

ผลของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุต่อความวิตกกังวล
และคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ
The Effects of an Elderly Care Program
on Anxiety and Health-Related Quality of Life

วรวิทย์ ชมภูพาน^{1*}, วรางคณา ชมภูพาน¹, ธาตุกร เกชิต², เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ¹,
สุขสรรค์ นิพนธ์ไชย¹ และ วิชัย อึ้งพินิจพงศ์³

Worawut Chompoopan^{1*}, Warangkana Chompoopan¹, Thagoon Kechit²,
Saowaluk Seedaket¹, Suksun Niponchai¹ and Wichai Eungpinichpong³

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก¹,
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาजू จังหวัดขอนแก่น²,
สาขาวิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น³
Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen Province, Faculty of Public Health and Allied
Health Sciences, Royal Institute^{1*}, Na-Nguiv Health Center², Division of Physical Therapy²,
Faculty of Associated Medical Sciences, Khon Kaen University³

(Received: January 31, 2022; Revised: June 13, 2022; Accepted: June 21, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุต่อความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวล แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างละ 36 ราย เครื่องมือที่ใช้คือแบบวัดความวิตกกังวลและแบบวัดคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลเพื่อผ่อนคลายความวิตกกังวลนาน 12 เดือน กลุ่มเปรียบเทียบมีวิถีชีวิตตามปกติ โดยมีกิจกรรมการดำเนิการที่สำคัญคือการเยี่ยมบ้าน การใช้แอปพลิเคชันในการสื่อสารด้านสุขภาพกับเจ้าหน้าที่ การใช้การนวดไทยเพื่อการบำบัดเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบที ผลการวิจัยพบว่า

หลังเข้าโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลที่ลดลงและยังพบว่าคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพเพิ่มขึ้นแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จะเห็นได้ว่าโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีผลต่อความวิตกกังวลที่ลดลงอีกทั้งยังส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, การดูแล, ความวิตกกังวล, คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding email: worawut@scphkk.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 088-9792515)

Abstract

This quasi-experimental study aimed to evaluate the effects of an elderly care program on anxiety and health-related quality of life. The sample of 72 participants was divided into two groups of 36 people each: the experimental group and the control group. The experimental group participated in the anxiety care program for 12 months, while the control group continued their daily life without participating in the program. The anxiety care program consisted of home visits, a mobile application for communication with the health care providers, along with traditional Thai massage. Pre and post-experimental data were collected using the state-trait anxiety inventory form (Y-1) and Health-related quality of life short form (SF-36). Independent t-test was used to compare the experimental group and the control group and Paired t-test was used to compare within each group.

The experimental group showed decreased anxiety and improved health-related quality of life, which were statistically significantly different ($p < .001$) from the control group.

Therefore, this anxiety care program can be used so to reduce anxiety and to improve health-related quality of life.

Keywords: Elderly, Care, Anxiety, Health-Related Quality of Life

บทนำ

ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วทุกภูมิภาคของโลก ย้อนหลังไปเมื่อ 40 ปีที่ผ่านมาผู้สูงอายุทั่วโลก 378 ล้านคนและขยายตัวเพิ่มมากขึ้นเป็น 700 ล้านคนในปี พ.ศ. 2562 และยังมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอีกถึง 1,000 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573 (United Nations, 2020) เมื่อจำแนกตามภูมิภาคพบว่าทวีปเอเชียมีผู้สูงอายุมากที่สุด 535 ล้านคนและส่วนใหญ่อยู่ในเอเชียกลางและเอเชียใต้ 200 ล้านคน ยุโรปมีผู้สูงอายุ 90 ล้านคน จีนเป็นประเทศที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดจำนวน 164 ล้านคน รองลงมาคืออินเดียและสหรัฐอเมริกาพบได้มากถึง 87 และ 53 ล้านคน ตามลำดับ (United Nations, 2020) ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุ 8.6 ล้านคน ซึ่งถือว่าเป็นอันดับสองในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รองมาจากอินโดนีเซียที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด เมื่อจำแนกจำนวนผู้สูงอายุตามภูมิภาคพบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดถึง 3.5 ล้านคน รองลงมาคือภาคเหนือและภาคใต้พบได้ 2.4 และ 1.3 ล้านคน (Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute, 2019) อายุที่มากขึ้นจะสัมพันธ์กับความเสื่อมของร่างกายที่เพิ่มขึ้น

การเสื่อมถอยของร่างกายของผู้สูงอายุในระบบต่างๆจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเจ็บป่วย อาทิเช่น โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่พบมากถึงร้อยละ 40 และ 18 ตามลำดับอีกทั้งยังพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 9 เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม (Prasartkul, 2021) นอกจากความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายแล้วยังพบว่าผู้สูงอายุยังมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ จิตใจ กล่าวคือผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่ตนเป็นอยู่รวมถึงการที่ต้องสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น เพื่อน คู่สมรส (Land & Michalos, 2018) รวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากการเกษียณร่วมกับปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นส่งผลให้ความคาดหวังของสังคมในผู้สูงอายุลดลง (Chompoon, 2021) เมื่อพบทางสังคมลดลงร่วมกับการมีกิจกรรมทางสังคมที่ลดลงจะส่งผลให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงเช่นเดียวกันโดยการเปลี่ยนแปลงต่างๆดังที่กล่าวมาแล้วนั้นจะทำให้ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น (Havighurst, 1956)

ความวิตกกังวลคืออารมณ์ที่เป็นทุกข์ใจ หนักใจ และมีอาการนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยบางทีอาจมีอาการทางด้านร่างกายร่วมด้วยเช่น ปวดตึงกล้ามเนื้อ เหนื่อยอ่อนเพลียเป็นต้น ความวิตกกังวลในผู้สูงอายุทั่วโลกพบร้อยละ 14 (Welzel, Stein, Röhr, Fuchs, Pentzek, Mösch et al., 2019) ในสหรัฐอเมริกามีประชากรที่มีอายุ 60 ขึ้นไปมีความวิตกกังวลร้อยละ 15.3 สำหรับในทวีปเอเชียพบว่าเกาหลีใต้มีผู้สูงอายุร้อยละ 11.0 มีความวิตกกังวลและในประเทศไทย

พบร้อยละ 7.4 (Suradom, Wongpakaran, Wongpakaran, Lerttrakarnnon, Jiraniramai, Taameeyapradit, et al., 2019) ดังที่กล่าวมาแล้วในข้างต้นความวิตกกังวลจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพในผู้สูงอายุ เช่น หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น ความปวดที่เกิดจากความตึงของกล้ามเนื้อ (Gordon & Mendes, 2021) อย่างไรก็ตามการผ่อนคลายความวิตกกังวลในปัจจุบันมีหลากหลายรูปแบบดังนี้คือการใช้อาการคลายความวิตกกังวลซึ่งเป็นวิธีการง่ายและสะดวกที่สุดและอาจจะมีความเสี่ยงต่ออาการข้างเคียงจากการใช้ยาเมื่อต้องใช้ในระยะยาว ยังมีการบำบัดการใช้ศาสตร์การนวดแผนไทยในการบำบัดผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลและซึมเศร้าได้เป็นอย่างดี (Chompoopan, Eungpinichpong, & Eungpinichpong, 2016) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในขณะทำการบำบัดผู้บ่าบดียังสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึกต่างๆ การนวดแผนไทยยังส่งผลให้เกิดความผ่อนคลายส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุขสบายอีกทั้งยังเป็นการอนุรักษ์ศาสตร์การแพทย์แผนไทยให้คงอยู่คู่กับคนไทยและเผยแพร่ประโยชน์ของศาสตร์ให้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อเผยแพร่แก่นานาอารยประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

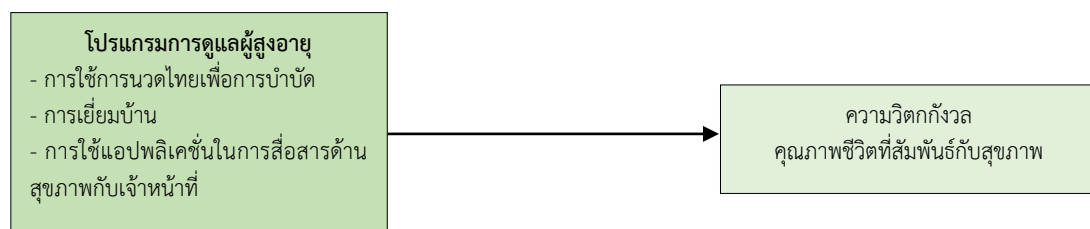
เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. นาจิว อ.เขาสวนกวาง จ.ขอนแก่น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุ

สมมติฐานวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. นาจิวในกลุ่มทดลองลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
2. คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. นาจิวในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลโดยผสมผสานแนวคิดการดูแลด้วยศาสตร์การนวดแผนไทยโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความสามารถของการไหลเวียนเลือด ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดและกล้ามเนื้ออันเป็นผลมาจากการกระตุ้นกลไกการหลั่งสารเคมีในร่างกายเพื่อส่งผ่านสารสื่อประสาทที่รับรู้จากชั้นเนื้อเยื่อ อีกทั้งยังเกิดความสุขสบายและผ่อนคลายความตึงเครียด (Yücel & Arslan, 2020) ร่วมกับการเยี่ยมบ้านเพื่อวางแผนในการจัดการปัญหาสุขภาพกับผู้สูงอายุและผู้ดูแลรวมไปถึงบุคคลในครอบครัวรวมถึงการสื่อสารส่งต่อข้อมูลสุขภาพกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่โดยใช้ช่องทางการสื่อสารที่ง่ายสำหรับประชาชนทั่วไป ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองในครั้งนี้เป็นการทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-Experiment Two Groups Pretest Posttest Design) ซึ่งดำเนินการตามโครงการในระยะที่ 1 เป็นระยะการดำเนินกิจกรรมในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึง 30 ธันวาคม พ.ศ. 2563 และในระยะที่ 2 เป็นระยะติดตามผลในระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2564 ถึง 15 กันยายน พ.ศ. 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาคือผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.นาจิว อ.เขาสวนกวาง จ.ขอนแก่น จำนวน 147 ราย

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.นาจิว โดยผู้วิจัยได้ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Rosner, 2016) โดยกำหนดค่า $\alpha=0.05$, ค่า $\beta=0.20$ ใช้ค่าสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากการศึกษาในร่อง ในกลุ่มทดลอง ($M=46.89$, $SD=4.06$) และในกลุ่มเปรียบเทียบ ($M=49.84$, $SD=4.65$) ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 36 ราย ผู้วิจัยได้เลือกหมู่บ้านที่มีลักษณะทางภูมิศาสตร์และมีลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันจำนวน 6 หมู่บ้าน จากนั้นได้ทำการสุ่มด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายมาจำนวน 3 หมู่บ้านเพื่อเป็นกลุ่มทดลอง และสุ่มหมู่บ้านอีก 3 หมู่บ้าน เพื่อเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ เมื่อได้หมู่บ้านที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเป็นที่เรียบร้อยแล้วจึงทำการสุ่มอย่างเป็นระบบมาหมู่บ้านละ 12 ราย โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ เป็นผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในพื้นที่มากกว่า 1 ปี และมีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง สำหรับเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าและเป็นโรคทางจิตเวช

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 ประชุมทีมงาน กิจกรรมที่ 2 การตั้งกลุ่มติดตามกิจกรรมหรือการขอคำแนะนำผ่านสัญญาณภาพเคลื่อนไหว (Line Call/VDO Call) กิจกรรมที่ 3 จัดอบรมทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กิจกรรมที่ 4 ประเมินความวิตกกังวลคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ระดับความปวดของร่างกาย ระดับความดันโลหิตและชีพจร และ กิจกรรมที่ 5 ในสัปดาห์ที่ 1-12 ดำเนินกิจกรรมเยี่ยมบ้าน สอบถามการปฏิบัติตัว ปฏิบัติการนวดผ่อนคลาย ประเมินสัญญาณชีพ และประสานข้อมูลยังทีมงานสุขภาพ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบไปด้วย ข้อมูลลักษณะทางประชากร เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและอาชีพ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความวิตกกังวล (State Trait Anxiety Inventory, Form Y-1; STAI Form Y-1) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความวิตกกังวลของตามสถานการณ์ฉบับภาษาไทย โดยมีข้อคำถามอย่างละ 20 ข้อ มีอยู่ 4 ระดับ ซึ่งมีข้อคำถามในทางบวกและทางลบอย่างละ 10 และ 10 ข้อ ตามลำดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 20-80 คะแนน คะแนนที่สูงถือว่ามีความวิตกกังวลมาก โดยมีค่าความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) มีค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.78 (Uratanamnee, 2017) และค่าความตรงเชิงเหมือน (Convergent Validity) ระหว่าง STAI-Y1 กับ The Beck Anxiety Inventory (BAI) เท่ากับ 0.612 (Abdoli, Farnia, Salemi, Davarinejad, Ahmadi Jouybari, Khanegi, et al. (2020)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ (The short form 36 health survey; SF-36) มีข้อคำถามจำแนกเป็น 8 มิติ ประกอบไปด้วย มิติด้านร่างกายที่ปฏิบัติกิจกรรมได้ มี 10 ข้อคำถาม มิติด้านข้อจำกัดของร่างกาย มี 4 ข้อคำถาม มิติด้านการเจ็บปวดของร่างกาย มี 2 ข้อคำถาม มิติสุขภาพโดยรวม มี 5 ข้อคำถาม มิติด้านความมีชีวิตชีวา มี 4 ข้อคำถาม มิติด้านสังคม มี 2 ข้อคำถาม มิติด้านข้อจำกัดด้านจิตใจ มี 3 ข้อคำถาม และมิติด้านสุขภาพจิต มี 5 ข้อคำถาม รวมทั้งสิ้น 36 ข้อคำถาม หลังจากที่ได้ปรับคะแนน (Recode) และนำคะแนนที่ได้มาหา

ค่าเฉลี่ยรายมิติตามคู่มือการใช้งานแล้วจะมีคะแนนระหว่าง 0-100 คะแนน คะแนนที่สูงถือว่ามีความสัมพันธ์กับสุขภาพที่สูง สำหรับความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) มีค่า Cronbach's Alpha Coefficient ระหว่าง .70 - .90 (Bunevicius, 2017) นอกจากนี้ SF-36 มีค่าความตรงเชิงจำแนก (Divergent Validity) กับ EuroQoL Visual Analogue Scale (EQ-VAS) เท่ากับ .64 (Arovah & Heesch, 2020)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

ประสานงานวางแผนกิจกรรมตามโปรแกรมฯ เพื่อเตรียมความพร้อม โดยประชุมคณะทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยทำความเข้าใจในรูปแบบกิจกรรม แนวทางการประเมินความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ การบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งนี้เป็นการเตรียมการด้านบุคลากร กระบวนการและสถานที่ให้พร้อมในการดำเนินงาน

ขั้นทดลอง

โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุประกอบด้วย 5 กิจกรรมตามรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ประชุมทีมงานในการชี้แจงการดำเนินการตามโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุจำนวนทั้งสิ้น 16 คน ซึ่งประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งจะมีหน้าที่ในการดูแลและประสานข้อมูล ติดตามผลรวมถึงการประเมินผล

กิจกรรมที่ 2 การตั้งกลุ่มติดตามกิจกรรมหรือการขอคำแนะนำผ่านสัญญาณภาพเคลื่อนไหว (Line Call/VDO Call) โดยสื่อสารทางโทรศัพท์ (Group Line) เฉพาะกลุ่มเพื่อส่งข้อมูลภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่ 3 จัดอบรมทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 สัปดาห์เพื่อให้ดำเนินกิจกรรมซึ่งประกอบด้วย การออกกำลังกายโดยเน้นการใช้ผ้ายืดเหยียดจากผู้เชี่ยวชาญและการฝึกทักษะการนวดไทยโดยเน้นการนวดผ่อนคลายและบรรเทาอาการปวดเฉพาะจุดโดยให้ฝึกปฏิบัติซ้ำ ๆ จนสามารถผ่านเกณฑ์และมีความมั่นใจและฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

กิจกรรมที่ 4 ก่อนการทดลอง ผู้สูงอายุจะได้รับการประเมินความวิตกกังวล คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ระดับความปวดของร่างกาย ระดับความดันโลหิตและชีพจรโดยผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง จะถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มกลุ่มละ 36 คนอาสาสมัครประจำหมู่บ้านต่อผู้สูงอายุจำนวน 1 ต่อ 6 คน

กิจกรรมที่ 5 ในสัปดาห์ที่ 1-12 กลุ่มทดลองจะได้รับกิจกรรมโดยอาสาสมัครประจำหมู่บ้านได้แก่ 1) กิจกรรมเยี่ยมบ้าน ใช้ระยะเวลาในการเยี่ยมบ้านประมาณ 1 ชั่วโมง/คน/สัปดาห์ 2) สอบถามการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุเกี่ยวกับความเป็นอยู่โดยเน้นด้านการป้องกันตนเอง ตามมาตรการเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 รวมถึงปัญหาในชีวิตประจำวันพร้อมการให้คำปรึกษาด้านร่างกายโดยการประเมินอาการเบื้องต้น ด้านจิตใจเพื่อให้เกิดสัมพันธภาพโดยให้กำลังใจ กล่าวชมเชยเมื่อผู้สูงอายุ สามารถดูแลสุขภาพ ดำรงชีวิตประจำวันได้ดี 3) ปฏิบัติการนวดผ่อนคลาย 30 นาทีแนะนำการยืดเหยียดร่างกายด้วยผ้ายืดเหยียด 4) ประเมินสัญญาณชีพ 5) ประสานข้อมูลยังทีมงานสุขภาพ หากผู้สูงอายุมีภาวะแทรกซ้อนหรือความผิดปกติที่บ้าน ในระยะการติดตามผล สัปดาห์ที่ 52 ผู้สูงอายุจะได้รับการประเมินความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ

สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบได้รับคำแนะนำให้ดำรงชีวิตตามปกติ โดยไม่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุ

ขั้นหลังการทดลอง

การดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพประชาชนในเขตรับผิดชอบ ของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ยังได้นำกระบวนการและวิธีการประเมินความวิตกกังวลรวมไปถึงคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในงานประจำได้ ทั้งนี้กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขจะมีความเข้มแข็งด้านการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างประชาชนในพื้นที่โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ และเพิ่มพูนทักษะพร้อมด้วยสมรรถนะด้านการประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้น การบำบัดในเบื้องต้น และสามารถใช้เป็นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่องแม้สิ้นสุดโครงการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากรซึ่งประกอบไปด้วย เพศ อายุ การศึกษา และอาชีพ ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ซึ่งประกอบไปด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การทดสอบการแจกแจงของข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยวิธี Shapiro-Wilk test ได้ผลการทดสอบเป็นการแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution) โดยมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p > .05$ ทั้ง 2 กลุ่มวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวล และคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Independent t-test สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มทั้งในกลุ่มทดลองและในกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จริยธรรมวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้คณะผู้วิจัยได้เสนอโครงการไปยังสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ได้รับการรับรองตามเอกสารการรับรองเลขที่ SCPHKKIRB63126 ลงวันที่ 15 กันยายน พ.ศ. 2563

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 86.11 และ 88.89 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศหญิง สำหรับอายุพบว่าในส่วนของกลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 60-69 ปี พบร้อยละ 66.67 ซึ่งใกล้เคียงกับกลุ่มเปรียบเทียบที่พบมากถึงร้อยละ 72.22 อีกทั้งยังพบว่าผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีสถานภาพสมรสร้อยละ 80.56 และ 83.33 ตามลำดับ และส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษาและประกอบอาชีพเกษตรกร
2. เปรียบเทียบความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ตาราง 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=36)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=36)		p-value (1-tailed)
	M	SD	M	SD	
ความวิตกกังวล	57.08	4.59	56.06	4.44	0.170
คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพภาพรวม	59.50	15.36	59.56	14.84	0.493
คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพจำแนกตามมิติย่อย 8 มิติ					
การทำกิจกรรม (PF)	78.75	22.05	78.06	20.47	0.445
ข้อจำกัดด้านร่างกาย(RP)	39.58	40.26	38.19	34.58	0.438
ความเจ็บปวด (BP)	61.67	24.63	62.36	24.02	0.452
สุขภาพทางกาย (GH)	51.54	23.17	50.39	19.99	0.411
ความมีชีวิตชีวา (VT)	72.50	19.36	63.89	17.97	0.028
สังคม (SF)	65.71	26.58	68.75	29.81	0.325
ข้อจำกัดด้านจิตใจ (RE)	36.11	41.69	43.52	38.89	0.219
สุขภาพจิต (MH)	70.11	23.00	71.33	21.84	0.409

PF = Physical Functioning, RP = Role-Physical, BP = Bodily Pain, GH = General Health, VT = Vitality, SF = Social Functioning, RE = Role-Emotional, MH = Mental Health

จากตาราง 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวล ($M=57.08$, $SD=4.59$) และในกลุ่มเปรียบเทียบ ($M=56.06$, $SD=4.44$) โดยพบว่าในกลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลที่มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.02 คะแนน ซึ่งพบว่ามีแตกต่างกัน ($p=.170$) สำหรับคะแนนคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมและคะแนนเฉลี่ยรายมิติทั้ง 8 มิติซึ่งประกอบไปด้วยมิติด้านข้อจำกัดด้านร่างกาย ความเจ็บปวด สุขภาพทางกาย สังคม ข้อจำกัดด้านจิตใจ และสุขภาพจิตพบว่าไม่แตกต่างกัน ยกเว้นมิติด้านความมีชีวิตชีวา

ตาราง 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง 12 เดือน

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=36)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=36)		p-value (1-tailed)
	M	SD	M	SD	
ความวิตกกังวล	49.42	4.46	57.44	4.56	<0.001
คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพภาพรวม	77.74	18.35	60.62	16.80	<0.001
คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพจำแนกตามมิติน้อย 8 มิติ					
การทำกิจกรรม (PF)	92.50	8.06	78.47	21.61	<0.001
ข้อจำกัดด้านร่างกาย(RP)	72.92	43.25	49.31	47.24	0.015
ความเจ็บปวด (BP)	79.03	25.45	56.68	31.83	0.001
สุขภาพทางกาย (GH)	61.18	25.45	48.78	21.23	0.014
ความมีชีวิตชีวา (VT)	73.33	22.17	56.11	18.56	<0.001
สังคม (SF)	81.68	26.33	67.01	24.30	0.009
ข้อจำกัดด้านจิตใจ (RE)	78.70	34.87	60.22	42.75	0.024
สุขภาพจิต (MH)	82.56	18.30	68.33	20.00	0.001

PF = Physical Functioning, RP = Role-Physical, BP = Bodily Pain, GH = General Health, VT = Vitality, SF = Social Functioning, RE = Role-Emotional, MH = Mental Health

จากตาราง 2 ภายหลังจากการทดลอง 12 เดือนพบว่าค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลในกลุ่มทดลอง ($M=49.42$, $SD=4.46$) และ ($M=57.44$, $SD=4.56$) ในกลุ่มเปรียบเทียบ โดยพบว่าในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลลดลงจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สำหรับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพในภาพรวมพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ($M=77.74$, $SD=18.35$) และ ($M=60.62$, $SD=16.80$) ในกลุ่มเปรียบเทียบ โดยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพสูงขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบใน 8 มิติโดยมีรายละเอียดดังนี้ มิติข้อจำกัดด้านร่างกายสูงขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบโดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นมากกว่ามิติอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รองลงมาคือมิติด้านความเจ็บปวดพบว่ากลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อีกทั้งยังพบว่ามิติด้านการทำกิจกรรมในกลุ่มทดลอง ($M=92.50$, $SD=8.06$) และในกลุ่มเปรียบเทียบ ($M=78.47$, $SD=21.61$) สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นอกจากนี้ยังพบว่ามิติด้านสุขภาพทางกาย ความมีชีวิตชีวา สังคม ข้อจำกัดด้านจิตใจ และสุขภาพจิต พบว่าสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกัน

ตาราง 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพภายในกลุ่มทดลองหลังการทดลอง 12 เดือน

ตัวแปร	ก่อนทดลอง (n=36)		หลังทดลอง (n=36)		p-value
	M	SD	M	SD	
ความวิตกกังวล	57.08	4.59	49.42	4.46	<0.001
คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพภาพรวม	59.50	15.36	77.74	18.35	<0.001
คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพจำแนกตามมิติย่อย 8 มิติ					
การทำการกิจกรรม (PF)	78.75	22.05	92.50	8.06	0.001
ข้อจำกัดด้านร่างกาย(RP)	39.58	40.26	72.92	43.25	0.001
ความเจ็บปวด (BP)	61.67	24.63	79.03	25.45	0.003
สุขภาพทางกาย (GH)	51.54	23.17	61.18	25.45	0.053
ความมีชีวิตชีวา (VT)	72.50	19.36	73.33	22.17	0.433
สังคม (SF)	65.71	26.58	81.68	26.33	0.014
ข้อจำกัดด้านจิตใจ (RE)	36.11	41.69	78.70	34.87	<0.001
สุขภาพจิต (MH)	70.11	23.00	82.56	18.30	0.016

PF = Physical Functioning, RP = Role-Physical, BP = Bodily Pain, GH = General Health, VT = Vitality, SF = Social Functioning, RE = Role-Emotional, MH = Mental Health

จากตาราง 3 การเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองหลังจากการทดลอง 12 เดือนพบว่าค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนทดลอง ($M=57.08$, $SD=4.59$) และหลังทดลอง ($M=49.42$, $SD=4.46$) โดยพบว่ามีความวิตกกังวลลดลงจากการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สำหรับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพในภาพรวมพบว่าก่อนและหลังทดลอง ($M=59.50$, $SD=15.36$) และ ($M=77.74$, $SD=18.35$) ตามลำดับ ซึ่งพบว่าภายหลังจากการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อจำแนกรายมิติพบว่ามิติด้านข้อจำกัดด้านจิตใจมีค่าเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นและมากที่สุดโดยพบว่าก่อนการทดลอง ($M=36.11$, $SD=41.69$) หลังการทดลอง ($M=78.70$, $SD=34.87$) เพิ่มขึ้นจากช่วงก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 รองลงมาคือมิติด้านข้อจำกัดด้านร่างกายที่พบว่าก่อนการทดลอง ($M=39.58$, $SD=40.26$) หลังการทดลอง ($M=72.92$, $SD=43.25$) สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สำหรับมิติด้านการทำการกิจกรรมก่อนการทดลอง ($M=78.75$, $SD=22.05$) หลังการทดลอง ($M=92.50$, $SD=8.06$) สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ด้านความเจ็บปวดพบว่าก่อนการทดลอง ($M=61.67$, $SD=24.63$) หลังการทดลอง ($M=79.03$, $SD=25.45$) สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้ยังพบว่ามิติด้านสังคมและสุขภาพจิตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นมิติด้านสุขภาพทางกาย และความมีชีวิตชีวาที่พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพภายในกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง 12 เดือน

ตัวแปร	ก่อนทดลอง (n=36)		หลังทดลอง (n=36)		p-value
	M	SD	M	SD	
ความวิตกกังวล	56.06	4.44	57.44	4.56	0.010
คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพภาพรวม	59.56	14.84	60.62	16.80	0.379
คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพจำแนกตามมิติย่อย 8 มิติ					
การทำการกิจกรรม (PF)	78.06	20.47	78.47	21.61	0.463
ข้อจำกัดด้านร่างกาย(RP)	38.19	34.58	49.31	47.24	0.123

ตาราง 4 (ต่อ)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง (n=36)		หลังทดลอง (n=36)		p-value
	M	SD	M	SD	
ความเจ็บปวด (BP)	62.36	24.02	56.68	31.83	0.203
สุขภาพทางกาย (GH)	50.39	19.99	48.78	21.23	0.356
ความมีชีวิตชีวา (VT)	63.89	17.97	56.11	18.56	0.003
สังคม (SF)	68.75	29.81	67.01	24.30	0.398
ข้อจำกัดด้านจิตใจ (RE)	43.52	38.89	60.22	42.75	0.050
สุขภาพจิต (MH)	71.33	21.84	68.33	20.00	0.270

PF = Physical Functioning, RP = Role-Physical, BP = Bodily Pain, GH = General Health, VT = Vitality, SF = Social Functioning, RE = Role-Emotional, MH = Mental Health,

จากตาราง 4 การเปรียบเทียบภายในกลุ่มเปรียบเทียบหลังจากการทดลอง 12 เดือนพบว่าค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนทดลอง ($M=56.06$, $SD=4.44$) และหลังทดลอง ($M=57.44$, $SD=4.56$) กลับสูงเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สำหรับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพในภาพรวมพบว่าก่อนและหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ($M=59.56$, $SD=14.84$) และ ($M=60.62$, $SD=16.80$) ไม่แตกต่างกันและเมื่อจำแนกตามมิติย่อยทั้ง 8 มิติพบว่าภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกันโดยมิติสุขภาพทางกาย ($M=50.39$, $SD=19.99$, $M=48.78$, $SD=21.23$) และมิติความมีชีวิตชีวาที่ลดลงโดยพบว่าการทดลอง ($M=63.89$, $SD=17.97$) และหลังทดลอง ($M=56.11$, $SD=18.56$) โดยมีค่าหลังทดลองที่ลดลง

อภิปรายผล

ผลของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุต่อความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพพบว่าความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังจากการทดลอง มีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลลดลง 8.02 คะแนน แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .001 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Pinar & Afsar (2015) ที่ได้ศึกษาผลของการนวดเพื่อผ่อนคลายความวิตกกังวลโดยศึกษาในอาสาสมัคร 44 ราย โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มทดลองได้รับการนวดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 15 นาที นาน 7 สัปดาห์ผลการศึกษาพบว่าผลของการนวดส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง (Pinar & Afsar, 2015) และการศึกษาของ Bahrami (2019) ที่ศึกษาเรื่องผลของการนวดเท้าในผู้สูงอายุต่อความวิตกกังวล โดยแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 45 คน กลุ่มทดลองได้รับการนวดเท้าข้างละ 10 นาที รวม 20 นาที ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลที่ลดลงแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 (Bahrami, 2019) อีกทั้งยังสอดคล้องกับ Klainin-Yobas (2015) ที่ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเรื่องผลของการนวดต่อความผ่อนคลาย และความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ ซึ่งผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองจะเกิดความผ่อนคลายหลังจากการนวดและจะส่งผลต่อความวิตกกังวลที่ลดลง (Klainin-Yobas, 2015) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการนวดไทยที่ระดับแรงกดที่ปรับให้เหมาะสมกับบุคคลจะส่งผลให้ความรู้สึกผ่อนคลายจากความเมื่อยล้า อีกทั้งการนวดเป็นวิธีการกระตุ้นกลไกการหลั่งสารเคมีในร่างกายและส่งผลผ่านสารสื่อประสาทการรับรู้จากชั้นเนื้อเยื่อส่งผลให้การทำงานของกล้ามเนื้อให้กลับมาทำงานได้ตามปกติ (Farber & Wieland, 2016) นอกจากนี้การสัมผัสด้วยการนวดสามารถช่วยให้เส้นเลือดและเนื้อเยื่อมีความยืดหยุ่นที่เพิ่มมากขึ้นส่งผลให้มีการไหลเวียนที่ดีขึ้นของระบบไหลเวียนและเกิดความสุขสบาย (Nelson, 2015) ส่งผลให้เกิดความผ่อนคลายและมีความวิตกกังวลที่ลดลง (Yücel & Arslan, 2020)

อย่างไรก็ตามความวิตกกังวลที่ลดลงยังพบว่าการดูแลผู้สูงอายุด้วยโปรแกรมที่คณะผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นยังส่งผลต่อคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น 17.12 คะแนน แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Ali (2017) ได้ศึกษาผลของการนวดต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเข้าเสื่อมที่พบว่าผลของการนวดส่งผลให้รู้สึกผ่อนคลาย และการมีคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพที่ดีขึ้น (Ali, 2017) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการนวดจะส่งผลให้เกิดการรับรู้ถึงความสุข (Well-Being) ที่เกิดขึ้น (McFeeters, 2016) ซึ่งการรับรู้ถึงความสุขนี้จะมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ (Ali, 2017)

นอกจากกิจกรรมการนวดซึ่งส่งผลดีต่อการลดความวิตกกังวลและการมีคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพที่ดีขึ้น ยังมีกิจกรรมอื่นๆที่เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการผ่อนคลายความวิตกกังวล อาทิเช่น การออกเยี่ยมบ้านโดยคณะผู้วิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เพื่อติดตามภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การร่วมมือกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ในพื้นที่ สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ รวมไปถึงผู้สูงอายุ ร่วมกันการวางแผนการจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นและแนวทางการดูแลในชุมชน การส่งต่อข้อมูลไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชนรวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคลากรสุขภาพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจนเกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกันซึ่งก่อให้เกิดการยอมรับในการให้การดูแลและก่อให้เกิดผลต่อสภาวะสุขภาพในทิศทางที่พึงประสงค์ (Hartley, 2018)

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุต่อความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ซึ่งสามารถลดความวิตกกังวลและส่งผลให้คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพดีขึ้น โดยผลการศึกษาในครั้งนี้จะเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนชนบทที่ได้รับการดูแลในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษารุ่นนี้ศึกษาในชุมชนชนบทและตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ดังนั้นจึงควรศึกษาในตัวอย่างที่มีสัดส่วนของเพศที่ใกล้เคียงกันและในบริบทของชุมชนอื่น เช่น ชุมชนกึ่งชนบท ชุมชนเมือง เพื่อขยายผลไปยังประชากรกลุ่มอื่นๆ

References

- Abdoli, N., Farnia, V., Salemi, S., Davarinejad, O., Ahmadi Jouybari, T., Khanegi, M., et al. (2020). Reliability and Validity of Persian Version of State-Trait Anxiety Inventory Among High School Students. *East Asian Arch Psychiatry*, 30(2), 44-47. doi:10.12809/eaap1870
- Arovah, N. I., & Heesch, K. C. (2020). Verification of the Reliability and Validity of the Short Form 36 Scale in Indonesian Middle-Aged and Older Adults. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 53(3), 180-188. doi:10.3961/jpmph.19.324
- Bahrami, N., Pahlavanzadeh, S., & Marofi, M. (2019). Effect of a Supportive Training Program on Anxiety in Children with Chronic Kidney Problems and Their Mothers. *Caregiver Burden*. 24(3), 193-199. doi:10.4103/ijnmr.IJNMR_88_18
- Bunevicius, A. (2017). Reliability and Validity of the SF-36 Health Survey Questionnaire in Patients with Brain Tumors: a Cross-Sectional Study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1), 92. doi:10.1186/s12955-017-0665-1
- Chompoopan, W., Chompoopan, W., Seedaket, S., Kechit, T., Eungpinichpong, W., & Srikongphlee, V. (2021). Effects of New-Normal Health Care for the Elderly with Anxiety for the Global COVID-19 Pandemic Situation. *Journal of Health Science Research*, 15(1), 81-92. (in Thai)

- Chompoopan, W., Eungpinichpong, W., & Eungpinichpong, W. (2016). Effects of Traditional Thai Massage on Heart Rate, Blood Pressure, and Anxiety in Depression Patients: A Pilot Study. *International Journal of Geomate*, 11(28), 2892-2895.
- Farber, K. & Wieland, L. S. (2016). Massage for Low-Back Pain. *Explore (NY)*, 12(3), 215-217. doi:10.1016/j.explore.2016.02.014
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). (2019). *Situation of the Thai Elderly 2018*. Bangkok: Deuan Tula Printing House. (in Thai)
- Gordon, A. M. & Mendes, W. B. (2021). A Large-Scale Study of Stress, Emotions, and Blood Pressure in Daily Life Using a Digital Platform. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 118(31), e2105573118. doi:10.1073/pnas.2105573118
- Hartley, S., Raphael, J., Lovell, K. & Berry, K. (2020). Effective Nurse-Patient Relationships in Mental Health care: A Systematic Review of Interventions to Improve the Therapeutic Alliance. *International Journal of Nursing Studies*, 102, 103490. doi:10.1016/j.ijnurstu.2019.103490
- Havighurst, R. J. J. T. S. R. (1956). Research on the Developmental-Task Concept. *The School Review*, 64(5), 215-223.
- Klainin-Yobas, P., Oo, W. N., Suzanne Yew, P. Y., & Lau, Y. (2015). Effects of Relaxation Interventions on Depression and Anxiety among Older Adults: a Systematic Review. *Aging & Mental Health*, 19(12), 1043-1055. doi:10.1080/13607863.2014.997191
- Land, K. C. & Michalos, A. C. J. S. I. R. (2018). Fifty Years After the Social Indicators Movement: Has the Promise Been Fulfilled?. *Social Indicators Research*, 135(3), 835-868.
- McFeeters, S., Pront, L., Cuthbertson, L., & King, L. (2016). Massage, a Complementary Therapy Effectively Promoting the Health and Well-Being of Older People in Residential Care Settings: a Review of the Literature. *International Journal of Older People Nursing*, 11(4), 266-283. doi:10.1111/opn.12115
- Nelson, N. L. (2015). Massage Therapy: Understanding the Mechanisms of Action on Blood Pressure. A Scoping Review. *Journal of the American Society of Hypertension*, 9(10), 785-793.
- Pinar, R. & Afsar, F. (2015). Back Massage to Decrease State Anxiety, Cortisol Level, Blood Pressure, Heart Rate and Increase Sleep Quality in Family Caregivers of Patients with Cancer: A Randomised Controlled Trial. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 16(18), 8127-8133. doi:10.7314/apjcp.2015.16.18.8127
- Prasartkul P. (Chief Editor). (2021). *Situation of the Thai Elderly 2020*. Bangkok: Amarin Printing & Publishing Public Company Limited.
- Rosner, R. (2016). *Fundamentals of biostatistics (8th edition.)*. Cengage Learning.
- Suradom, C., Wongpakaran, N., Wongpakaran, T., Lerttrakarnnon, P., Jiraniramai, S., Taameeyapradit, et al. (2019). Prevalence and Associated Factors of Comorbid Anxiety Disorders in Late-Life Depression: Findings from Geriatric Tertiary Outpatient Settings. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 15, 199-204. doi:10.2147/NDT.S184585
- Uratanamnee S., & Lersamran S., (2017). Stress Anxiety and Depression of High School Teenager in Preparation for University Admission: *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 31(2), 78-94. (in Thai).

- Welzel, F. D., Stein, J., Röhr, S., Fuchs, A., Pentzek, M., Mösch, E., et al., (2019). Prevalence of Anxiety Symptoms and Their Association with Loss Experience in a Large Cohort Sample of the Oldest-Old. Results of the AGECODE/AGEQUALIDE Study. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 285.
- Yücel, Ş. Ç., Arslan, G. G., & Bağcı, H. (2020). Effects of Hand Massage and Therapeutic Touch on Comfort and Anxiety Living in a Nursing Home in Turkey: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Religion and Health*, 59(1), 351-364. doi:10.1007/s10943-019-00813-x