ซม.ในชาย, ≥ 80 ซม.ในหญิง)	24 (64.9)
ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure, SBP)	
ปกติ (90-130 มม.ปรอท)	16 (43.2)
สูงกว่าปกติ (> 130 มม.ปรอท)	21 (56.8)
ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure, DBP)	
ปกติ (60-80 มม.ปรอท)	26 (70.3)
สูงกว่าปกติ (> 80 มม.ปรอท)	5 (13.5)
ต่ำกว่าปกติ (< 60 มม.ปรอท)	6 (16.2)
ระดับอัตราการเต้นของชีพจร	
ปกติ (60-80 ครั้ง/นาที)	21 (56.8)
เร็วกว่าปกติ (> 80 ครั้ง/นาที)	16 (43.2)

ตารางที่ 3 ความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพและคะแนนสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม (n = 37)

ตัวแปร	คะแนนเฉลี่ย (SD)		t	p
	ก่อนร่วมกิจกรรม	หลังร่วมกิจกรรม		
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	150.84 (14.32)	168.49 (9.25)	-7.79	<0.001*
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	24.24 (4.48)	27.24 (2.96)	-4.08	<0.001*
ด้านกิจกรรมทางกาย	25.51 (6.48)	28.38 (4.21)	-3.01	0.005*
ด้านจิตวิญญาณ	25.81 (4.12)	29.08 (1.42)	-4.74	<0.001*
ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	26.38 (3.96)	29.16 (1.46)	-4.05	<0.001*
ด้านการจัดการกับความเครียด	23.46 (3.06)	27.22 (3.22)	-5.02	<0.001*
ด้านโภชนาการ	25.43 (2.51)	27.41 (2.47)	-3.61	0.001*
สุขภาพจิต	47.30 (5.18)	54.41 (4.86)	-7.24	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วิจารณ์

1. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม

จากผลการศึกษาประสิทธิภาพของกิจกรรมพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้าน พบว่า หลังการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นเวลา 1 เดือน ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า หลังจากกลุ่มผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งดำเนินกิจกรรม 4 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกันประมาณ 1 สัปดาห์ ประกอบด้วย การตรวจร่างกายเบื้องต้น การประเมินสุขภาพจิต เพื่อติดตามภาวะสุขภาพทั้งกายและจิตและเป็นการกระตุ้นเตือนให้ผู้สูงอายุรับรู้และรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพของตนเอง รวมถึงการใช้กระบวนการกลุ่ม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสาธิตและฝึกปฏิบัติ ในการให้ความรู้ผู้สูงอายุนั้นผู้วิจัยได้นำแนวคิดการใช้กระบวนการทำกิจกรรมที่เน้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมและมีปฏิสัมพันธ์กับกิจกรรมการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติที่หลากหลายรูปแบบ เช่น กระบวนการจัดการเรียนรู้ที่ผู้เรียนได้ลงมือกระทำ และได้ใช้กระบวนการคิดเกี่ยวกับสิ่งที่เขาได้กระทำลงไป (Active Learning) ได้แก่ การระดมสมอง การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการวิเคราะห์ เป็นต้น รวมถึงการใช้สื่อที่หลากหลาย เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเข้าใจเนื้อหาได้ง่าย และการเปิดโอกาสให้ได้แลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์กันในกลุ่มซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจในการดูแลส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น และในการจัดกิจกรรมครั้งนี้มีการบรรยายให้ความรู้แบบมีส่วนร่วม ด้านการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ การส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง เพื่อให้มีความรู้ในการดูแลและรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง เช่น เรื่องดูแลตัวเองอย่างไรให้ห่างไกลเบาหวาน เรื่องความดันโลหิตสูง กินยาอย่างไรให้ปลอดภัย เป็นต้น ซึ่งการจัดกิจกรรมแบบใช้กระบวนการทำกิจกรรมที่เน้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมและมีปฏิสัมพันธ์กับกิจกรรมการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติที่หลากหลายรูปแบบเป็นกิจกรรมที่ผู้เรียนเป็นผู้กระทำ หรือปฏิบัติด้วยตนเองด้วยความกระตือรือร้น (Active learning) เช่น ได้คิด ค้นคว้า ทดลอง สัมภาษณ์ แก้ปัญหา ฯลฯ ได้ใช้ประสาทสัมผัสต่าง ๆ ทำให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองอย่างแท้จริง ผู้สอนทำหน้าที่เตรียมการจัดบรรยากาศการเรียนรู้ จัดสื่อสิ่งเร้าเสริมแรงให้คำปรึกษาและสรุปสาระการเรียนรู้ร่วมกัน⁶ สอดคล้องกับการศึกษาของปีนเรศ กาศอดม และ มณฑนา เหมชะญาตี⁷ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และ สอดคล้องกับการศึกษาของ อนันต์ พันธังอก⁸ ที่พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับเรื่องการส่งเสริมสุขภาพตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p \leq 0.05$

ส่วน ธชา รุญเจริญ⁹ ศึกษาผลของโปรแกรมนันทนาการที่มีต่อคุณภาพชีวิตและสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือประเทศไทย พบว่า หลังการทดลองปรากฏว่าทั้งสมรรถภาพทางกายและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีกว่าก่อนการทดลองโดยกลุ่มผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีการพัฒนาสมรรถภาพทางกายและคุณภาพชีวิตดีขึ้น

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม

จากผลการศึกษาที่พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยของคะแนนสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นมากกว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมามักพบว่า ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุคือ เรื่อง ความเครียดวิตกกังวลเหงา ว้าเหว่ จู้จี้ขี้บ่น กลัวการถูกทอดทิ้งรู้สึกว่าตนเอง ไม่มีคุณค่า นอนไม่หลับ การให้การดูแลทางสังคมจิตใจด้วยการใช้ทักษะการสื่อสารเพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้เข้าใจถึงปัจจัยต่าง ๆ ทางด้านสังคม จิตใจ ที่มีผลต่อภาวะอารมณ์เจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและสามารถหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาของตนเองได้อย่างเหมาะสมจะช่วยให้ผู้สูงอายุรับมือกับภาวะอารมณ์สังคม และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป จากการที่ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยของคะแนนสุขภาพจิตภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นเวลา 1 เดือนมากกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม อาจเนื่องมาจาก ในการจัดกิจกรรมครั้งนี้ ทีมวิจัยได้มีกิจกรรมนันทนาการและการส่งเสริมการจัดการความเครียดทุกครั้งรวม 4 ครั้ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับความสนุกสนาน คลายความเครียด และหัวเราะบำบัด เป็นต้น รวมถึง จัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ฝึกการทำจิตใจให้สงบโดยการทำสมาธิเพื่อสุขภาพด้วยซึ่งกรมสุขภาพจิตได้ให้ความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จึงได้จัดทำคู่มือการสร้างสุข 5 มิติ โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตดี จะมีลักษณะ 5 ประการคือ 1.ร่างกายแข็งแรงดูกระฉับกระเฉง เดินเห็นได้คล่องแคล่วตามศักยภาพ 2. อารมณ์ดีและมีสังคม จิตใจแจ่มใสเบิกบาน หัวเราะได้อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง และรู้จักสร้างสัมพันธ์กับลูกหลาน 3. มีคุณค่าพยายามช่วยเหลือตนเองและพึ่งพาผู้อื่นให้น้อยที่สุด 4. มีความคิดดี สนใจสิ่งแวดล้อมรอบข้างและความเป็นไปของโลก และมีความคิดที่ทันสมัย 5. ชื่นชมชีวิต มีความเข้าใจในชีวิต รู้จักวิถีการผ่อนคลายเพื่อก่อให้เกิดความสงบทางใจ¹⁰ ซึ่ง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ฤทธิชัย แกมมณาค และสุภัชชา พันเลิศพาณิชย์¹¹ พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุรับรู้ว่าการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว ผู้ใกล้ชิด การมีกิจกรรมร่วมกันกับชุมชน ช่วยให้สุขภาพจิตดีขึ้น และการศึกษาของ ธชา รุญเจริญ⁹ พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการ สามารถช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ครบองค์ประกอบรายด้านทั้ง 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม

สรุป

ผลการศึกษาในครั้งนี้ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพจิตภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดำเนินการในระดับมากที่สุด ได้แก่ กิจกรรมการให้ความรู้ในรูปแบบต่างๆ เช่น การอธิบาย การอภิปรายกลุ่มร่วมกัน การใช้แผ่นพับให้ความรู้ การใช้กิจกรรมบันทึงเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต กิจกรรมการส่งเสริมภาวะโภชนาการ กิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย และการทำสมาธิ เป็นต้น ดังนั้นจากผลการศึกษาจึงเป็นข้อมูลสนับสนุนในการนำกิจกรรมพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ ที่ได้จากการนำแนวคิดด้านการส่งเสริมสุขภาพของวอล์คเกอร์ และการจัดกิจกรรมแบบการมีส่วนร่วม การสาธิตและฝึกปฏิบัติเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพจิต รวมถึงการให้ความรู้หลากหลายรูปแบบเป็นกิจกรรมที่ผู้เรียนเป็นผู้กระทำ หรือปฏิบัติด้วยตนเอง ด้วยความกระตือรือร้น(Active learning) มาใช้ในการจัดกิจกรรมทำให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และสุขภาพจิตที่ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนวิจัยจากวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ประจำปีงบประมาณ 2562 และความร่วมมือสนับสนุนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำขวาง ผู้นำชุมชน ทีมอาสาสมัครสาธารณสุขของตำบลคำขวาง และกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุบ้านโนนเค็ง หมู่ 4 ตำบลคำขวาง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ทีมวิจัยขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. กระทรวงสาธารณสุข. โครงสร้างประชากรผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 19 ส.ค. 2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://bps.moph.go.th>.
2. มินตรา สารรักษ์, ฐิติรัช งานฉมิง, นันทยา กระสวยทอง. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคำขวาง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. ศรีนครินทร์เวชสาร 2563; 3(3): 304-310.
3. ลิวรรณ อุณาภิรักษ์, วิราพรรณ วิมโรจน์รัตน์, วรณา คงสุริยะ นาวิน, วิลาสินี เต็มเศรษฐเจริญ. ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ. J Nurs Sci 2555; 22(2): 35-45.
4. วิภากร สิทธิศาสตร์, สุชาติ สนวนุ่ม. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตความรับผิดชอบของอนามัยบ้านเสาหิน ตำบลวัดพิภพ อำเภอมือง จังหวัดพิษณุโลก. พิษณุโลก: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธชินราช; 2550.
5. ประภาส อัครานันท์, อภิชัย มงคล, วัชรีย์ หัตถพนม, ศิระ กิตติวัฒน์ โชติ, สุวดี ศรีวิเศษ, ไพรวลัย รมชัย, และคณะ. การพัฒนาและทดสอบแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2558; 60(1): 35-48.

6. นวลจิตต์ เขาวกิตติพงศ์, เบญจลักษณ์ น้ำฟ้า และชัตเจน ไทยแท้. การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 30 ก.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.agri.kmitl.ac.th/km/knowledge/?p=126>.
7. ปิ่นนเรศ กาศอุดม, มณฑนา เหมชะญาติ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี 2554; 2: 61-70.
8. อนันต์ พันธงอก. ประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อการเตรียมความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุ สำหรับผู้สูงอายุ 55-59 ปี อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2558; 5: 854-864.
9. ธชา รุญเจริญ. ผลของโปรแกรมนันทนาการที่มีต่อคุณภาพชีวิตและสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยธนบุรี 2560; 24: 56-64.
10. กรมสุขภาพจิต. กรมสุขภาพจิตหนุนผู้สูงวัยสร้างสุข 5 มิติ ส่งเสริมสุขภาพจิตดี มีคุณค่า ลดการพึ่งพิง [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 8 ม.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.prdmh.com/ข่าวสาร/ข่าวแจกรมสุขภาพจิต/1070-กรมสุขภาพจิต-หนุนผู้สูงวัยสร้าง-“สุข-5-มิติ”-ส่งเสริมสุขภาพจิตดี-มีคุณค่า-ลดการพึ่งพิง.html>
11. อุทัยชัย แกมมณาค, สุภัสษา พันเลิศพาณิชย์. รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ต.สันกลาง อ.พาน จ.เชียงราย. เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาวิชาการ ราชภัฏนครสวรรค์วิจัย 2559; 1: 975-987.

