



ผลของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยผ่านกลุ่มผู้นำชุมชน

ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง ปร.ด. *

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองวัดผลก่อนและหลังในกลุ่มทดลองกลุ่มเดียวเพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยผ่านกลุ่มผู้นำชุมชนต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี อาศัยในจังหวัดยะลา 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย ผู้วิจัยให้ความรู้การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแก่ผู้นำชุมชน 10 คน ที่คัดเลือกโดยผู้สูงอายุ จากนั้นผู้นำชุมชนเข้ารับการอบรมและเป็นผู้ให้คำแนะนำการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ 5 กลุ่ม แต่ละกลุ่มมีผู้นำชุมชน 2 คน เก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง คือ ก่อนและหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 และ 4 ด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ และ paired t-test

ผลวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวม หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.25, p = .01$) ผลการวิจัยทำให้ทราบว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยผู้นำชุมชนสามารถช่วยปรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ จึงควรมีการนำรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุนี้ไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุในชุมชนอื่นต่อไป ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุผ่านกลุ่มต่างๆ เช่น กลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อค้นหากิจกรรมที่เหมาะสมที่สุดในการให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และควรมีการวิจัยติดตามประเมินผลในส่วนข้อมูลกายภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ ค่าความแข็งแรงกล้ามเนื้อ ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด เป็นต้น

คำสำคัญ: พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ, ผู้นำชุมชน และผู้สูงอายุ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากรายงานการศึกษาสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552 โดยกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์¹ พบว่า มีการเพิ่มขนาดและสัดส่วนประชากรสูงอายุไทยอย่างต่อเนื่อง โดยการประมาณประชากรของประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2543 ถึง พ.ศ. 2573 พบว่า อีกประมาณ 15 ปีข้างหน้าหรือในปีพ.ศ. 2568 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 14.9 ล้านคนหรือ 2 เท่าของประชากรสูงอายุในปีพ.ศ. 2552 และในปี พ.ศ. 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 17.8 ล้านคนหรือร้อยละ 25 ของประชากรไทยทั้งประเทศ และการสำรวจการกระจายตัวของผู้สูงอายุที่มีอายุ 100 ปี ขึ้นไป 3 อันดับแรก ไม่รวมกรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2552 พบว่า ได้แก่ จังหวัดยะลา พระนครศรีอยุธยา และนนทบุรี เมื่อศึกษาปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่พบบ่อย จากการสำรวจระหว่าง

พ.ศ.2546-2552 เกี่ยวกับแนวโน้มการเกิดโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว พบว่าโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว ที่พบ 3 ลำดับแรก ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคของต่อมไทรอยด์ และโรกระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็นกระดูกและข้อ โดยโรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคของต่อมไทรอยด์มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นพฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพผู้สูงอายุ¹

ผู้นำชุมชนที่ได้รับการยอมรับและความไว้วางใจจากผู้สูงอายุมักมีอิทธิพลทางความคิดและการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพราะเป็นผู้ที่รับรู้ปัญหาและความต้องการของสมาชิกในชุมชนได้เป็นอย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) ที่กำหนดวัตถุประสงค์สำคัญเกี่ยวกับผู้สูงอายุและชุมชนไว้ 2 ข้อ คือ ให้องค์กรชุมชนสามารถดูแลรับผิดชอบสุขภาพอนามัยในชุมชนได้อย่างเข้มแข็งและมีประสิทธิภาพ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา



และให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรงตามวัยและดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า² ดังนั้นการให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุโดยผู้นำชุมชนจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ป้องกันและบรรเทาการเจ็บป่วยนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป

ผู้สูงอายุในจังหวัดยะลา ร้อยละ 36.2 มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค โรคประจำตัวที่พบมากคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 40.6 โรคเบาหวาน ร้อยละ 11.6 โรคข้อเสื่อม ร้อยละ 9.2³ ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีรายได้ต่ำ มีการผสมผสานของวัฒนธรรมประเพณีและความเป็นอยู่ ศาสนาหลักที่ประชากรส่วนใหญ่นับถือ คือ ศาสนาพุทธและศาสนาอิสลาม ซึ่งมีข้อปฏิบัติและความเชื่อของศาสนิกชนที่แตกต่างกันและเป็นลักษณะที่แตกต่างเฉพาะของท้องถิ่น^{3,4} อาจมีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมทางสุขภาพ ประกอบกับการประสบปัญหาความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ตั้งแต่ พ.ศ. 2547 ถึงปัจจุบันทำให้ผู้สูงอายุเสียโอกาสในการเข้ารับบริการสุขภาพจากสถานบริการสาธารณสุข ดังเช่นผู้สูงอายุในจังหวัดอื่นและภูมิภาคอื่นของประเทศ ผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นต้องดูแลสุขภาพตนเอง หรือรับการดูแลสุขภาพจากบุคคลใกล้ชิดหรือชุมชนมากขึ้น

เพื่อบรรเทาปัญหาดังกล่าวและเป็นไปตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มากขึ้น โดยเฉพาะผู้นำชุมชนซึ่งเป็นตัวแทนของประชาชนในแต่ละชุมชนที่ได้รับความไว้วางใจและการยอมรับจากสมาชิกในชุมชน เป็นกลุ่มบุคคลที่มาจากองค์กรประชาชนกลุ่มต่างๆ ได้แก่ ผู้นำศาสนา กรรมการหมู่บ้าน กรรมการชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มแม่บ้าน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิชาการ เป็นต้น ย่อมมีอิทธิพลทางความคิดและการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่ในชุมชนรวมทั้งผู้สูงอายุ เพราะเป็นผู้ที่รับรู้ปัญหาและความต้องการของสมาชิกในชุมชนเป็นอย่างดี ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดยะลาโดยผู้นำชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยผ่านกลุ่มผู้นำชุมชนต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการศึกษาโดยใช้รูปแบบพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของวอล์คเกอร์⁵ ซึ่งดัดแปลงมาจากทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์⁶ มาเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือพฤติกรรมสุขภาพในการศึกษาวิจัย ได้แก่ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้วยวิธีการบรรยายอภิปราย และสาธิตในกลุ่มย่อยผู้สูงอายุ โดยผู้นำชุมชน 2) การปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุหลังได้รับการถ่ายทอดความรู้การส่งเสริมสุขภาพตนเองโดยกลุ่มผู้นำชุมชน 3) การติดตามประเมินผลเป็นการติดตามประเมินความรู้ของผู้สูงอายุ และการนำไปปฏิบัติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง วัดผลก่อน-หลังในกลุ่มทดลองกลุ่มเดียว (One group pre-posttest quasi-experimental research) ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในตำบลสะเตง อำเภอเมืองจังหวัดยะลา จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) เครื่องมือในการวิจัย 3 ชุด ดังนี้ คู่มือฝึกอบรมกลุ่มผู้นำผู้สูงอายุ คู่มือผู้นำกลุ่มผู้สูงอายุ คู่มือผู้สูงอายุ 2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1 ชุด แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ 6 ด้าน เป็นแบบสอบถามมาตราประมาณค่า 4 ระดับ หาความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าความเชื่อมั่น 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัย เป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นทดลองกลุ่ม แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะเตรียม คัดเลือกกลุ่มผู้นำชุมชน 10 ราย โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเสนอชื่อกลุ่มผู้นำชุมชนที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดได้แก่ สมัครใจร่วมวิจัย ไม่บกพร่องในการรับรู้วัน เวลา สถานที่ เข้าร่วมกิจกรรม ได้ตลอดการวิจัย มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีลักษณะความ



เป็นผู้นำ และสมาชิกภายในกลุ่มผู้สูงอายุยอมรับ เพื่อเข้าร่วมการวิจัย ทำการประเมินความรู้กลุ่มผู้นำชุมชนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุก่อนเริ่มการวิจัย เพื่อพิจารณาความแตกต่างของความรู้ที่จะทำการอบรม จัดกิจกรรมละลายพฤติกรรม จัดฝึกอบรมปฏิบัติการเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2 วัน โดยมีคณะผู้วิจัยเป็นทีมวิทยากรให้ความรู้ พร้อมแจกคู่มือการเป็นผู้นำกลุ่มด้านสุขภาพผู้สูงอายุ และคู่มือการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และติดตามประเมินความรู้หลังทำกลุ่ม

ระยะส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แบ่งผู้สูงอายุเป็น 5 กลุ่ม แต่ละกลุ่มมีผู้นำชุมชนที่ผ่านการอบรมกลุ่มละ 2 คน เป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ หลังจากทำกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแล้ว เพื่อนำข้อมูลไปเปรียบเทียบหลังจากได้รับความรู้จากผู้นำกลุ่ม หลังจากนั้นทุกสัปดาห์เป็นระยะเวลา 1 เดือนผู้นำกลุ่มติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้คำแนะนำ การปฏิบัติตนด้านสุขภาพ และประเมินผลอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ ระยะติดตามประเมินผลหลังการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 4

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 เก็บข้อมูลครั้งที่ 1 ก่อนเริ่มทำการทดลอง

ระยะที่ 2 เก็บข้อมูลครั้งที่ 2 เมื่อสิ้นสุดการประเมินผลครั้งที่ 4 เมื่อได้ข้อมูลแล้วนำมารวบรวมและแปลผล หลังจากนั้นนำข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามก่อนและหลังการทดลองมาวิเคราะห์เปรียบเทียบตามขั้นตอนทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยผ่านกลุ่มผู้นำชุมชนโดยใช้ค่าสถิติ paired t – test

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุเป็นชายและหญิงจำนวนใกล้เคียงกัน โดยเป็นผู้สูงอายุเพศชาย ร้อยละ

53.3 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 46.7 ร้อยละ 66.7 มีอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 73.4 มีสถานภาพสมรสคู่ นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 83.8 นอกจากนี้ร้อยละ 90 สามารถอ่าน เขียน ฟัง พูดภาษาไทยได้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80 ไม่ได้ประกอบอาชีพแล้ว แต่ส่วนใหญ่มีรายได้จากบุตรหลาน ร้อยละ 63.3 ส่วนใหญ่ร้อยละ 83.8 ยืนยันว่ามีรายได้เพียงพอต่อรายจ่าย เกี่ยวกับความเจ็บป่วย พบว่า ร้อยละ 66.7 เป็นผู้ที่เจ็บป่วยมีโรคประจำตัว ร้อยละ 40 ยังคงอาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรและ/หรือหลาน รองลงมาร้อยละ 26.7 อยู่กับบุตรและ/หรือหลาน

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมภายหลังการทดลองส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยผ่านกลุ่มผู้นำชุมชนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=3.25, p>.01$) มีโรคประจำตัว ร้อยละ 40 ยังคงอาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรและ/หรือหลาน รองลงมาร้อยละ 26.7 อยู่กับบุตรและ/หรือหลาน ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยผ่านกลุ่มผู้นำชุมชนสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.25, p=.01$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านกิจกรรมทางกายหลังการทดลองมีค่าสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.73, p=.01$) และ ($t = 2.64, p=.01$) ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการเจริญทางจิตวิญญาณหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.72, p=.05$) และ ($t = 2.07, p=.05$) ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการบริโภคอาหารหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.76, p=.001$) และพบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการจัดการกับความเครียดก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1 และ 2)

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ($\bar{X} = 19.7 \pm 2.6, 21.3 \pm 2.3$) ด้านกิจกรรมทางกาย



($\bar{X} = 6.7 \pm 0.7$, 7.2 ± 0.9) ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ($\bar{X} = 6.9 \pm 0.7$, 7.0 ± 1.5) ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ ($\bar{X} = 13.7 \pm 1.5$, 14.2 ± 1.4) ด้านการบริโภคอาหาร ($\bar{X} = 7.3 \pm 1.5$, 8.7 ± 1.0) และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม ($\bar{X} = 64.8 \pm 5.9$, 68.9 ± 5.4) มีค่าเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง มีค่าสูงกว่าก่อนการทดลอง ยกเว้น ด้านการจัดการกับความเครียด มีค่าเฉลี่ยหลังการทดลองเท่ากับก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 10.5 \pm 1.5$, 10.5 ± 1.2)

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการบริโภคอาหาร มีค่าสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.76$, $p = .001$) ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวม ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านกิจกรรมทางกายมีค่าสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.25$, $p = .01$), ($t = 2.73$, $p = .01$), และ ($t = 2.64$, $p = .01$) ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ มีค่าสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.72$, $p = .05$), และ ($t = 2.07$, $p = .05$) ตามลำดับโดยพบว่าค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการจัดการกับความเครียดมีค่าสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การอภิปรายผล

1. ข้อมูลทั่วไปกับพฤติกรรมสุขภาพ จากผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมภายหลังการทดลองส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยผ่านกลุ่มผู้นำชุมชนอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับดีแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมภายหลังได้รับคำแนะนำความรู้การส่งเสริมสุขภาพตนเองจากกลุ่มผู้นำชุมชน ทั้งนี้สามารถอธิบายจากข้อมูลการศึกษาครั้งนี้ได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายและเพศหญิงในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันแต่อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60-69 ปี ซึ่งผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-65 ปี ยัง

สามารถทำงานได้ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เดินทางไปไหนมาไหนได้ด้วยตนเอง เพราะว่าสุขภาพร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไปใน ทางเสื่อมถอยยังไม่มาก แม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัวแต่ก็สามารถควบคุมอาการของโรคได้ และการมีโรคประจำตัวมีผลดีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเพราะทำให้ต้องไปพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาบ่อยครั้งทำให้ได้รับความรู้พื้นฐานในการดูแลสุขภาพบ้าง นอกจากอายุแล้วปัจจัยอื่นยังมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเช่นกัน จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ การมีคู่สมรสอยู่ด้วยกันทำให้มีการช่วยเหลือ สนับสนุนซึ่งกันและกันในการทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือร่วมกันแก้ไขปัญหาได้ดีกว่าการอยู่คนเดียว และการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ สามารถอ่าน เขียน ฟัง และพูดภาษาไทยได้ ทำให้มีโอกาสในการแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพ และเข้าถึงบริการหรือการสนับสนุนด้านสุขภาพได้ดี นำมาปรับใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพตนเองได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของดวงใจ เปลี่ยนบำรุง⁷ ที่พบว่า ศาสนามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพประจำปี และการป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้านของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ประเทศไทย อีกทั้งผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาพุทธจะมีการออกกำลังกายที่เป็นรูปแบบมากกว่าผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลาม เพราะการดูแลฟื้นฟูสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุมุสลิมจะมีหลักศาสนาเกี่ยวข้องกับ ทำให้มีข้อจำกัดในการเข้าถึงสื่อทางด้านสุขภาพ⁸ สำหรับบทบาทหัวหน้าครัวเรือนที่มีความสามารถในการใช้ภาษาไทยต่างกันจะมีการเลือกวิธีการรักษาพยาบาลต่างกัน⁹ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพแล้วแต่ยังคงมีรายได้จากบุตรหลาน และจากเงินบำนาญ และส่วนใหญ่มีความรู้ดีกว่ารายได้แต่ละเดือนเพียงพอต่อการใช้จ่าย ทำให้มีโอกาสในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและมีโอกาสในการเลือกใช้บริการสุขภาพ และการสรรหาสิ่งต่าง ๆ มาตอบสนองการปฏิบัติตนด้านสุขภาพได้ดี รวมทั้งรายได้ยังมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในด้านการตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐานอีกด้วย ทั้งนี้เพราะ



ผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมดีจะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง¹⁰ สอดคล้องกับการศึกษาพินดา คุณาธรรม ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ลักษณะการอยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ¹¹ โดยจากการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน ซึ่งเป็นลักษณะของครอบครัวเดี่ยว ครอบครัวมีขนาดเล็ก ทำให้มีการรับผิดชอบงานในครอบครัวลดลง มีเวลาว่างมากขึ้น ทำให้มีเวลาในการดูแลสุขภาพตนเองได้มากขึ้น

2. ผลของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยผ่านกลุ่มผู้นำชุมชนต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยสามารถอธิบายได้ดังนี้ จากการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.25, p = .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ว่าพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายหลังได้รับการส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านกลุ่มผู้นำชุมชนดีกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านกลุ่มผู้นำชุมชน เมื่อแยกพิจารณารายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านกิจกรรมทางกายหลังการทดลองมีค่าสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.73, p = .01$) และ ($t = 2.64, p = .01$) ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลและค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการเจริญทางจิตวิญญาณหลังการทดลองมีค่าสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.72, p = .05$) และ ($t = 2.07, p = .05$) ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการบริโภคอาหารหลังการทดลองมีค่าสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.76, p = .001$) แต่พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการจัดการกับความเครียดหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านกลุ่มผู้นำชุมชนที่ได้รับการอบรมความรู้

ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามรูปแบบการวิจัยโดยใช้กระบวนการกลุ่ม บรรยาย อภิปราย สาธิตและสาธิตกลับแล้วนั้นทำให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพตนเองดีขึ้นทั้งนี้เพราะกลุ่มผู้นำชุมชนดังกล่าวเป็นกลุ่มบุคคลที่ผู้สูงอายุให้การยอมรับนับถือและไว้วางใจในการเลือกมาเป็นตัวแทนของกลุ่มผู้นำชุมชน อาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกับผู้สูงอายุ และเพราะกลุ่มผู้นำชุมชนที่ได้รับการคัดเลือกจากผู้สูงอายุครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน ทำให้ต่างฝ่ายต่างมีความรู้สึกร่วมกัน มีการรับรู้ถึงปัญหาหรือความต้องการของผู้สูงอายุได้ดี รู้สึกได้ถึงการยอมรับนับถือซึ่งกันและกันรวมถึงมีความเข้าใจถึงสภาพของชุมชน สามารถที่จะดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นได้ และตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้ ทั้งนี้เพราะในการจัดการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ นอกจากต้องคำนึงถึงวิธีการในการให้ความรู้ กลุ่มเป้าหมายแล้วยังต้องคำนึงถึงกลุ่มผู้ให้ความรู้อีกด้วย เพราะในสังคมไทยการจะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมใด ๆ ก็ตาม นอกจากขึ้นกับตัวเองแล้ว คนอื่น ๆ ซึ่งเป็นคนที่สำคัญย่อมมีอิทธิพลเช่นกัน¹² ทั้งนี้กลุ่มผู้นำชุมชนส่วนใหญ่ในการวิจัยคือกลุ่มเพื่อนที่อยู่ในวัยสูงอายุเช่นกัน ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มผู้นำชุมชนส่วนใหญ่ที่เป็นผู้สูงอายุจึงใช้ความรู้ที่ได้รับจากการอบรมมาปรับใช้ร่วมกับการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในฐานะผู้สูงอายุด้วยกัน ทำให้ได้รับความไว้วางใจจากกลุ่มในการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้นำชุมชน หรือผู้นำกลุ่ม ดังนั้นกลุ่มเพื่อนหรือกลุ่มผู้นำชุมชนจึงถือว่าเป็นกลุ่มสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญกลุ่มหนึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาพรทิพย์ มาลาธรรม¹³ ที่พบว่า แรงสนับสนุนจากเพื่อนเป็นตัวแปรทำนายการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของกันยารัตน์ อุบลวรรณ, สมจิตต์ สินธุชัย, ดวงพรปิยะคง และรุจิรัชย์ เมืองแก้ว¹⁴ เรื่องผลของรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยกลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุหลังการทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมการ



ดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยกลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และยังสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนาระบบบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนภายใต้บริบทของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่งของจังหวัดตราด ล้อสกุลทอง และวรรณภา ศรีธัญรัตน์ ที่พบว่ากลุ่มอาสาสมัครผู้สูงอายุที่เป็นผู้มีจิตอาสาเข้าร่วมกิจกรรมการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนนับได้ว่าเป็นทุนทางสังคมที่เข้มแข็ง เป็นที่ยอมรับและช่วยในการปรับพฤติกรรมของผู้สูงอายุได้ดีแต่อย่างไรก็ตามแกนนำดังกล่าวมีความต้องการที่จะพัฒนาศักยภาพของตนเองให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและมีภาวะพึ่งพาในชุมชนใน¹⁵ เช่นเดียวกับการศึกษารูปแบบการดำเนินงานสุขศึกษาโดยอาสาสมัครสาธารณสุขในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดชัยภูมิ ของสุขชัย อรรถธรรม, อริศรา วีรพันธุ์ และรักจุฬา ตั้งตระกูล¹⁶ ที่พบว่า ภายหลังการดำเนินงานสุขศึกษาในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการฝึกอบรมเทคนิคการดำเนินงานสุขศึกษา ประชาชนกลุ่มตัวอย่างบ้านโสกหาดมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้หวัดดีขึ้น แตกต่างจากก่อนการดำเนินงานสุขศึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของแจ่มศรี เสมาเพชร และวิพรเสนารักษ์¹⁷ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การให้ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากเกิดจากวิธีการให้ความรู้โดยพฤติกรรมทางปัญญาโดยใช้กระบวนการกลุ่มในการให้ความรู้ การเสริมแรง และส่งเสริมให้คิดและพูดแสดงความรู้สึกล้วนแล้ว การให้ความรู้โดยพฤติกรรมที่เป็นการปฏิบัติลงมือฝึกปฏิบัติในสถานการณ์ใหม่ ให้ลงมือทำซ้ำๆ การประเมินผลและสะท้อนกลับปัญหา เป็นวิธีการหนึ่งที่มีความสำคัญในการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ¹⁸ ในการวิจัยครั้งนี้จึงมีขั้นตอนของการติดตามประเมินผลเป็นขั้นตอนหนึ่งที่สำคัญ โดยเป็นการติดตามประเมินผลการสะท้อนกลับปัญหาและให้คำปรึกษากับกลุ่มผู้สูงอายุโดยกลุ่มผู้นำชุมชนประจำแต่ละ

กลุ่มที่รับผิดชอบ นอกจากการติดตามประเมินผลแล้วยังเป็นการกระตุ้นเตือนผู้สูงอายุในการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอีกด้วย ในการติดตามประเมินได้จัดกระทำทุกสัปดาห์รวม 4 ครั้ง เป็นเวลา 1 เดือน ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถจดจำและปฏิบัติตามกิจกรรมด้านสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง

เมื่อแยกพิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายด้านในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทุกด้านหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นพฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียด ที่พบว่าพฤติกรรมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาพฤติกรรมรายข้อประกอบ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงมีการฝึกผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเองได้เช่นเดิม ไม่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากก่อนการทดลอง เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่เผชิญกับสิ่งที่ทำให้เกิดปัญหาหรือเกิดความเครียดที่ไม่ใช่เหตุการณ์ที่รุนแรงหรือสำคัญในชีวิตในช่วงระยะเวลาของการศึกษาวิจัย 1 เดือน แต่เป็นปัญหาหรือสถานการณ์ความเครียดที่รบกวนในชีวิตประจำวันเช่นที่ผ่านๆมาเท่านั้น ทำให้ผู้สูงอายุยังคงสามารถจัดการกับปัญหาหรือความเครียดได้เหมือนกับที่เคยปฏิบัติมาก่อนการทดลอง นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมรายข้อในเรื่องการได้ทำงานอดิเรกที่ชอบและถนัด กลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 20 มีพฤติกรรมดังกล่าวลดลงภายหลังการทดลอง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการได้ทำงานอดิเรกที่ชอบและถนัดในหลายๆกิจกรรมต้องปฏิบัติภายนอกบ้าน เช่น การพบปะเพื่อนฝูง การออกกำลังกายในสวนสาธารณะหรือสนามกีฬา เป็นต้น แต่ด้วยเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ทำให้เป็นข้อจำกัดของผู้สูงอายุในการได้ทำงานอดิเรกที่ชอบและถนัด แต่โดยภาพรวมส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างยังคงสามารถทำงานอดิเรกที่ชอบและถนัดได้เหมือนเดิม

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าวิธีการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยผ่านกลุ่มผู้นำชุมชน สามารถใช้ได้ผลดี จึงควรมีการสนับสนุนให้มีการนำวิธีการดังกล่าวโดยผ่านกลุ่มผู้นำชุมชนที่เป็นผู้สูงอายุ ไปปรับใช้กับ



ผู้สูงอายุในชุมชนอื่นๆของพื้นที่จังหวัดยะลา และจังหวัดปัตตานี นราธิวาสซึ่งมีสภาพชุมชนเหมือนกัน เพื่อขยายผลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้ครอบคลุมในหลายพื้นที่

2. ควรนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้ผู้เรียนตระหนักถึงความสำคัญของการให้ชุมชนมีส่วนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

3. ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลองอยู่ในระดับดีถึงดีมาก ดังนั้นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการสุขภาพจึงควรสนับสนุนและกระตุ้นเตือนพฤติกรรมที่ดีดังกล่าวของผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ

4. ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอยู่แล้วได้มีโอกาสเป็นตัวแทนของกลุ่มผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายอื่นๆ

5. ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มโดยการติดตามประเมินผลในส่วนข้อมูลกายภาพได้แก่ ค่าความแข็งแรง กล้ามเนื้อ ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

สถาบันพระบรมราชชนก ผู้สนับสนุนทุนวิจัย
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา ศาสตราจารย์
เกียรติคุณบุญธรรม กิจปริดาบริสุทธิ กลุ่มผู้สูงอายุ

References

1. Prachuabmoh V, Siriboon S. The study of Thai elderly situation, Bangkok. Bangkok: Ministry of Social Development and Human Security, Thailand; 2009.
2. Office of Permanent Secretary. Health Education and Health behavior in Health Development Planning 7th. Nonthaburi: Ministry of Public Health, Thailand; 1996.
3. Sawangjang A. The Study of Health status of the Elderly in Elderly Club, Yala. Yala: Health Promotion Hospital; 2003.
4. Office of Permanent secretary. Report about Health Population, Yala. Yala: Office of Public Health; 2002.
5. Walker SN, et al. Health Promoting Lifestyles of Older-Adults: Comparisons with Young and Middle-Aged Adult, Correlates and Patterns. Advances in Nursing Science. 1988; 11(10): 76-90.
6. Pender NJ. Health Promotion in Nursing Practice. 3rd.

- Standford: Appleton & Lange; 1996.
7. Plianbumroong D. Selfcare Behavior and Quality of Life of Elderly in Southern Border, Thailand. [Thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2540.
8. Institute of geriatrics department. Guideline of Health care rehabilitation for the elderly in the Muslim community leaders for the mosque. [database on the Internet]. 2012 [cited 2012 August 12]. Available from: http://v2.agingthai.org/files/users/3451page/20100211_68677.pdf
9. Booncharoen Y. Utilization of health service among Karen households in Maehongson province. (Thesis). Bangkok: Mahidol University; 1991.
10. Thianprapart J, Tunsiri P. (Editor). Nursing Care in Elderly. 3rd. Bangkok: Rungruengthum; 1993.
11. Kunathum P. Attitude and self-care Behavior of Elderly in Trang Province. (Thesis). Bangkok: Mahidol University; 1995.
12. Chuenarom K, Thakaewpan J, Sittirak A. The Relation Between Basic Factor and Health Promotion Behavior of Elderly Lumpang Province. Lumpang: Boromarajonani College of Nursing, Lumpang; 2000.
13. Malathum, P. A model of factors contributing to perceived abilities for health-promoting self-care of community-dwelling Thai older adults. (Doctoral dissertation). The University of Texas at Austin: USA; 2001.
14. Ubonwan K, Sinthupan S, Piyakhong D, Muangkaew R. Effects of Selfcare behaviors Model in the Elderly by peer group. Saraburi: Boromarajonani College of nursing, Saraburi; 2002.
15. Luckwan P, Sritanyarat W. Development of Long Term Care Service System for Community Older Persons in the Context of a Secondary Care Hospital. Khon Kaen University. Khon Kaen; 2012.
16. Akkatham S, Suweerapan A, Tungtakun R. The implementation of health education process model by health volunteers through community primary health care center Chiyaphum Province. Chiyaphum: Primary health care center; 1996.
17. Semapetch J, Senarak W. The Effect of Social Support Program on Self-care Behavior of Acute Coronary Syndrome Patients. Journal of Nursing and Health Care 2014; 32(2): 136.
18. Tunsakhun S. Learning process and Modifying Health Behavior. [database on the Internet]. 2010 [cited 2009 May 12]. Available from: <http://www.anamai.moph.go.th/advisor/244/24404.html>.



ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุจำแนกตามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพก่อน-หลังการทดลอง

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพก่อนการทดลอง		พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหลังการทดลอง	
	ทดลอง		ทดลอง	
	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	19.7	2.6	21.3	2.3
2. ด้านกิจกรรมทางกาย	6.7	0.7	7.2	0.9
3. ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	6.9	0.7	7.0	1.5
4. ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ	13.7	1.5	14.2	1.4
5. ด้านการจัดการกับความเครียด	10.5	1.5	10.5	1.2
6. ด้านการบริโภคอาหาร	7.3	1.5	8.7	1.0
7. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	64.8	5.9	68.9	5.4

ตารางที่ 2 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลองการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยผ่านกลุ่มผู้นำชุมชนจำแนกรายด้านและโดยรวม

พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ	($\bar{X}$)	SD	$\bar{D}$	S.D. _d	t
1.ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ					
ก่อนการทดลอง	19.7	2.6	1.6	3.2	2.73**
หลังการทดลอง	21.3	2.3			
2.ด้านกิจกรรมทางกาย					
ก่อนการทดลอง	6.7	0.7	0.5	0.9	2.64**
หลังการทดลอง	7.2	0.9			
3.ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล					
ก่อนการทดลอง	6.9	0.7	0.1	0.9	0.72*
หลังการทดลอง	7.0	1.5			
4.ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ					
ก่อนการทดลอง	13.7	1.5	0.5	1.0	2.07*
หลังการทดลอง	14.2	1.4			
5.ด้านการจัดการกับความเครียด					
ก่อนการทดลอง	10.5	1.5	0	1.5	0.10
หลังการทดลอง	10.5	1.2			
6.ด้านการบริโภคอาหาร					
ก่อนการทดลอง	7.3	1.5	1.4	1.6	4.76***
หลังการทดลอง	8.7	1.0			
7.พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม					
ก่อนการทดลอง	64.8	5.9	4.1	6.9	3.25**
หลังการทดลอง	68.9	5.4			



Effects of Health Promoting of the Elderly through the Community Leaders

Doungjai Plianbumroong PhD*

Abstract

This quasi-experimental study aimed to study the effects of health promoting of the elderly through the community leaders to the elderly's health behaviors. 30 elderly aged between 60–69 years old were simple randomly recruited from the elderly live in Yala Province. 10 volunteers of the community leaders were selected by the elderly to be trained on the appropriate health promoting behaviors. Each two volunteers were assigned to be advice about health promoting behavior for a group of elderly in 5 groups. The data were collected by using health promoting behaviors questionnaire for the pre and posttest on the 1st and the 4th week. Data were analyzed by using frequency distribution, percentage and paired t-test.

The study result showed that the mean score of the total section of health promoting behaviors of the elderly at the post test phase was statistically significant higher than the mean score at the pretest. ($t = 3.25$, $p = .01$). This study proved that this testing is an effective intervention that could improve the health promoting behaviors of Thai elderly. The use of this community leader model for the elderly on health promoting behaviors should be extended to other communities. However, further studies might be needed to study in other group example, peer group, and caregiver group to find the best group to care for the elderly.

Keywords: community leaders-led, health promoting behaviors, elderly

*Doctor of Philosophy Program in Education

Registered Nurse Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Yala