



ประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้สร้างสุขภาพ ด้วยตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุ อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา

ไพโรจน์ ช่างประหยัด*
ปราธณา เพ็ญทรัพย์*

บทคัดย่อ

จากข้อมูลผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลและสถานีอนามัยในพื้นที่อำเภอขามสะแกแสงใน พ.ศ.๒๕๕๐ พบว่า ร้อยละ ๕๒.๗๘ เป็นกลุ่มที่มีอายุมากกว่า ๖๐ปี ขึ้นไป โดยมีสาเหตุของการเจ็บป่วยจากการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ไม่เหมาะสมร้อยละ ๖๒.๕๓. การวิจัยนี้เป็นแบบกึ่งทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้สร้างสุขภาพในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุจำนวน ๕,๒๕๒ คน. กลุ่มตัวอย่าง ๖๐ คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม ประเมินผลจากโปรแกรม STATA Version 10 สถิติเชิงพรรณนาใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิตและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานในการอธิบาย. สถิติเชิงอนุมานใช้ค่าสถิติการทดสอบที และการทดสอบที่ตัวอย่างอิสระ ที่ระดับนัยสำคัญ ๐.๐๕ ใช้ข้อมูลคุณภาพจากแบบสัมภาษณ์ แบบสังเกต ในการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณ. การศึกษาพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีระดับการปฏิบัติเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าที่ < ๐.๐๐๐๑). ระดับการปฏิบัติในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าที่ < ๐.๐๐๐๑). จากข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า การเปลี่ยนแปลงระดับการปฏิบัติขึ้นอยู่กับวิถีชีวิตของสมาชิกในครอบครัว สถานะเศรษฐกิจ ตลอดจนความเชื่อที่สละสลมาจากบรรพบุรุษ. ผลจากการศึกษานี้สามารถนำไปบูรณาการและปรับปรุงระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ ทั้งในการดูแลระดับปฐมภูมิหรือในคลินิกส่งเสริมสุขภาพ เพื่อการป้องกันความเจ็บป่วยก่อนเวลาอันควรและภาวะแทรกซ้อน ที่มีสาเหตุจากพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ไม่เหมาะสม.

คำสำคัญ : โปรแกรมการเรียนรู้, สร้างสุขภาพ, ผู้สูงอายุ

Abstract : Effectiveness of the Self-care Health Promotion Program for the Elderly in Khamsakaesang District, Nakhon Ratchasima Province

Pairoj Changprayad*

**Khamsakaesang Hospital, Nakhon Ratchasima Province*

OPD reports from hospitals and health centers in Khamsakaesang District in 2007 showed that 52.78 percent of the outpatients were in the age group 60 years and older; of that proportion of elderly patients, the cause of their seeking medical care in 62.53 percent of the cases was improper self-care behavior. The objective of the present quasi-experimental research study was to assess the effectiveness of the self-care health promotion program for the elderly. The study samples were selected from the total database population numbering 5,252 persons. Using multi-stage random sampling, 60 cases were identified for this study. The descriptive data were analyzed by the STATA program, version 10, to obtain percentages, means and

*โรงพยาบาลขามสะแกแสง นครราชสีมา

standard deviations; paired sample and independent sample t-tests, with statistical significance at the 0.05 level, were used for the data analysis. The qualitative data were analyzed according to the content of the questionnaire interviews on self-care behaviors for health promotion, together with observations and personal discussions. The results showed increased statistically significant behavior in the control group's test, i.e., the patients' paired sample t-tests showed mean differentials of 0.49 ± 0.05 , $t = 48.00$. A comparison between the groups showed that the control group acted more properly than the comparison group ($t=40.32$, p value 0.001). Qualitative data showed that family lifestyles, and economic and traditional beliefs influenced their behavioral change. The results of this study could be used to integrate and adapt care for the elderly and other patient groups in primary care or clinic promotions. At least they could be used to increase efficiency in protecting the elderly against untimely illness and from developing complications from improper self-care behaviors.

Key words : health promotion program, self-care behaviors, elderly

ภูมิหลังและเหตุผล

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชากรในพื้นที่อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุมีสัดส่วนที่สูงกว่าในกลุ่มอื่นๆ คือร้อยละ ๗๑.๗๘ และมากกว่าร้อยละ ๖๐ ของปัญหาดังกล่าวมักเกิดจากสาเหตุของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม อีกทั้งข้อมูลของการดูแลตนเองเมื่อมีความผิดปกติทางร่างกาย ไม่เหมาะสมถึงร้อยละ ๘๖.๓๓^(๑) ทั้งนี้การพิจารณาชุดเครื่องชีวิตต้องสอดคล้องกับสภาพธรรมชาติของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ประการที่ ๑ สุขภาวะของผู้สูงอายุเป็นคุณลักษณะที่ไม่อาจวัดได้โดยตรง เพราะเป็นผลพวงจากการปฏิสัมพันธ์กับองค์ประกอบอื่นๆ. ประการที่ ๒ ลักษณะและนิยามทางกายภาพ ซึ่งการแพทย์และทางสังคมของผู้สูงอายุจะแตกต่างจากกลุ่มอายุอื่น, และประการที่ ๓ สุขภาวะหรือสุขภาพของผู้สูงอายุ มีลักษณะเป็นมิติ^(๒). การต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งล้วนแต่เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้สูงอายุ และเป็นสิ่งกระทบสมดุลของชีวิตที่อาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ^(๓) จากการที่มีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ของร่างกาย^(๔). ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ตนเอง จึงเป็นทางเลือกหนึ่งให้กับผู้สูงอายุที่อาจทำให้การเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เข้ามาเยือนช้าลง ด้วยการดูแลตนเองใน ๕ เรื่องหลัก นั่นคือ อาหาร, ออกกำลังกาย, อารมณ์, อนามัยสิ่งแวดล้อม และโรคยา, หรือการทำให้ไม่เกิดโรคภัยไข้เจ็บ ซึ่งเป็นวิธีที่สามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากได้รับการเรียนรู้ที่ถูกต้องและเหมาะสม. จากการศึกษาของปราณี ฤกษ์ปानी^(๕)

ที่ทำการทดสอบประสิทธิผลของสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอชไอวี ๓ แบบได้แก่ วิดีทัศน์วิชาการ, บุคลากรทางการแพทย์ และวีดิทัศน์บันเทิง โดยศึกษาเฉพาะกรณีผู้ใช้แรงงานสตรีในโรงงานอุตสาหกรรมจังหวัดสมุทรปราการ. จากการศึกษาลงมือทดลองโดยการใช้สื่อแต่ละชนิดกับกลุ่มเป้าหมายพบว่า กลุ่มเป้าหมายมีความรู้เพิ่มขึ้นจากการใช้สื่อทุกชนิด และบุคลากรทางการแพทย์เป็นสื่อที่มีประสิทธิผลมากที่สุด. ดังนั้นโปรแกรมการเรียนรู้สร้างสุขภาพด้วยตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุอำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา โดยทีมสหสาขาวิชาชีพภายในโรงพยาบาลจึงถูกจัดทำขึ้น เพื่อการถ่ายทอดข้อมูลและความรู้ต่างๆ ด้วยรูปแบบการสื่อสารผ่านโปรแกรมเพื่อนำสู่การปฏิบัติการดูแลตนเอง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมีอัตราการเข้ารับบริการจากความเจ็บป่วยที่สูงกว่ากลุ่มอื่นๆ.

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษาเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ๒ กลุ่มก่อนและหลังทดสอบ. ประชากรในการศึกษาคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่มีคะแนนพฤติกรรมสร้างสุขภาพ น้อยกว่าร้อยละ ๖๑ หรือต่ำกว่า ๑.๒๐ และมีภูมิลำเนาในพื้นที่อำเภอขามสะแกแสง จำนวน ๕,๒๕๒ คน. กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนจำนวน ๒ กลุ่ม ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ ๓๐ คน, เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ ๓ คน^(๖) และทดสอบค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราซ เท่ากับ ๐.๙๔. ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตจากผู้ที่เข้าร่วมการศึกษาจำนวน ๖๐ คน.

การศึกษาในช่วงวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๐-๓๑ มีนาคม ๒๕๕๑ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเรียนรู้สร้างสุขภาพด้วยตนเอง ภายใต้กรอบแนวคิดของโปรแกรม คือการให้ผู้เข้าร่วมเกิดความสนใจในเนื้อหา, จดจำในสิ่งที่ได้เรียนรู้, ลงมือกระทำเพื่อต่อยอดความมั่นใจ และเป็นการทำหาย จูงใจและเสริมแรงให้กับผู้เข้าร่วมในการกระตุ้นการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง. โปรแกรมมีกิจกรรมแบ่งเป็น ๒ ส่วน. ส่วนแรกคือกิจกรรมที่ทำร่วมกันทุกคน ใช้เวลา ๑๕ ชั่วโมง ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์, การอภิปรายกลุ่ม, การแลกเปลี่ยนประสบการณ์, การเล่นเกมพื้นบ้าน, การให้ความรู้ความเข้าใจในเรื่องพฤติกรรมที่เหมาะสมเกี่ยวกับอาหาร, ออกกำลังกาย, อารมณ์, สิ่งแวดล้อมและโรคภัย. การใช้สื่อภาพ สไลด์ สื่อจำลอง การกระตุ้นเตือนเพื่อสร้างความคาดหวังในผลลัพธ์ ตลอดจนการฝึกปฏิบัติ, และในส่วนที่ ๒ คือ กิจกรรมในชุมชน โดยการติดตามเยี่ยมบ้านรายบุคคลและรายกลุ่ม, สัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพตามแบบสอบถามเพื่อประเมินระดับการปฏิบัติของพฤติกรรมทั้ง ๕ ด้าน และเก็บข้อมูลในประเด็นปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในระหว่าง ๖ เดือน หลังการอบรม (รูปที่ ๑).

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาได้ค่าร้อยละ, ค่าเฉลี่ยเลขคณิต, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน, และวิเคราะห์เปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมด้วยสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่การทดสอบที่จับคู่และการทดสอบทีอิสระ ซึ่งเป็นการใช้การทดสอบสมมติฐานแบบทางเดียว.

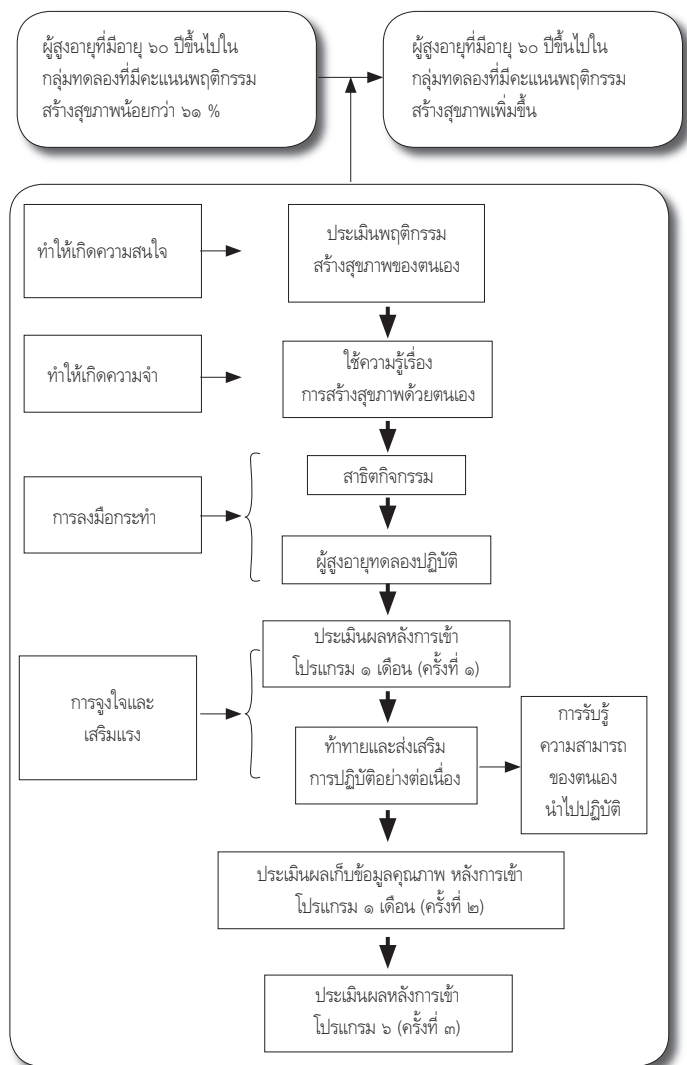
ผลการศึกษา

การนำเสนอผลการศึกษาต่อไปนี้ แบ่งเป็น ๒ ส่วนหลัก ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้สร้างสุขภาพด้วยตนเอง ด้วยการเปรียบเทียบระดับการปฏิบัติระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม. การเรียนรู้สร้างสุขภาพด้วยตนเองส่วนแรกคือ ข้อมูลทั่วไปผู้สูงอายุในอำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา ร้อยละ ๕๓.๓๓ เป็นหญิง, ร้อยละ ๖๕ อายุ ๖๐-๖๕ ปี, ร้อยละ ๕๖.๖๗ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา, และร้อยละ ๖๘.๓๓ ประกอบอาชีพเกษตรกร (ตารางที่ ๑).

ส่วนที่ ๒ คือ ประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้สร้างสุขภาพด้วยตนเอง พบว่า ระดับการปฏิบัติในภาพรวมของกลุ่มทดลองทั้งหมด พบว่า ระดับการปฏิบัติเพิ่มขึ้น อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ (ค่าแตกต่างเฉลี่ย=๐.๔๙, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน=๐.๐๕, $t = ๔๘.๐๐$, ค่า $P < ๐.๐๐๐๑$). เมื่อพิจารณาระดับการปฏิบัติที่เปลี่ยนแปลงหลังเข้าร่วมโปรแกรมในแต่ละด้าน พบว่าระดับการปฏิบัติเพิ่มขึ้นมากที่สุดอยู่ที่พฤติกรรมด้านออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าแตกต่างเฉลี่ย=๐.๕๙, ค่าแตกต่างมาตรฐาน=๑.๕๕, $t = ๒๐.๙๓$, ค่า $P < ๐.๐๐๐๑$) และระดับการปฏิบัติที่เปลี่ยนแปลงหลังเข้าร่วมโปรแกรมน้อยที่สุดอยู่ที่พฤติกรรมสุขภาพด้านโรคภัย (ค่าแตกต่างเฉลี่ย= ๐.๔๔, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน=๑.๑๖, $t = ๒๐.๗๒$, ค่า $P < ๐.๐๐๐๑$) (ตารางที่ ๒).

รูปที่ ๑ โปรแกรมการเรียนรู้สร้างสุขภาพด้วยตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุ





จากการศึกษากลุ่มตัวอย่าง ระดับการปฏิบัติตามโปรแกรมการสร้างสุขภาพด้วยตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุในภาพรวมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะ ๖ เดือนพบว่าระดับการปฏิบัติในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(ที่ = ๔๐.๓๒ , ค่าพี < ๐.๐๐๐๑) และเมื่อพิจารณาระดับการปฏิบัติหลังเข้าร่วมโปรแกรมในแต่ละด้านพบว่าระดับการปฏิบัติหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง

สูงสุดอยู่ที่พฤติกรรมด้านสิ่งแวดล้อมซึ่งมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ที่ = ๑๖.๐๘ , ค่าพี < ๐.๐๐๐๑), ระดับการปฏิบัติหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองน้อยที่สุดอยู่ที่พฤติกรรมด้านโรคยาซึ่งมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบในด้านเดียวกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ที่ = ๑๑.๙๑ , ค่าพี < ๐.๐๐๐๑) (ตารางที่ ๓).

ตารางที่ ๑ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ๖๐ ราย

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		ภาพรวม		
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	
เพศ	ชาย	๑๘	๖๐.๐๐	๑๐	๓๓.๓๓	๒๘	๔๖.๖๗
	หญิง	๑๒	๔๐.๐๐	๒๐	๖๖.๖๗	๓๒	๕๓.๓๓
อายุ (ปี)	๖๐-๖๕	๒๑	๗๐.๐๐	๑๘	๖๐.๐๐	๓๙	๖๕.๐๐
	๖๖-๗๐	๘	๒๖.๖๗	๙	๓๐.๐๐	๑๗	๒๘.๓๓
	๗๑ ขึ้นไป	๑	๓.๓๓	๓	๑๐.๐๐	๔	๖.๖๗
(ค่าเฉลี่ย = ๖๔.๔๓, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = ๓.๑๑, (ต่ำสุด ๖๐ ปี, สูงสุด ๗๕ ปี)							
การศึกษา	ต่ำกว่า ประถมศึกษา	-	-	๒	๖.๖๗	๒	๓.๓๓
	ประถมศึกษา	๑๒	๔๐.๐๐	๒๒	๗๓.๓๓	๓๔	๕๖.๖๗
	มัธยมศึกษา	๑๒	๔๐.๐๐	๕	๑๖.๖๗	๑๗	๒๘.๓๓
	สูงกว่าระดับมัธยมศึกษา	๖	๒๐.๐๐	๑	๓.๓๓	๗	๑๑.๖๗
	อาชีพ	ไม่มี	-	-	๑	๓.๓๓	๑
	เกษตรกร	๑๖	๕๓.๓๓	๒๕	๘๓.๓๓	๔๑	๖๘.๓๓
	ค้าขาย	๑๓	๔๓.๓๓	๓	๑๐.๐๐	๑๖	๒๖.๖๗
	อื่นๆ *	๑	๓.๓๓	๑	๓.๓๓	๒	๓.๓๓
(*รับจ้าง = ๑ , ธุรกิจส่วนตัว = ๑)							

ตารางที่ ๒ ระดับการปฏิบัติตามโปรแกรมการสร้างสุขภาพด้วยตนเองในด้านต่างๆ ของกลุ่มทดลอง หลังการเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพ ๖ เดือน

พฤติกรรม	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนฯ	ที	ค่าพี
สุขภาพด้านอาหาร	๐.๕๒	๐.๙๙	๒๘.๕๘	<๐.๐๐๐๑
สุขภาพด้านออกกำลังกาย	๐.๕๙	๑.๕๕	๒๐.๙๓	<๐.๐๐๐๑
สุขภาพด้านอารมณ์	๐.๕๖	๑.๖๘	๑๕.๑๓	<๐.๐๐๐๑
สุขภาพด้านสิ่งแวดล้อม	๐.๕๖	๑.๑๕	๒๒.๑๓	<๐.๐๐๐๑
สุขภาพด้านโรคยา	๐.๕๔	๑.๑๖	๒๐.๗๒	<๐.๐๐๐๑
รวม	๐.๕๙	๐.๐๕	๔๘.๐๐	<๐.๐๐๐๑

ตารางที่ ๓ ระดับการปฏิบัติตามโปรแกรมการสร้างสุขภาพด้วยตนเองในด้านต่างๆ ระหว่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในระยะ ๖ เดือน

พฤติกรรม	กลุ่มเปรียบเทียบ		กลุ่มทดลอง		ที	ค่าพี
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนฯ	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนฯ		
ด้านอาหาร	๑.๑๗	๐.๐๗	๑.๖๘	๐.๑๐	๒๐.๕๕	<๐.๐๐๐๑
ด้านออกกำลังกาย	๑.๐๔	๐.๐๓	๑.๖๔	๐.๑๑	๑๓.๗๒	<๐.๐๐๐๑
ด้านอารมณ์	๑.๒๕	๐.๑๐	๑.๗๒	๐.๐๙	๑๘.๒๗	<๐.๐๐๐๑
ด้านสิ่งแวดล้อม ๑.๒๘	๐.๑๐	๑.๗๓	๐.๑๑	๑๖.๐๘	<๐.๐๐๐๑	
ด้านโรคยา	๑.๑๕	๐.๑๕	๑.๖๑	๐.๑๔	๑๑.๙๑	<๐.๐๐๐๑
รวม	๑.๑๘	๐.๐๒	๑.๖๗	๐.๐๖	๔๐.๓๒	<๐.๐๐๐๑

วิจารณ์

กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่เป็นหญิง แสดงให้เห็นว่าหญิงสนใจความผิดปกติเล็กๆ น้อยๆ ที่เริ่มต้นเข้ารับการรักษา ก่อน. ภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในหญิงส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง ๖๐-๖๕ ปี น่าจะเกี่ยวข้องกับเป็นระยะเริ่มต้นของวัยสูงอายุ ซึ่งจะพบการเปลี่ยนแปลงทั้งทางสังคมและร่างกาย ทำให้ส่งผลต่อสุขภาพได้. ทั้งนี้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของผู้สูงอายุจากการศึกษาของเล็ค ลักซ์ คเซนทร์รัตน์กุล^(๓) ที่พบว่า เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น ความเจ็บป่วย, การเสื่อมของ

ระบบต่างๆ ของร่างกาย ทำให้เกิดความวิตกกังวลและกดดัน, รวมถึงการเกษียณอายุ, การสูญเสียบทบาทในการเป็นหัวหน้าครอบครัว, การตายของคู่สมรส ญาติหรือเพื่อน. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา เนื่องจากบุคคลในสมัยก่อนข้อจำกัดด้านการศึกษาภาคบังคับต่ำกว่าในปัจจุบัน และดำเนินชีวิตในพื้นที่ชนบทที่มีอาชีพหลักคือเกษตรกรรม. การศึกษานี้โปรแกรมการสร้างสุขภาพด้วยตนเองเป็นตัวแปรอิสระ ซึ่งประกอบไปด้วยกิจกรรม ๒ ส่วนหลัก คือ กิจกรรมในห้องเรียนและชุมชน โดยมุ่งเน้นการปรับระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรม ๕ อ. ส่งผลทำให้ระดับการปฏิบัติหรือการมี

พฤติกรรมการสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าเฉลี่ย ๐.๔๙, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๐.๐๕, ที่ ๔๘.๐๐, ค่าที่ < ๐.๐๐๐๑) สอดคล้องกับการศึกษาของเลิศลักษณ์ คเชนทร์รัตน์กุล^(๓) ที่ได้ทำการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ ๑๒ ของนักเรียนชายและหญิงในจังหวัดชัยภูมิ. ผลการวิจัยแสดงว่ากลุ่มที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอมีปัจจัยที่ส่งเสริมการออกกำลังกายโดยรวมอยู่ในระดับมาก และการศึกษาของศศิธร แสงพงศานนท์^(๔) ที่ทำการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น การออกกำลังกายของผู้สูงอายุในหมู่บ้านหนองไคร่นุ่น ตำบลท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น โดยศึกษาสถานการณ์ทางการออกกำลังกายเพื่อหาความพึงพอใจและรูปแบบที่เหมาะสมและการส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปพบว่าผู้สูงอายุไม่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพจากเจ้าหน้าที่แนะนำการดูแลสุขภาพจึงต้องมีการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายและรูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสม. ผู้สูงอายุมีความต้องการให้รัฐหรือสังคมเกื้อหนุนด้านสุขภาพ ทำให้มองได้ว่าหากได้รับแรงเสริมที่เหมาะสม จะสามารถทำให้ผู้สูงอายุเกิดกิจกรรมได้ดี อีกทั้งการพัฒนาในรูปแบบการสอนให้ความรู้หรือกิจกรรมที่ร่วมแลกเปลี่ยนในกลุ่มโดยเฉพาะการให้ความรู้เพื่อให้เกิดความรับรู้เป็นจุดเริ่มต้น, ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ พวงผกา ตันภิกขานนท์^(๕) ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมคลายเครียดโดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง ร่วมกับการนวดไทยและการดัดตน เพื่อการคลายเครียดในสตรีวัยกลางคน ตำบลพระยืน อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับความเครียด, การรับรู้, ความสามารถของตนเอง, ความคาดหวังในผลลัพธ์, การปฏิบัติตนในการคลายเครียดมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๐๑ โดยในการศึกษานี้มีรูปแบบที่เป็นการบูรณาการระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งมุ่งเน้นประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลและส่งเสริมการดูแลตนเองในส่วนของการแพทย์แผนไทยตลอดจนภูมิปัญญาท้องถิ่น. ทั้งนี้เพื่อให้เกิดกระบวนการรับรู้ถึงตัวตนที่แท้จริง, ความสามารถในการดำเนินกิจกรรม ซึ่งในการศึกษาของกัลยา รัตน์ สมสะอาด^(๖) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว ในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดกาฬสินธุ์ และสรุปผลการวิจัยว่าการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ, การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม

การส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ ($r = ๐.๖๘๕, ๐.๓๔๕$ และ ๐.๘๐๑ ตามลำดับ). การรับรู้สมรรถนะของครอบครัวในการมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ, การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ, การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและชนิดครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพครอบครัวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ โดยตัวแปรทั้ง ๔ สามารถอธิบายความผันแปรพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวได้ร้อยละ ๗๑.๓๐. กลุ่มตัวอย่างกล่าวถึงปัญหาอุปสรรคที่ผ่านมามีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนของผู้เข้าร่วมร้อยละ ๔๒.๘๖ มองว่าการออกกำลังกายไม่จำเป็น เนื่องจากตนเองอายุมาก การออกกำลังกายทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น หอบเหนื่อยหลังการออกกำลังกาย เกรงว่าจะมีอันตราย, ร้อยละ ๕๑.๑๔ ไม่ทราบถึงประโยชน์ที่แท้จริง ในโปรแกรมจัดกิจกรรมผสมผสานด้านการออกกำลังกาย โดยการนำชิง (Qi Jong) ผสมผสานการฝึกสมาธิโดยกลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และทดสอบผลของการปฏิบัติจากตรวจร่างกายก่อน-หลังการทำกิจกรรม ได้แก่ การวัดค่าแรงดันเลือด, การวัดค่าน้ำตาลในเลือดบริเวณส่วนปลาย, การวัดค่าความจุปอด และการวัดค่าความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้เห็นข้อมูลเชิงประจักษ์มากขึ้น ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการจูงใจให้เกิดการปฏิบัติ. ส่วนหนึ่งของการศึกษาคือพฤติกรรมด้านโรคภัย มีความแตกต่างกันน้อยที่สุด (ค่าที่ ๐.๓๐) เนื่องด้วยกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันลักษณะส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยไม่ได้ทำการเก็บข้อมูลนั้นคือข้อมูลเกี่ยวกับโรคประจำตัวและการรักษาในปัจจุบัน ทำให้คำตอบหรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากนักสำหรับในกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว ซึ่งมีถึงร้อยละ ๒๖.๖๖. ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ข้อมูลในขณะที่กำลังดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม. ในประเด็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ข้อมูลที่ไม่ค่อยหลากหลายแต่มุ่งเน้นให้เห็นข้อมูลที่สำคัญ นั่นคือ ความเชื่อของคนในชุมชน โดยเฉพาะความเชื่อที่บอกว่ามีผู้ปฏิบัติมาก่อนแล้วได้ผลดี ก็จะมีผู้ปฏิบัติตาม. อีกทั้งความเป็นสังคมชนบทที่ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ อันจะส่งผลถึงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับศาสนาจะได้รับการยอมรับปราศจากข้อสงสัย เช่น การทำสมาธิช่วยลดอาการเจ็บป่วย ซึ่งการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลงานวิจัยหลายชิ้น.

สรุปว่าการวัดประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้สร้างสุขภาพด้วยตนเอง ในผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมจะมีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ดีขึ้นโดยวัดได้จากระดับของการปฏิบัติ ที่มีความแตกต่างของค่าคะแนนที่วัดก่อนและหลังการเข้าร่วม โปรแกรม (ค่าแตกต่างเฉลี่ย=0.๔๙, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน= 0.๐๕, $t = 44.00$, $p < 0.0001$) อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มจะพบว่าค่าเฉลี่ยของ ระดับการปฏิบัติในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ($t = 40.32$, $p < 0.0001$).

ข้อเสนอแนะ

๑. ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ๕ อ. ซึ่งปัจจัยที่อาจจะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น สังคม, วัฒนธรรม, ประเพณี, ความเชื่อ, การรับรู้, ความ พึงพอใจ, ความศรัทธา, บรรยากาศสถานการณ์, ความเหมาะสมของโอกาส.

๒. ควรศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวในรูปแบบ ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม เพื่อศึกษาและ พัฒนาการมีส่วนร่วม โดยอาศัยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในรูปแบบ กระบวนการกลุ่ม การฝึกอบรม การศึกษาดูงาน แล้ว สังเคราะห์เป็นกลวิธีในการดำเนินงานจริงในพื้นที่ และขยายผล หรือนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป.

กิตติกรรมประกาศ

พ่อเที่ยง ฉายวิริยะกุล ประธานชมรมผู้สูงอายุอำเภอ ขามสะแกแสง ที่กรุณาเอื้อเฟื้อในการประสานงานให้ทำการ รวบรวมข้อมูลในกลุ่มสมาชิกของชมรม. กลุ่มงานพัฒนา ยุทธศาสตร์และเทคโนโลยีสารสนเทศทางการแพทย์ ได้ช่วยใน การติดตามประเมินผล บันทึกข้อมูล เพื่อนำมาประมวลผลใน การศึกษาครั้งนี้ จนทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี.

เอกสารอ้างอิง

๑. โรงพยาบาลขามสะแกแสง. ผลงานประจำปีโร งพยาบาลขามสะแกแสง พ.ศ.๒๕๕๐ .เอกสารอัดสำเนา ; ๒๕๕๑.
๒. เขวาร์ตน์ ปรปักษ์ขาม. การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัย ของคนประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๕๖ - ๒๕๕๗ . กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัย

สาธารณสุข; ๒๕๕๙.

๓. เลิศลักษณ์ คเชนทร์รัตนกุล. การศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริม ผู้สูงอายุที่การออกกำลังกายสม่ำเสมอกับไม่สม่ำเสมอ ในจังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีศึกษาศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาพลศึกษา, คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ๒๕๕๖.
๔. เสนอ อินทรสุขศรี. เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ.กรุงเทพมหานคร. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๒๖. หน้า ๔๖ - ๘.
๕. ปราณี ฤกษ์ปานี. การทดสอบประสิทธิผลของสื่อ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ๓ ชนิด: ศึกษาเฉพาะกรณี ผู้ใช้แรงงานสตรีในโรงงานอุตสาหกรรมจังหวัด สมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์พัฒนศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการวิเคราะห์ทางสังคม, สถาบันบัณฑิตพัฒน บริหารศาสตร์; ๒๕๓๖.
๖. นิคม ถนอมเสียง. การวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรม STATA. ครั้งที่ ๓. ขอนแก่น : ภาควิชาชีวสถิติและ ประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น; ๒๕๔๘. หน้า ๑๗๘.
๗. ศศิธร แสงพงศานนท์. การส่งเสริมกิจกรรมการออก กกำลังกายแก่ผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาสังคม, คณะศิลปกรรมศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ๒๕๕๑.
๘. พวงผกา ตันกิจจานนท์. ประสิทธิผลของโปรแกรม คลายเครียดโดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถ ตนเอง ร่วมกับการนวดไทยและการดัดตน เพื่อการ คลายเครียด ในสตรีวัยกลางคน ตำบลพระยืน อำเภอ พระยืน จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพและการ ส่งเสริมสุขภาพ, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัย ขอนแก่น, ๒๕๕๐.
๙. กัลยารัตน์ สมสะอาด. ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพล ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว ในเขต เทศบาลเมืองจังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพและการ ส่งเสริมสุขภาพ, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัย ขอนแก่น, ๒๕๔๘.