

การประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ
ในโรงเรียน/ชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดร้อยเอ็ด
Evaluation of the Aging Health Promotion Innovation
in Elderly School in Roi Et Province

ปิยมณฑล พุทธชาต* สดุดี ภูห้องไสย**

Piyamon Phugsachat, Sadudee Phuhongsai

Corresponding author: E-mail: piyamon6560@gmail.com

(Received: March 28, 2024; Revised: April 4, 2024; Accepted: May 2, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้นวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงเรียน/ชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยชุมชนมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ 6 แห่ง จำนวน 184 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 134 คน (ร้อยละ 72.8) อายุเฉลี่ย 69.18 ± 6.40 ปี (60-87 ปี) โดยนันทกรรมฯ ได้แก่ หลักสูตร ไถลัม ไถลิ้ม ไถชิมไคร้า กินข้าวแซบ ไปใช้อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งๆละ 3 ชั่วโมง และแผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล (Wellness Plan) ไปใช้เป็นระยะเวลา 6 เดือน ในช่วงเดือนมีนาคม 2564 - เดือนมกราคม 2565 ประเมินประสิทธิผลของนันทกรรมฯ โดยเปรียบเทียบภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ก่อน - หลัง ด้วยสถิติ Paired t-test และ McNemar's Chi-square

ผลการวิจัย : ภายหลังการใช้นวัตกรรม พบว่า น้ำหนัก รอบเอว การปลัดตกหลัง ความเสี่ยงต่อการปลัดตกหลัง ระยะเวลาในการทำ TUGT และภาวะเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (2Q+) ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p>.05$) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ปัญหาปวดหัวเข่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยคะแนนสภาพสมอง (AMT) เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.021$) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพฤติกรรมการแปรงฟันก่อนนอนทุกวัน และการนอนหลับได้ 7 - 8 ชั่วโมงต่อคืนเป็นประจำเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.038, .013$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้ด้านสุขภาพสามารถดูแลตนเองได้ เน้นการแก้ไขความเสี่ยงด้านสุขภาพเฉพาะ รายบุคคล และการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนั้นควรขยายผลไปในโรงเรียน/ชมรมอื่นๆ หรือกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้มาโรงเรียนผู้สูงอายุ ให้มีความแตกต่างด้านสุขภาพต่อไป

คำสำคัญ : นวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพ; แผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล; โรงเรียน/ชมรมผู้สูงอายุ

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

****พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น**

Abstract

Purpose : To evaluation of the aging health promotion innovation in elderly school by compared before and after of the health condition and behavior.

Study design : Participatory action research.

Materials and Methods : The operation in the elderly persons in 6 elderly school in Roi Et province there are 184 persons. The study using the ageing health promotion innovation in elderly school is “no falling, no dementia, no depressed and eat delicious course” in llesson plan at the elderly school. At least a time per month and 3 hours by the time and using the Wellness Plan for practice at home, the periods for using the ageing health promotion innovation in elderly school is 6 months. The materials in the study is the interview form. The quantity data by Paired t-test and McNemar’s Chi-square statistic. The study is on March, 2022- January,2023. Mean age (Minimum-Maximum) of the subjects was 69.18 ± 6.40 years (60 - 87 years), mostly 134 females (72.8%).

Main findings : After using the aging health promotion innovation in elderly school. The weight, waist, the problem of falling, risk of falling, average of timing of TUGT, The risk of depressed (2Q+) are not significant different ($p>.05$). The average of diastolic blood pasture, the knee pain problem are significant decreased. The average of AMT score is significant increased ($p=.021$). The average of health behavior score is increased especially the teeth brush in 2 munities per day and sleeping for 7-8 hours per day behavior are significant ($p=.038, .013$)

Conclusion and recommendation : The goal of aging health promotion innovation in elderly school are health literacy in elderly persons. The health promotion to correct the health personal risk and community participation. To expand the results in another elderly school and the elderly persons out of elderly school.

Keywords : Aging health promotion innovation; Wellness Plan; Elderly school

*Public Health Technical Officer, Professional Level, Roi Et Provincial Public Health Office

**Registered Nurse, Senior Professional Level. Regional Health Promotion Centre 7 Khonkaen

บทนำ

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และในปี พ.ศ. 2564 จะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2574 ประเทศไทยกลายเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super aged society) คือ สัดส่วนของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จะเพิ่มขึ้นสูงเป็นร้อยละ 32.1¹ ซึ่งจากสถานการณ์ดังกล่าว จะทำให้เกิดผลกระทบในหลายด้าน ทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมโดยรวม การเตรียมการเพื่อรองรับสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุจึงเป็นประเด็นที่สำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพที่เรื้อรัง ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางเสื่อมสภาพด้านร่างกาย ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของระบบต่างๆ ลดลง ความต้านทานต่อโรคลดลง ผู้สูงอายุจึงเกิดปัญหาสุขภาพได้มากกว่าวัยอื่น และส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ดังนั้น จึงต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพก่อนวัยสูงอายุและหลังเข้าสู่วัยสูงอายุ เพื่อลดผลกระทบด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมโดยรวม²

จากรายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ.2556 พบว่า ผู้สูงอายุไทย มีความเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง/ปัญหาสุขภาพ ดังต่อไปนี้ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 41 โรคเบาหวานร้อยละ 18 ข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 9 เป็นผู้พิการร้อยละ 6 โรคซึมเศร้า ร้อยละ 1 และผู้ป่วยติดเตียงร้อยละ 1 ซึ่ง โรคเหล่านี้ ล้วนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นและเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ทำให้มีภาวะการพึ่งพา ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องและระยะยาว ผู้สูงอายุจำนวนมากมีปัญหาข้อเข่าเสื่อม และครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุ มีฟันแท้เหลือน้อยกว่า 20 ซี่ ทำให้ไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน³ ซึ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีปัจจัยเสี่ยงมาจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ รับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม และขาดการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำหนักเกิน

และอ้วน ซึ่งทำให้เป็นโรคไม่ติดต่อในที่สุด โดยกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง โรคเรื้อรัง จะค่อยๆ มีอาการและอาการรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ที่ละน้อยเมื่อไม่ได้รับการดูแลรักษา และจากรายงานการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ที่ผู้สูงอายุไทยปี พ.ศ.2559 (จากการประเมินแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ) 2561, 2562 และ 2563 (จากการสำรวจกรมอนามัย) พบว่าผู้สูงอายุไทย มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ร้อยละ 27.8, 54.4, 52.0 และ 49.64 ตามลำดับ ยังไม่ถึงร้อยละ 60 แม้ว่าจากการสำรวจข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 7 ปี พ.ศ.2563 พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ร้อยละ 78.3 แต่ยังคงพบโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังเป็นปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งจากการสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 7 มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูงร้อยละ 12.4 และ 11.3 ตามลำดับ³

โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นการดำเนินงานอีกรูปแบบหนึ่ง ที่เกิดจากการดำเนินงานหลายภาคส่วน เพื่อส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เกิดจากแนวคิดที่ตระหนักถึงคุณค่า ความสำคัญ และพลังของผู้สูงอายุ โดยการสร้างพื้นที่ ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุบนพื้นฐาน การมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย โดยมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิต ซึ่งโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นรูปแบบหนึ่งในการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต การจัดการศึกษา การพัฒนาทักษะเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุ จะเป็นเรื่องที่ผู้สูงอายุสนใจและมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิต ช่วยเพิ่มพูนความรู้ ทักษะชีวิตที่จำเป็น โดยวิทยากรจิตอาสาหรือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องขณะเดียวกันก็เป็นพื้นที่ที่ผู้สูงอายุ จะได้แสดงศักยภาพ โดยการถ่ายทอดภูมิความรู้ ประสบการณ์ที่สั่งสมแก่บุคคลอื่น เพื่อสืบสานภูมิปัญญา ให้คงคุณค่าคู่กับชุมชน ภายใต้แนวคิดการส่งเสริม กระบวนการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ พัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยอยู่บนพื้นฐานแนวคิดที่ว่า “ผู้สูงอายุมีคุณค่าและมีศักยภาพ ควรได้รับการส่งเสริม สนับสนุนให้มีส่วนร่วมทำประโยชน์ ให้สังคม และส่งเสริมการเรียนรู้ให้ผู้สูงอายุ โดยเชื่อมโยงกับประสบการณ์ของผู้สูงอายุ สารการเรียนรู้จะต้องทำให้ผู้สูงอายุสามารถนำไปใช้ได้จริงในชีวิตปัจจุบัน เพิ่มโอกาสในการรวมกลุ่มในลักษณะ เครือข่ายหรือชุมชน” การดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม โดยทุกภาคส่วน “ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมสร้าง” และมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การจัดการเรียนรู้ให้ผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสุข เกิดทักษะในการดูแลตนเอง มีคุณภาพชีวิตที่ดี⁴ ซึ่งในประเทศไทยมีจำนวนโรงเรียนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 2,025 แห่ง เขตสุขภาพที่ 7 มี 706 แห่ง (ร้อยละ 34.86) และจังหวัดร้อยเอ็ดมีจำนวน 215 แห่ง ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ร่วมกับหน่วยงานที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ อาทิเช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยและผู้แทนจากโรงเรียนผู้สูงอายุ ในจังหวัดร้อยเอ็ด ได้ร่วมขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุผ่านชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุ มาโดยตลอด

จากภาวะดังกล่าว หลายหน่วยงานได้ตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยมีนโยบายการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มุ่งเน้นการบูรณาการงานร่วมกับภาคีเครือข่ายโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นการดำเนินงานอีกรูปแบบหนึ่งที่เกิดจากการดำเนินงานหลายภาคส่วน เพื่อส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งเกิดจากแนวคิดที่ตระหนักถึงคุณค่า ความสำคัญ และพลังของผู้สูงอายุ โดยการสร้างพื้นที่ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ บนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย โดยมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด และภาคีเครือข่ายได้เล็งเห็นความสำคัญดังกล่าว จึงได้มีการพัฒนานวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพ และ

สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยปัจจุบันได้มีการนำหลักสูตรการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ คือ หลักสูตร ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวแซบ ไปใช้ในเพื่อดำเนินกิจกรรมการเรียนการสอนในวันที่ผู้สูงอายุมาร่วมกิจกรรมที่โรงเรียน/ชมรม ร่วมกับการจัดทำแผนการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล (Wellness Plan) เพื่อให้ผู้สูงอายุแต่ละท่านนำไปปฏิบัติที่บ้านเป็นกิจวัตรประจำวันในการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นนวัตกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยเน้นกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดการพัฒนา ต่อยอดงานส่งเสริมสุขภาพจะส่งผลให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ จนเกิดเป็นต้นแบบการเรียนรู้สำหรับโรงเรียนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้นวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุจังหวัดร้อยเอ็ด โดยเปรียบเทียบภาวะสุขภาพและพฤติกรรมก่อน - หลังการใช้นวัตกรรม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยชุมชนมีส่วนร่วม (Participatory action research) โดยศึกษาในกลุ่มนักเรียนผู้สูงอายุที่มาโรงเรียนเป็นประจำในโรงเรียนผู้สูงอายุจำนวน 6 แห่งในจังหวัดร้อยเอ็ด ได้แก่ โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลเหล่า อำเภอกุฉินารายณ์ โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลศรีสมเด็จ อำเภอสหัสขันธ์ โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลชัยวารี อำเภอนาคู โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลหนองพอก อำเภอนองพอก โรงเรียนผู้สูงอายุเมืองเกษตรวิสัย และโรงเรียนผู้สูงอายุวิทยาลัยสร้างสุข อำเภอสว่างวีรญาติ จำนวนทั้งสิ้น 184 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

ที่มาเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นประจำ ระหว่างเดือน
มีนาคม 2564 - มกราคม 2565

ขนาดตัวอย่าง และการคำนวณขนาดตัวอย่าง

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรเปรียบเทียบ
ค่าเฉลี่ย 2 ค่า (ก่อน-หลัง) และใช้ข้อมูลอ้างอิงจากการศึกษา
ของจิตติขญา ฉลาดล้ำ, สุทธิพร มูลศาสตร์ และ วรณรัตน์
ลาวัง เรื่องการพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง
จังหวัดราชบุรี⁵ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จะใช้ขนาดตัวอย่าง
นักเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุอย่างน้อยโรงเรียนละ 30 คน
โดยในการเก็บข้อมูลจะเลือกโรงเรียนผู้สูงอายุตัวอย่าง
แบบเฉพาะเจาะจงในพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 6 แห่ง
จะทำการเก็บข้อมูลจากนักเรียนผู้สูงอายุทุกรายที่มาเรียน
ในวันที่ผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูล

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

- 1) ผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มาเรียนใน
โรงเรียนผู้สูงอายุ
- 2) ผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มาโรงเรียน
ในพื้นที่ในช่วงที่มีการใช้นวัตกรรมฯ ตลอดช่วงการศึกษา
วิจัย
- 3) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ
- 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

- 1) เสียชีวิต/ย้ายถิ่นที่อยู่ระหว่างการศึกษาวิจัย
- 2) ขาดเรียนเกินกว่าร้อยละ 50
- 3) อาสาสมัครไม่สามารถประเมินภาวะสุขภาพ
และพฤติกรรมสุขภาพในช่วงก่อน หรือหลังดำเนินการได้

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria)

- 1) อาสาสมัครมีปัญหาที่ทำให้ไม่พร้อมร่วม
กระบวนการศึกษาต่อไป
- 2) อาสาสมัครเปลี่ยนใจ และไม่ยินยอมที่จะเข้าร่วม
การศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบเก็บข้อมูล
และแบบสัมภาษณ์ ใช้ในการประเมินนักเรียนในโรงเรียน
ผู้สูงอายุ ในส่วนของแบบสัมภาษณ์นี้ มีการประชุมทีมวิจัย
เพื่อทำความเข้าใจในแบบสัมภาษณ์แต่ละข้อ และ
การใช้ภาษาในการสัมภาษณ์โดยการสัมภาษณ์จะใช้
ผู้สัมภาษณ์คนเดิมในทุกพื้นที่แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย
3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป
ของกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส
อาชีพ ระดับการศึกษา และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลภาวะสุขภาพได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง
เส้นรอบเอว ความดันโลหิต

ส่วนที่ 3 แบบสอบถาม/ประเมินความเสี่ยงด้าน
สุขภาพ ประกอบด้วย

- 3.1 แบบคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มด้วย
Timed Up and Go Test (TUGT)
- 3.2 แบบสอบถามปัญหาสุขภาพ
- 3.3 แบบทดสอบสภาพสมอง Abbreviated
Mental Test (AMT)
- 3.4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q+
- 3.5 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
ผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

นำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจาก
กลุ่มตัวอย่างไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ
ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูล
เปรียบเทียบภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ก่อน - หลัง
การใช้นวัตกรรมโดยใช้สถิติ Paired t-test และ
McNemar's Chi-square

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
กรมอนามัย เลขที่ 021 ให้ไว้ วันที่ 14 มกราคม 2564

ผลการวิจัย

การศึกษาประสิทธิผลของการใช้นวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุจังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งมี 5 ขั้นตอนคือ 1) ได้รับความรู้ด้านสุขภาพผ่านหลักสูตร ไม่ล้ม ไม่ถื่น ไม่ซึมเศร้า กินข้าวแช่ อย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง เป็นระยะเวลา 6 เดือน 2) ประเมินภาวะสุขภาพ/ความเสี่ยงด้านสุขภาพก่อนการใช้นวัตกรรม 3) ออกแบบแผนดูแลสุขภาพรายบุคคล (Wellness Plan) ให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ/ความเสี่ยงด้านสุขภาพ 4) ทบทวนและปรับปรุงแผนการดูแลสุขภาพและนำแผนไปใช้เป็นระยะเวลา 6 เดือน 5) การประเมินภาวะสุขภาพ/ความเสี่ยงด้านสุขภาพซ้ำ ประเมินผลการใช้นวัตกรรม โดยเปรียบเทียบภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ก่อน - หลัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (72.8%) อายุเฉลี่ย 69.18 ± 6.40 ปี อายุน้อยที่สุด 60 ปี และมากที่สุด 87 ปี ส่วนสถานภาพสมรส (62.0%)

ส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา (81.0%) อาชีพเป็นเกษตรกร (64.1%) มีผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง (2.2%) มีโรคประจำตัว (54.3%) โดยโรคที่พบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง (37.0%) รองลงมาคือเบาหวาน (28.0%) และผลการประเมิน ADL พบว่าเป็นกลุ่มติดสังคม (100.0%) โดยกิจกรรมประจำวันปฏิบัติได้น้อยที่สุดคือ การกลืนปัสสาวะได้ (94.0%)

ผลการประเมินภาวะสุขภาพ ก่อน - หลังการทดลองใช้นวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนผู้สูงอายุ (Wellness Plan) พบว่าเมื่อทำการเปรียบเทียบน้ำหนัก ก่อน - หลังการใช้โปรแกรมไม่แตกต่างกันทางสถิติ (58.44 ± 10.31 VS 58.47 ± 9.59 ; $p=.888$) รอบเอวก่อนและหลังการใช้โปรแกรมไม่แตกต่างกันทางสถิติ (82.40 ± 9.42 VS 82.33 ± 9.61 ; $p=.899$) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต DBP ลดลงจาก 76.38 ± 7.93 เป็น 75.08 ± 6.45 มีนัยสำคัญทางสถิติโดยมีค่า $p=.021$ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ภาวะสุขภาพ ก่อน - หลังการทดลองใช้นวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (n=184)

	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	p
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
น้ำหนัก (กก.) (Mean±SD.)	58.44 ± 10.31	58.47 ± 9.59	.888
ดัชนีมวลกาย (กก./ม. ²)			
ต่ำกว่าเกณฑ์ (<18.5)	13(7.1)	7(3.8)	
ปกติ (18.5-22.9)	82(44.6)	87(47.3)	
เกินเกณฑ์ (23.0-24.9)	33(17.9)	41(22.3)	
อ้วนระดับ 1 (25.0-29.9)	47(25.5)	40(21.7)	
อ้วนระดับ 2 ขึ้นไป (30.0+)	9(4.9)	9(4.9)	
รอบเอว			
Mean±SD.	82.40± 9.42	82.33 ± 9.61	.899
ปกติ (≤ ส่วนสูงหาร 2)	74(40.2)	76(41.3)	
เกิน (>ส่วนสูงหาร 2)	110(59.8)	108(58.7)	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	p
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
ความดันโลหิต			
SBP (Mean±SD.)	123.34 ± 12.59	122.47 ± 12.24	.268
DBP (Mean±SD.)	76.38 ± 7.93	75.08 ± 6.45	.021
ปกติ (<140/90)	159(86.4)	161(87.5)	
เกิน (≥ =140/90)	25(13.6)	23(12.5)	

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อน - หลังการใช้นวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาปวดหัวเข่ามากที่สุด รองลงมาคือกลืนปัสสาวะไม่อยู่ และปัญหาด้านการมองเห็น

โดยปัญหาที่พบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.021) คือ ปัญหาปวดหัวเข่าลดลงจาก (28.8%) เป็น (19.6%) ดังแสดง ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อน - หลังการใช้นวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (n=184)

	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	p
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
มีปัญหาด้านการมองเห็น	20(10.9)	20(10.9)	1.00
มีปัญหาด้านการได้ยิน	8(4.3)	8(4.3)	1.00
มีปัญหากลืนลำบาก	4(2.2)	3(1.6)	1.00
มีปัญหากลืนปัสสาวะไม่อยู่	23(12.5)	14(7.6)	.078
ท้องผูก/อุจจาระราด	9(4.9)	4(2.2)	.227
ปัญหาเคลื่อนที่	9(4.9)	8(4.3)	1.00
ปัญหาปวดหัวเข่า	53(28.8)	36(19.6)	.021

การพลัดตกหกล้มและความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ก่อน-หลังการใช้นวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนใช้นวัตกรรมกลุ่มตัวอย่างเคยพลัดตกหกล้มในรอบ 6 เดือน (6.5%) และหลังใช้นวัตกรรมฯ ลดลงเหลือ (6.0%)

แต่ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ เช่นเดียวกับระยะเวลา ในการทำ Timed Up and Go Test ที่พบว่าค่าเฉลี่ย ลดลงจาก 11.12 ± 3.52 เป็น 10.88 ± 3.63 วินาที แต่ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การพลัดตกหกล้ม และความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มกลุ่มตัวอย่าง ก่อน-หลังการใช้นวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (n=184)

	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	p
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
การพลัดตกหกล้มในรอบ 6 เดือน	12(6.5)	11(6.0)	1.00
ระยะเวลาในการทำ			
Timed Up and Go Test (TUGT)	11.12± 3.52	10.88 ± 3.63	.20
ปกติ (<12 นาที)	134(72.8)	142(77.2)	
เสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (≥12 นาที)	50(27.2)	42(22.8)	

ผลการประเมินคะแนนสภาพสมอง : Abbreviated Mental Test (AMT) ก่อน-หลังการใช้นวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ย AMT เพิ่มขึ้นจาก 9.02 ± 0.89 เป็น 9.40 ± 0.76 คะแนน ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า $p<.001$ ผลการประเมิน

ภาวะซึมเศร้า 2Q+ ก่อน-หลังการใช้นวัตกรรมฯ พบว่า เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (2Q+) ก่อนทดลอง 7 คน คิดเป็นร้อยละ 3.8 และหลังทดลองลดลงเหลือ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 1.6 แต่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนสภาพสมอง: Abbreviated Mental Test (AMT) และ ผลการประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q+) ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อน-หลังการใช้นวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (n=184)

	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	p
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
ค่าเฉลี่ย ±SD จากคะแนนเต็ม 10	9.02 ± 0.89	9.40 ± 0.76	<.001
ผลประเมิน สภาพสมอง (AMT)			.453
ปกติ (ตอบถูก > 7 ข้อ)	178(76.7)	181(98.4)	
เสี่ยงสมองเสื่อม (ตอบถูก ≤ 7 ข้อ)	6(3.3)	3(1.6)	
ภาวะเสี่ยงซึมเศร้าจาก 2Q+			.110
ปกติ	177(96.2)	181(98.4)	
เสี่ยงซึมเศร้า	7(3.8)	3(1.6)	

ผลการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ก่อน-หลัง การใช้นวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ จากคะแนนเต็ม 8 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเพิ่มจาก 5.10 ± 1.48 เป็น 5.31 ± 1.78 คะแนน โดยมีค่า $p=.124$ โดยพฤติกรรม

สุขภาพที่พึงประสงค์ที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การแปรงฟันก่อนนอนทุกวัน นานอย่างน้อย 2 นาที และ การนอนหลับได้ 7-8 ชั่วโมงต่อคืนเป็นประจำ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ก่อน-หลังการใช้นวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	p
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
แปรงฟันก่อนนอนทุกวัน นานอย่างน้อย 2 นาที	108(58.7)	126(68.5)	.038
มีกิจกรรมทางกาย/ออกกำลังกาย จนรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ อย่างน้อยวันละ 30 นาทีเป็นประจำ	87(47.3)	99(53.8)	.155
ดื่มน้ำสะอาดได้อย่างน้อยวันละ 8 แก้วเป็นประจำ	96(52.2)	105(57.1)	.289
กินผัก/ผลไม้ได้วันละ 400 กรัมหรือ 5 กำมือเป็นประจำ	77(41.8)	84(45.7)	.410
ไม่เคยสูบบุหรี่ / เคยสูบแต่เลิกแล้ว	178(96.7)	181(98.4)	.375
ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/ดื่มเฉพาะเทศกาล	180(97.8)	181(98.4)	1.00
ได้พบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อตรวจสุขภาพประจำปี	142(77.2)	150(81.5)	.322
นอนหลับได้ 7- 8 ชั่วโมงต่อคืนเป็นประจำ	51(27.7)	70(38.0)	.013
ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD คะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์จาก คะแนนเต็ม 8	5.10 $\pm$ 1.48	5.31 $\pm$ 1.78	.124
มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ครบ 8 ข้อ	10(5.4)	20(10.9)	.052

วิจารณ์

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า หลังการใช้นวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงเรียน/ผู้สูงอายุจังหวัดร้อยเอ็ด ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต DBP ลดลงจาก 76.38 ± 7.93 เป็น 75.08 ± 6.45 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.021$) สอดคล้องกับการศึกษาของ น้ำทิพย์ ยิ้มแย้ม และคณะ⁶ ที่ศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน 4 ขั้นตอน ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ส่วนปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาปวดหัวเข่ามากที่สุด รองลงมาคือมีปัญหาท่อน้ำปัสสาวะไม่อยู่ และปัญหาด้านการมองเห็น สอดคล้องกับ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย⁷ ที่พบว่าปัญหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่สูงเป็นอันดับแรก คือ การเคลื่อนไหวร่างกาย รองลงมาคือการได้ยินหรือสื่อความหมาย และด้านการมองเห็นตามลำดับ ผลการประเมิน

คะแนนสภาพสมอง (AMT) พบว่า หลังการใช้นวัตกรรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ย AMT เพิ่มขึ้นจาก 9.02 ± 0.89 เป็น 9.40 ± 0.76 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของสุวิมล แสงเรือง และคณะ⁸ ที่ศึกษาผลของการใช้หลักสูตรไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย ร่วมกับแผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล (Wellness Plan) แบบมีส่วนร่วมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 9 ด้านที่พบว่าหลังการทดลองใช้หลักสูตรไม่พบผู้สูงอายุที่มีคะแนนเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม (AMT) และผลการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ พบว่า หลังการใช้นวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเพิ่มจาก 5.10 ± 1.48 เป็น 5.31 ± 1.78 คะแนน ($p=.124$) โดยพฤติกรรมที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ การแปรงฟันก่อนนอนทุกวัน นานอย่างน้อย 2 นาที และการนอนหลับได้ 7-8 ชั่วโมงต่อคืนเป็นประจำ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของปัทมา ผาติภัทรกุล และคณะ⁹ ที่ศึกษาประสิทธิภาพโปรแกรม

ส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดสระบุรี โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรม 8 สัปดาห์ รวม 15 ชั่วโมง ผลการวิจัยพบว่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ เพิ่มขึ้นและอยู่ในระดับดีในด้านการรับประทานอาหาร และการผ่อนคลายความเครียด

ข้อเสนอแนะ

การใช้นวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นรูปแบบ มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถดูแล ตนเองได้ มีประสิทธิภาพในการป้องกันความเสี่ยง ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ที่พึงประสงค์ ควรอย่างยิ่งที่จะมีการขยายผลไปใช้ใน โรงเรียน/ชมรมผู้สูงอายุอื่นๆ หาแนวทางขยายแนวคิดนี้ไป ยังกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้มาเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุให้มีความ แตกฉานด้านสุขภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และคณะครูสอนโรงเรียนผู้สูงอายุ Care Manager อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และ ผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุทั้ง 6 แห่ง ทุกท่านที่ให้ความ ร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจสุขภาพะ ผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุและผู้พิการ. กรุงเทพฯ: วชิรินทร์ พี.พี.; 2556.
2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการ ขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กรมอนามัย; 2562.
3. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข. รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2563. กรุงเทพฯ: วชิรินทร์ พี.พี.; 2563.
4. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคม และ ความมั่นคงของมนุษย์. คู่มือโรงเรียนผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ; 2562.
5. จิตติขญา ฉลาดล้ำ, สุทธิพร มูลศาสตร์, วรณรัตน์ ลาวัณ. การพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุกลุ่มปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. วารสารพยาบาลพยาบาลกระทรวง สาธารณสุข. 2560;27(2):154-67.
6. น้ำทิพย์ ยิ้มแย้ม, ยุวดี รอดจากภัย. ผลของโปรแกรม เสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่ม เสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแก่งดินสอ อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2560;24(2):45-58.
7. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. คู่มือมาตรฐาน บริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. กรุงเทพฯ: สำนักบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2561.
8. สุวิมล แสงเรือง และคณะ. ผลของการใช้หลักสูตร ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย ร่วมกับแผนการ ดูแลสุขภาพรายบุคคล (Wellness Plan) แบบมีส่วนร่วม ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 9 ด้าน. วารสารสุขภาพ และ สิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(4):233-43.
9. ปัทมา ผาติภทรกุล, ผุสดี ก่อเจตย์, พเยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ, ศิริธร ยิ่งแรงเรือง, ชุตินา บุรพา, ประภาส จักรพล. ประสิทธิภาพโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรม สุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดสระบุรี. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2561;12 (ฉบับพิเศษ):52-60.