

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพวิถีพุทธของผู้สูงอายุ จังหวัดระนอง

Development of A Buddhist Health Care Model for The Elderly in Ranong Province

วิจิตร ภัทรพรไพโรจน์*¹ สุรีย์ จันทรมลี² ประภาเพ็ญ สุวรรณ² พรสุข หุ่นนิรันดร์²

Wichit Pattarapornpairoj* Suree Chantamolee Prapapen Suwan Pornsook Hoonnirun

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำจืดน้อย ระนอง ประเทศไทย 85110

¹ Namchuetnoi Health Promotion Hospital, Ranong, Thailand 85110

² มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ปทุมธานี ประเทศไทย 12150

² Faculty of Public Health Western University, Pathumthani, Thailand 12150

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาเรื่องการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพวิถีพุทธของผู้สูงอายุ จังหวัดระนองมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ วิถีพุทธ 2) ศึกษาสร้างแผนกิจกรรมและทดสอบแผนกิจกรรม การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุวิถีพุทธ 3) เปรียบเทียบการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกับวิถีพุทธก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยการประยุกต์ใช้หลักพุทธศาสนา คือ ไตรสิกขาและมีกิจกรรมที่เน้นเรื่องมรรค 8 และการปฏิบัติด้าน 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์) และ 3 ส. (สวดมนต์ สมาธิ สันทนาธรรม) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 45 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ เปรียบเทียบผลภายในกลุ่มทดลองสถิติที่ใช้ Paired samples t - test

ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของชุมชนและช่วยขับเคลื่อนการ ดำเนินงาน พัฒนาการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในชุมชนมากขึ้น หลังจากการทดลองใช้แผนกิจกรรมที่สร้างขึ้น ผลการ เปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมการปฏิบัติและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลอง พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้ พฤติกรรมการปฏิบัติและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.05$) ค่าเฉลี่ยความรู้หลังทดลอง 25.11 กับก่อนการทดลอง 19.95, ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติหลัง ทดลอง 2.78 กับก่อนการทดลอง 2.28 และค่าเฉลี่ยการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมหลังทดลอง 3.57 กับก่อนการทดลอง 2.79

คำสำคัญ : รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุวิถีพุทธ ความรู้การดูแลสุขภาพ พฤติกรรมการปฏิบัติ แรงสนับสนุนทางสังคม

Abstract

Research and development on Development of a buddhist health care model for the elderly in Ranong Province aims to 1) study the situation analysis Problems of elderly health care, Buddhist way of life 2) Study and create activity plans and test activity plans Elderly health care, Buddhist way 3) Comparison of the development of elderly health care and Buddhist ways before and after the experiment The application of applying the Buddhist principles in regard to The Threefold Training and The Noble Eightfold Path. The focus of the model was also on the practice relating to 3 aspects (food, exercise, and emotion) and 3 Ss (pray,

meditation and Dharma discussion). The elderly, social groups, aged 60 years and over, number 45, collected data using questionnaires. Statistics used in data analysis were percentage, mean, standard deviation and comparison of results within the experimental group using Paired samples t - test.

The research results showed that the model developed is appropriate and relevant with the community's needs. It also helps to propel more activities in accordance with the Buddhist health care model in the community. After the pretesting of the activity plan developed, it was found that the sample &, had significantly higher levels of knowledge, practices and receiving of social support than before the experimentation ($p < .05$: knowledge $\bar{X} = 25.11$ compared to $\bar{X} = 19.95$; practices $\bar{X} = 2.78$ compared to $\bar{X} = 2.28$. ; receiving social support $\bar{X} = 3.57$ compared to $\bar{X} = 2.79$).

Keywords : Buddhist Health Care Model, Knowledge About Self-Care, Health Practice, Social Support

บทนำ

ประชากรวัยสูงอายุของโลกมีโครงสร้างเปลี่ยนเป็นสังคมผู้สูงอายุ ปัญหาโครงสร้างประชากรวัยสูงอายุของโลก (60 ปีขึ้นไป) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.0 เป็นร้อยละ 15.0 อัตราพึ่งพิงของประชากรสูงอายุ ต่อคนวัยทำงาน เมื่อปี 2543 ร้อยละ 14.3 และโดยการคาดการณ์พบว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 24.6 ในปี 2563 ซึ่งแบ่งผู้สูงอายุในการดูแลตนเองพบว่า มีผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้ ร้อยละ 75.3 จำนวน 5.9 ล้านคน ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บางส่วน ร้อยละ 13.8 จำนวน 960,000 คน และผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองไม่ได้ ร้อยละ 0.9 จำนวน 63,000 คน อุบัติการณ์โรคหรืออาการเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุไทย 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง กลุ่มอาการเมตาบอลิก โรคอ้วนลงพุง ภาวะอ้วนและโรคกระดูกและข้อเสื่อม ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น รักษาไม่หายต้องพึ่งพาและดูแลต่อเนื่องระยะยาว มิติสุขภาพตามนิยามองค์การอนามัยโลกคือ ภาวะสมบูรณ์ทั้งกาย จิตใจ สังคมและปัญญา มิใช่การปราศจากโรคเท่านั้น¹ ประเทศไทยเป็นประเทศลำดับที่สามในทวีปเอเชียที่มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จึงได้ดำเนินการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยพบว่า ประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นในปี 2557 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 20.5 ล้านคน (ร้อยละ 32.1) ในปี 2583 และในปี 2558 กระทรวงสาธารณสุขเน้นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ประเทศไทยได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) ได้แบ่งการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เป็น 3 ระดับได้แก่ 1. ระดับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) 2. ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) 3. ระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ (Super-aged Society)² ในสังคมไทยดั้งเดิมสมาชิกใน

ครอบครัวมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ซึ่งการช่วยเหลือเกื้อกูลกันเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถควบคุมหรือเอาชนะสิ่งท้าทายต่อชีวิตซึ่งเป็นสังคมแห่งพุทธศาสนา ผู้คนมีจิตเมตตาเผื่อแผ่อุปถัมภ์ซึ่งกันและกัน นอกจากนี้บุตรยังทำหน้าที่ดูแลบิดามารดาเมื่อชราซึ่งเป็นความเชื่อ ค่านิยมตลอดจนวัฒนธรรมประจำชาติไทย

กระทรวงสาธารณสุข มีแผนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกลุ่มวัยปีงบประมาณ 2558 และแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ปี 2554-2564 ผู้สูงอายุและผู้ที่ต้องได้รับการดูแลทั้งในชุมชนและที่บ้านเป็นหนึ่งในเป้าหมายสำคัญของระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System ; DHS) คือการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองไม่ทอดทิ้งกันโดยเฉพาะผู้สูงอายุ มีเป้าหมายเพื่อดูแลสุขภาพของประชาชนเป็นระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วนผ่านกระบวนการขึ้นชมและจัดการความรู้³ กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุด้านการดูแลสุขภาพมีเป้าหมายสำคัญคือทำอย่างไรจะป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีการเจ็บป่วยโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวชุมชนและท้องถิ่น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรีและผู้สูงอายุเข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียมกัน เป็นการสร้างสังคมแห่งความเอื้ออาทรเพื่อ “สังคมไทยสังคมผู้สูงวัยเข้าใจเข้าถึงพึ่งได้” ผู้สูงอายุมีคุณค่า มีศักดิ์ศรีเป็นหลักชัยของสังคม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

จังหวัดระนองมีประชากร 189,154 คน ผู้สูงอายุ 23,927 คนคิดเป็นร้อยละ 12.65 เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมาตั้งแต่

ปี 2557- 2559 จำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 12.55, 12.61 และ 12.65 ตามลำดับ มีผู้ป่วยติดเตียงร้อยละ 1.05 ติดบ้าน ร้อยละ 5.43 ติดสังคมร้อยละ 93.15 มีผู้นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 85 อิสลาม ร้อยละ 13 คริสต์ร้อยละ 2 มีวัด 20 วัด สำนักสงฆ์ 12 แห่ง ที่พักสงฆ์ 48 แห่ง ปัจจุบันมีจำนวนชมรม ผู้สูงอายุจำนวน 54 ชมรม⁴ ปัญหาผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่เพิ่มลำดับความสำคัญมากขึ้นเนื่องจากอายุไขเฉลี่ยของคนไทยเพิ่มขึ้นทุกปี ในขณะที่การจัดการภาครัฐมีขีดจำกัด และจากประเด็นปัญหามีผู้หาวิธีการแก้ไขปัญหาประการหนึ่ง คือ การนำหลัก พุทธธรรม ได้แก่ หลักคำสอนในทางพระพุทธศาสนาเป็นหลักในการดำเนินชีวิต มีหลักคำสอนที่เหมาะสมในแต่ละช่วงวัยของบุคคล

ผู้วิจัยปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยจึงมีสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุวิถีพุทธ จังหวัดระนองโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับพฤติกรรมทางปัญญา (Cognitive behavior therapy) และแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม การประยุกต์หลักธรรมวิถีพุทธคือไตรสิกขา ด้วยเทคนิค 3 ส.คือ สวดมนต์ สมาธิ สันทนาธรรมและเทคนิค 3 อ.คือ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ และมรรค 8 มาปรับใช้ในการส่งเสริมสุขภาพพัฒนาคุณภาพชีวิต การที่ผู้สูงอายุจะสุขใจได้จะต้องมีความศรัทธาในพระพุทธศาสนาจนเพราะความศรัทธาจะทำให้ผู้สูงอายุเจริญเมตตาและปฏิบัติสมาธิ ส่วนปัญญาภาวนาช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจความจริงและอยู่กับความจริงอย่างมีความสุข⁵ การประยุกต์หลักพระพุทธศาสนา การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีความสุขทั้งทางร่างกายและทางจิตใจก่อให้เกิดรูปแบบการดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุวิถีพุทธให้มีความสุขอย่างยั่งยืน มีสุขภาพแข็งแรง มีสุขภาพจิตใจดี

ครอบครัวดี สิ่งแวดล้อมดี ไม่หันเหต่ออุปสรรคที่จะมากระทบและเมื่อมีปัญหาสามารถแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุวิถีพุทธ จังหวัดระนอง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

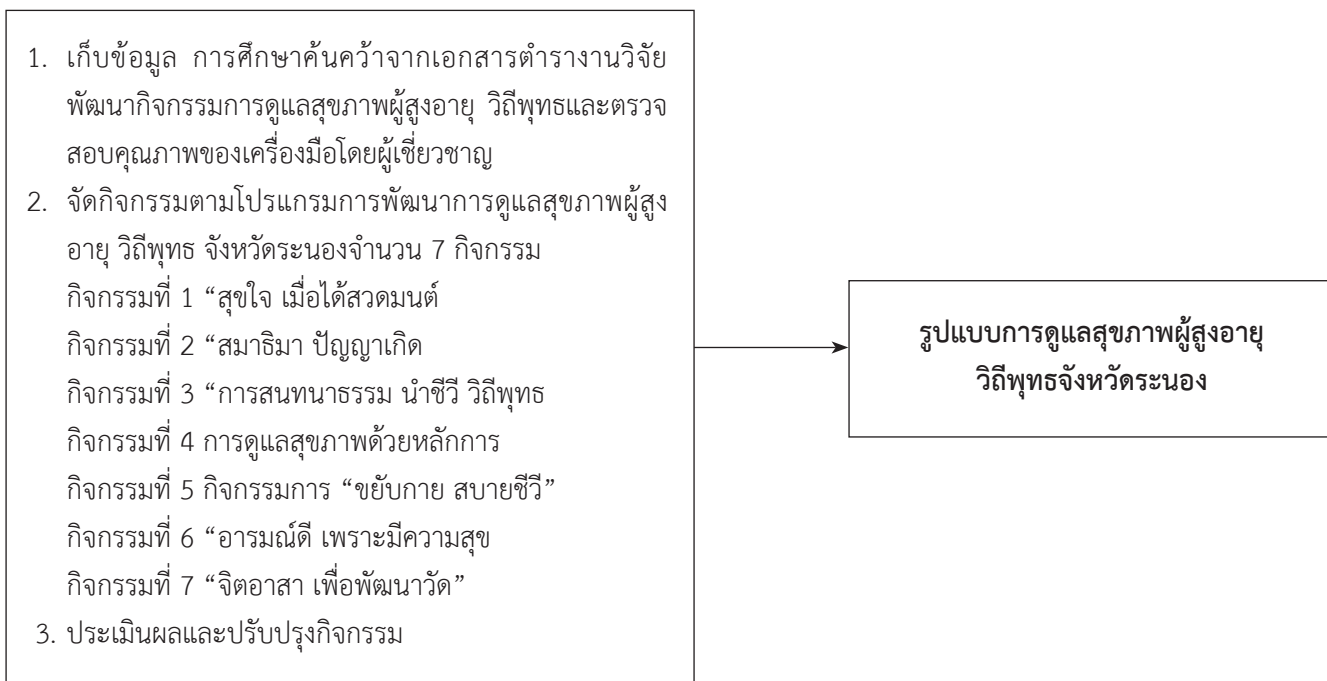
1. เพื่อศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ วิถีพุทธ
2. เพื่อศึกษาสร้างแผนกิจกรรมและทดสอบแผนกิจกรรม การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุวิถีพุทธ
3. เพื่อเปรียบเทียบการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กับวิถีพุทธก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างพฤติกรรม การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุวิถีพุทธกับการมีสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรม การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุวิถีพุทธ หลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุวิถีพุทธ จังหวัดระนอง เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยการประยุกต์ใช้หลักธรรมพุทธศาสนา ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเพื่อพัฒนา (Research and Development) ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้มีการดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียม

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดย 1. การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม 2. การศึกษาค้นคว้าและสำรวจข้อมูลจากเอกสารตำรางานวิจัย วิทยานิพนธ์ ดุษฎีนิพนธ์ แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

1. จัดประชุมออกแบบ สร้างรูปแบบการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญปฏิบัติการ

2. ดำเนินการตามรูปแบบการพัฒนากิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุวิถีพุทธ จังหวัดระนอง

3. ติดตามประเมินความก้าวหน้าในการดำเนินงานโดยการสังเกต สัมภาษณ์ สอบถามและประชุมร่วมกัน

4. สะท้อนผลโดยการสรุปและประเมินผลการดำเนินงานของรูปแบบการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุวิถีพุทธ เพื่อวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและปัจจัยสู่ความสำเร็จ

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล

ประเมินผลรูปแบบการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุวิถีพุทธ จังหวัดระนอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะเตรียมการวิจัย : ประชากร คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นกลุ่มติดสังคมและช่วยเหลือตัวเองได้ที่อาศัยในจังหวัดระนอง เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุจำนวน 13,083 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ชมรมผู้สูงอายุอำเภอเมือง อำเภอเกาะเปอร์และอำเภอกระบุรี จำนวน 30 คน

ระยะดำเนินการวิจัย : ประชากร คือ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลน้ำจืดน้อย อำเภอกระบุรี จังหวัดระนอง กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลน้ำจืดน้อยจำนวน 45 คนโดยมีวิธีการสุ่มตัวอย่างร่วมกับเกณฑ์ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การเลือกกลุ่ม ตัวอย่างเข้า (Inclusion criteria)

1. สมาชิกของชมรมผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาพุทธที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

2. มีความสามารถในการรับรู้ สื่อความหมาย ความเข้าใจ สามารถอ่านเขียนภาษาไทยและสื่อสารกันได้

3. อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ทำวิจัย สามารถเข้าร่วมการศึกษาตลอดระยะเวลาการวิจัย

4. มีความสมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

เกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria)

1. มีความเจ็บป่วยในช่วงที่จัดกิจกรรมและในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูล
2. เป็นผู้ที่มิมีปัญหาในการสื่อสารและการรับรู้
3. อาศัยอยู่นอกเขตพื้นที่การศึกษา

เครื่องมือในการวิจัย

ระยะที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม การศึกษาค้นคว้าและสำรวจข้อมูลจากเอกสารตำรางานวิจัย วิทยานิพนธ์ ดุษฎีนิพนธ์ แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้

ระยะที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในครั้งนี้ได้แก่ โปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุวิถีพุทธ ด้วยเทคนิค 3 อ.และเทคนิค 3 ส.และมรรค 8 จัดกิจกรรมจำนวน 7 ครั้ง 7 สัปดาห์ โดยมีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการพัฒนาโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ วิถีพุทธมาปรับใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามมีขั้นตอนดังนี้

1. นำเครื่องมือที่ปรับปรุงแล้วเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 คนเพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) การวิจัยนี้มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.5 - 1.00
2. นำเครื่องมือแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่วิจัยในครั้งนี้จำนวน 30 คน แล้วนำผลหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ด้วย วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (α -Coefficient) ตามวิธีการของครอนบาค (Cronbach) มีค่าของแบบสอบถามความรู้เท่ากับ 0.78 และค่าความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมเท่ากับ 0.85 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการ การจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ในการประชุมคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม เมื่อวันที่ 7 ตุลาคม 2560 ตามรหัสโครงการเลขที่ WTU 2560- 0067

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่อเปรียบเทียบการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกับวิถีพุทธก่อนการทดลองและหลังการทดลองดังนี้

1. เปรียบเทียบความรู้เรื่องอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ก่อนและหลังทดลอง
2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติ 3 ส. สวดมนต์ สมาธิ สันทนาธรรม ก่อนและหลังทดลอง
3. เปรียบเทียบการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ก่อนและหลังทดลอง

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มทดลอง จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 45 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 39 คน อายุอยู่ในระหว่าง 61-65 ปี มีสถานภาพเป็นหม้าย 22 คน มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 6,000 บาท และมีอาชีพทำงานบ้าน การศึกษาในระดับประถมศึกษา มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน เกาต์/ข้อเข่าเสื่อม ความดันโลหิตสูงและไขมันในหลอดเลือด สถานะทางครอบครัวเป็นหัวหน้าครอบครัว

ตารางที่ 1 ระดับความรู้เรื่องอาหารจำแนกตามระดับ ระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลอง (n = 45)

ระดับความรู้ เรื่องอาหาร	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนทดลอง		
ความรู้ระดับดี (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	0	0.00
ความรู้ระดับพอใช้ (ร้อยละ 60-79)	25	55.55
ความรู้ระดับควรปรับปรุง (น้อยกว่าร้อยละ 60)	20	44.45
หลังทดลอง		
ความรู้ระดับดี (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	44	97.78
ความรู้ระดับพอใช้ (ร้อยละ 60-79)	1	2.23
ความรู้ระดับควรปรับปรุง (น้อยกว่าร้อยละ 60)	0	0.00

จากตารางที่ 1 พบว่าระดับความรู้เรื่องอาหารก่อนทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้ระดับพอใช้จำนวน 25 คน ร้อยละ 55.55 ความรู้ระดับควรปรับปรุงจำนวน 20 คน ร้อยละ 44.45 หลังทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้ระดับดีจำนวน 44 คน ร้อยละ 97.78 ความรู้ระดับพอใช้จำนวน 1 คน ร้อยละ 2.23

ตารางที่ 2 ระดับความรู้เรื่องออกกำลังกายจำแนกตามระดับ ระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลอง (n = 45)

ระดับความรู้ เรื่องออกกำลังกาย	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนทดลอง		
ความรู้ระดับดี (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	18	40.00
ความรู้ระดับพอใช้ (ร้อยละ 60-79)	18	40.00
ความรู้ระดับควรปรับปรุง (น้อยกว่าร้อยละ 60)	9	20.00
หลังทดลอง		
ความรู้ระดับดี (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	36	80.00
ความรู้ระดับพอใช้ (ร้อยละ 60-79)	9	20.00
ความรู้ระดับควรปรับปรุง (น้อยกว่าร้อยละ 60)	0	0.00

จากตารางที่ 2 พบว่า ระดับความรู้เรื่องออกกำลังกาย ก่อนทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้ระดับดีจำนวน 18 คน ร้อยละ 40.00 ความรู้ระดับพอใช้จำนวน 18 คน ร้อยละ 40.00 ความรู้ระดับควรปรับปรุงจำนวน 9 คน ร้อยละ 20.00 หลังทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้ระดับดีจำนวน 36 คน ร้อยละ 80.00 ความรู้ระดับพอใช้ จำนวน 9 คน ร้อยละ 20.00

ตารางที่ 3 ระดับความรู้เรื่องการจัดการอารมณ์จำแนกตามระดับ ระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลอง (n = 45)

ระดับความรู้ เรื่องการจัดการอารมณ์	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนทดลอง		
ความรู้ระดับดี (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	4	8.89
ความรู้ระดับพอใช้ (ร้อยละ 60-79)	29	64.45
ความรู้ระดับควรปรับปรุง (น้อยกว่าร้อยละ 60)	12	26.67
หลังทดลอง		
ความรู้ระดับดี (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	29	64.45
ความรู้ระดับพอใช้ (ร้อยละ 60-79)	12	26.67
ความรู้ระดับควรปรับปรุง (น้อยกว่าร้อยละ 60)	4	8.89

จากตารางที่ 3 ระดับความรู้เรื่องอารมณ์ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ระดับดีจำนวน 4 คน ร้อยละ 8.89 ความรู้พอใช้จำนวน 29 คน ร้อยละ 64.45 ความรู้ระดับควรปรับปรุงจำนวน 12 คน ร้อยละ 26.67 หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ระดับดีจำนวน 29 คน ร้อยละ 64.45 ความรู้ระดับพอใช้จำนวน 12 คน ร้อยละ 26.67 ความรู้ระดับควรปรับปรุงจำนวน 4 คน ร้อยละ 8.89

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติ 3 ส. สวดมนต์สมาธิ สันทนาธรรมก่อนและหลังทดลอง

กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการปฏิบัติสวดมนต์ก่อนการทดลองระดับน้อยร้อยละ 88.89 หลังทดลอง ระดับปานกลาง ร้อยละ 77.78 ค่าเฉลี่ย 3.18 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.98 ระดับปานกลาง

กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการปฏิบัติทำสมาธิ ก่อนการทดลองระดับน้อย ร้อยละ 82.22 หลังทดลอง ระดับปานกลาง ร้อยละ 64.45 ค่าเฉลี่ย 3.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.01 ระดับมาก

กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการปฏิบัติสันทนาธรรม ก่อนการทดลองระดับน้อยร้อยละ 77.78 หลังทดลอง อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 77.78 ค่าเฉลี่ย 3.71 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.03 ระดับมาก

3. เปรียบเทียบการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ก่อนและหลังทดลอง

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลอง (n = 45)

แรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนทดลอง		
ระดับมากที่สุด (Mean = 4.51 - 5.00)	0	0.00
ระดับมาก (Mean = 3.51 - 4.50)	1	2.23
ระดับปานกลาง (Mean = 2.51 - 3.50)	11	24.44
ระดับน้อย (Mean = 1.51 - 2.50)	33	73.33
ระดับน้อยที่สุด (Mean = 1.00 - 1.50)	0	0.00
หลังการทดลอง		
ระดับมากที่สุด (Mean = 4.51 - 5.00)	0	0.00
ระดับมาก (Mean = 3.51 - 4.50)	18	40.0
ระดับปานกลาง (Mean = 2.51 - 3.50)	27	60.0
ระดับน้อย (Mean = 1.51 - 2.50)	0	0.00
ระดับน้อยที่สุด (Mean = 1.00 - 1.50)	0	0.00

จากตารางที่ 4 พบว่าจำนวนและร้อยละ ก่อนทดลองระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยจำนวน 33 คน ร้อยละ 73.33 ระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลางจำนวน 11 คน ร้อยละ 24.44 และระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากจำนวน 1 คน ร้อยละ 2.23 หลังทดลองระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง จำนวน 27 คน ร้อยละ 60.00 และระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก จำนวน 18 คน ร้อยละ 40.00

การอภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน มีรายละเอียดดังนี้

1. ความรู้เรื่องอาหาร

กลุ่มทดลองหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองได้ความรู้เรื่องอาหารเพิ่มขึ้นจากเดิม ซึ่งมาจากการแสวงหาความรู้เพิ่มเติม ประสบการณ์ที่พบเห็นในชีวิตประจำวันและจากบุคคลอื่นๆ และจากผู้วิจัยในการจัดกิจกรรม “การดูแลสุขภาพด้วยหลักการ 3 อ. อาหาร “เมนูสุขภาพ เมนูผักปลอดสารพิษ ปลอดหวาน-มัน-เค็มเพื่อสุขภาพ” ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย⁶ ที่ได้ศึกษาการพัฒนาการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ ในตำบลคันธารราษฎร์ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ มีส่วนร่วม ในการจัดการสุขภาพโดยรวมและมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย

กลุ่มทดลองหลังการทดลอง มีความรู้เรื่องออกกำลังกายของผู้สูงอายุอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 30 นาที จะช่วยให้ร่างกายแข็งแรงจำนวน 45 คน ร้อยละ 100.00 โดยกลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้นอธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองได้ความรู้จากผู้วิจัยในการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัยเรื่อง “ขยับกายสบายชีวิ” ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย⁷ ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอำเภอบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยาผลการวิจัยพบว่าระดับการรับรู้พลังอำนาจของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ มีการรับรู้พลังอำนาจที่สูงขึ้นและมีพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ความรู้เรื่องอารมณ์

กลุ่มทดลองหลังการทดลองมีความรู้เรื่องอารมณ์ดีขึ้นจำนวน 45 คน ร้อยละ 100.00 โดยกลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้นอธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองได้ความรู้จากผู้วิจัยในการจัดกิจกรรม เรื่อง “อารมณ์ดี เพราะมีความสุข” ร้องเพลงร่วมกัน เพลงประกอบทำทางคือ เพลงอารมณ์ดี 3 อ.3 ส. ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย⁸ ที่ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลองมีพฤติกรรมการส่งเสริมการออกกำลังกายในด้านความรู้ การรับรู้ประโยชน์การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถตนเองและการปฏิบัติตัวในการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. พฤติกรรมสวดมนต์

กลุ่มทดลองหลังการทดลองมีพฤติกรรมเรื่องสวดมนต์ดีขึ้นในระดับปานกลาง สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองได้ความรู้จากผู้วิจัยในการจัดกิจกรรม เรื่อง “สุขใจเมื่อได้สวดมนต์” สอดคล้องกับงานวิจัย⁹ ที่ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุตามแนวคิดทางพระพุทธศาสนา พบว่า การที่จะดูแลสุขภาพให้ครอบคลุมแบบองค์รวมได้นั้น การควบคุมร่างกายและจิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง โดยแนวคิดทางพระพุทธศาสนา กล่าวถึงองค์รวมในการดำเนินชีวิตที่ประกอบด้วย 3 ด้าน คือด้านความสัมพันธ์กับสังคมและสิ่งแวดล้อม ด้านภาวะจิตและด้านปัญญาองค์รวม 3 ด้านดังกล่าวจึงมีชื่อว่า ไตรสิกขา

5. พฤติกรรมการทำสมาธิ

กลุ่มทดลองหลังการทดลองมีพฤติกรรมการทำสมาธิดีขึ้นในระดับมาก ในเรื่องสภาวะจิตของท่านเป็นจิตที่มีสมาธิมากกว่าจิตที่เป็นอกุศล อธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองได้ความรู้จากผู้วิจัยในการจัดกิจกรรม เรื่อง “สมาธิมา ปัญญาเกิด” ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย¹⁰ ที่ได้ศึกษาพุทธศาสนธรรมหาบัณฑิต พระพุทธศาสนาโดยการประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขของผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหา 4 ด้าน คือ 1. ด้านร่างกาย 2. ด้านจิตใจ 3. ด้านสังคมและการอยู่ร่วมกัน 4. ด้านเศรษฐกิจและรายได้สำหรับผู้สูงอายุ ผลที่ได้รับจากงานวิจัยนี้คือการเข้าใจความจริงของชีวิตมีศีลธรรมเป็นพื้นฐาน ออกกำลังกายเป็นประจำ ทำบุญให้ทานอยู่เสมอ การทำบุญเป็นเหตุให้ความทุกข์ลดลงให้จิตใจสงบและมีสมาธิ

6. พฤติกรรมการสนทนาธรรม

กลุ่มทดลองหลังการทดลองมีความรู้และการปฏิบัติในการนำหลักธรรม ข้อคิดที่ได้จากการสนทนาธรรมนำไปประยุกต์ในการดำเนินชีวิตให้ดีขึ้นในระดับมาก ในเรื่องหลักธรรมพื้นฐานที่ท่านปฏิบัติ คือ ศีล 5 อธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองได้ความรู้จากผู้วิจัยในการจัดกิจกรรม เรื่อง “การสนทนาธรรม นำชีวิ วิถีพุทธ โดยเน้นประเด็น มรรคมีองค์⁸” ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย¹¹ ที่ได้ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุวิถีพุทธกรณีศึกษาสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ วัดป่าหนองแขง จังหวัดอุดรธานี มีหลักการพึ่งตนเองขั้นพื้นฐานและมีฐานะทางเศรษฐกิจดีขึ้น ผู้สูงอายุสามารถแก้ปัญหาของตนเองและปัญหาของสังคม บางประการได้ โดยสรุปการดูแลผู้สูงอายุวิถีพุทธ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ธรรมะ สามารถช่วยให้มีความสุขทั้งร่างกายและจิตใจ วิธีการนี้สามารถแก้ปัญหาของตนเอง ปัญหาเศรษฐกิจและปัญหาสังคมบางประการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเหมาะสม จึงควรสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ดูแลตนเองตามวิถีพุทธต่อไป

7. แรงสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มทดลองหลังการทดลองได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางสามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองได้ความรู้จากผู้วิจัยในการจัดกิจกรรมเรื่อง “จิตอาสา เพื่อพัฒนาวัด” สอดคล้องกับงานวิจัย¹⁰ ที่ได้ศึกษาการประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรม ในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขของผู้สูงอายุและหลักธรรมที่นำมาใช้

นอกจากนี้การดูแลผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21 ต้องเข้าใจสภาพความสูงอายุ สิ่งแวดล้อมและแบบแผนการดำเนินชีวิตตามความเป็นจริงที่มีความก้าวหน้าโดดเด่นเป็นการดูแลสุขภาพยุคไทยแลนด์ 4.0 มาเป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพให้พึ่งตนเองได้มากที่สุด¹² รวมทั้งการดำเนินงานของทีมงานสหสาขาวิชาชีพในการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุให้มีมุมมองชีวิตในทางบวกมากยิ่งขึ้นซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการดำเนินชีวิตที่มีความสุขมากยิ่งขึ้น¹³

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. จัดให้มีการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและพัฒนากิจกรรมต่อยอดเพื่อให้เกิดประโยชน์กับผู้สูงอายุกลุ่มต่างๆ เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิต เป็นต้น

2. พัฒนากลุ่มภาคีเครือข่าย ที่รับผิดชอบและแบ่งความรับผิดชอบชัดเจนเช่น โรงพยาบาลชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชมรมผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนตำบล วัด โรงเรียน เป็นต้น

3. ทฤษฎีที่นำมาใช้ควรเพิ่มเติมเช่น ทฤษฎีจิตวิทยา เช่น ทฤษฎีการวางเงื่อนไข (Conditioning Theory) และสังคมวิทยา ปรัชญาและหลักธรรม เช่น ชันธ 5 และอริยสัจ 4 เรื่องที่อบรมควรปรับเปลี่ยน ตามปัญหาของพื้นที่และความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย

4. ผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำจืดน้อย เป็นหน่วยงานหลักที่จะนำการพัฒนาโดยกำหนดนโยบายของ รพ.สต.ที่จะมีกิจกรรมดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ ในการจัดและมีผู้รับผิดชอบดำเนินกิจกรรมนี้ที่ รพ.สต.

5. พัฒนาชมรมผู้สูงอายุให้มีความสามารถในการขับเคลื่อน โครงการสุขภาพดี วิถีพุทธ

6. พัฒนากลุ่มทดลองให้เน้นผู้มีจิตอาสาในการช่วยพัฒนากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับกลุ่มผู้สูงอายุและทุกกลุ่มอายุ

ข้อเสนอแนะที่จะทำวิจัยครั้งต่อไป

1. รูปแบบการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุวิถีพุทธควรมีการปรับกิจกรรมเพิ่มเติมเช่น กิจกรรมอาชีวบำบัด เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ช่วยฟื้นฟูสภาพและป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้นจากโรคต่างๆ กิจกรรมด้านสุขภาพอนามัย เช่น การตรวจสุขภาพ การทดสอบสมรรถภาพของร่างกาย เป็นการเสริมให้กิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. พัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาแบบแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ร่วมกับภาคีเครือข่าย เช่น ชมรมผู้สูงอายุ บ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อหาวิธีแก้ปัญหาร่วมกันมีการทำงานแบบสหวิชาชีพ

3. ศึกษาในกลุ่มศาสนาอิสลามโดยประยุกต์หลักศาสนาอิสลามมาใช้พัฒนาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มศาสนาอิสลาม

References

1. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Screening/assessment and care for the elderly Bangkok: Veterans Relief Organization under royal patronage; 2014. (in Thai)
2. National Statistical Office. Thai elderly. View/echo from statistical data. Bangkok: PA Living; 2008. (in Thai)
3. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Strategic plan and action plan for the fiscal year 2006-2009, under the national strategy, join forces to create health for Thai people, strong, strong in Thailand. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2005. (in Thai)
4. Ranong Provincial Public Health Office Health population data; 2018 (in Thai)
5. Paphassorn Kimsuwanwong. Holistic health care of the elderly according to the Buddhist concept. B.E., M.Ed. (Educational Psychology), Ph.D. (Buddhism). Buddhist teachers: Mahachulalongkornrajavidyalaya University, Khon Kaen Campus; 2013. (in Thai)
6. Pienodwong C, Mahaweerawat U and Sota C. The development of the elderly health management in Khanthanrat Sub-district, Kantharawichai District, Maha Sarakham Province. Journal of Health System Research and Development. 2012; 4(3): 1-11. (in Thai)
7. Athikanon N. Effects of health promotion program for the elderly in the elderly club, Bang Pahan District, Phranakhonsiayutthaya Province. (Master of Public Health Thesis) Burapha University; 2011. (in Thai)
8. Chantakueangbon K. Development of exercise promotion model for the elderly in the district Kantharawichai, Mahasarakham Province. Thesis, M.Sc. (Health System Management), Mahasarakham University; 2008. (in Thai)
9. Kimsuwanwong P. Holistic health care of the elderly according to the Buddhist concept. B.E., Prof. (Educational Psychology), Ph.D. (Buddhism). Teacher of Buddhism : Mahachulalongkornrajavidyalaya University, Khon Kaen Campus.; 2013. (in Thai)
10. Suthanon T. The application of the principles of buddhism in the happy life of the elderly. Master's degree thesis, Master of arts program in buddhism, Graduate school: Mahachulalongkornrajavidyalaya University; 2013. (in Thai)
11. Thachart S. Elderly Care, Buddhist Way: Case Study of Elderly Home Watpa Nongsaeng Udon Thani Province. Department of Culture Science Mahasarakham University; 2008. (in Thai)
12. Artsanthia J, Pomthong R. The trend of elderly care in 21 century: challenging in nursing care. Journal of The Royal Thai Army Nurse 2018; 19 (1): 39-46. (in Thai)
13. Phadungyam M, C.Duvall A. Rehabilitation strategies for resilience quotient in the elderly. Journal of The Royal Thai Army Nurse 2018; 19 (1): 66-73. (in Thai)