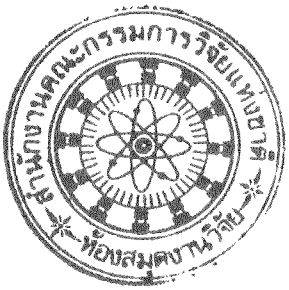
# บทที่ 4 อภิปรายผล



การอภิปรายและสรุปผลการวิจัยครั้งนี้ จะอภิปราย ใน 4 ประเด็นคือ

1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ
2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ก่อนดำเนินการ
3. ผลการดำเนินการ กิจกรรมแทรกแซง ในกลุ่มทดลอง
4. ผลกระทบของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ชุมชนโดยความต้องการและการมีส่วนร่วมของชุมชน

## 4.1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ

การศึกษาครั้งนี้ เก็บข้อมูลในชุมชน ของอำเภอซำสูง จำนวน 2 ตำบล 2 ครั้งก่อนและหลังการศึกษา มี response rate คือ กลุ่มทดลอง มีอัตราการตอบกลับ (Response rate) คิดเป็น ร้อยละ 83.92 (552/622) และ กลุ่มควบคุม มีอัตราการตอบกลับ (Response rate) คิดเป็น ร้อยละ 70.05 (475/678) รวมจำนวนตัวอย่างทั้งหมด 1,027 คน คิดเป็นอัตราตอบกลับ (Response rate) ร้อยละ 79.0 (1027/1300) ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้สูงอายุบางส่วนไม่ได้ ร่วมสำรวจตั้งแต่ต้น จึงมีบางส่วนที่ต้องตัดออกจากการเก็บข้อมูล และนอกจากนี้ เมื่อเวลาเปลี่ยนไปทำให้ผู้สูงอายุที่มีอายุ 59 ปี เปลี่ยนเป็นอายุ 60 กลุ่มนี้ มิได้ทำการเก็บข้อมูล เนื่องจาก ได้มีการกำหนดรายชื่อ ผู้สูงอายุในตั้งแต่เริ่มโครงการฯ โดยใช้ตามข้อมูลของสถานีอนามัยตำบลซำสูง ในส่วนผู้สูงอายุ บางคนเจ็บป่วยจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ และบางคนเสียชีวิตทำให้ response rate ได้ในจำนวนนี้

### ลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุ

เพศของผู้สูงอายุ พบว่า สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง ป็นหญิงมากกว่าชาย สอดคล้องกับลักษณะทางประชากรของประเทศไทย ในปี 2550 ที่พบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุหญิงมีมากกว่าชาย กล่าวคือ สัดส่วนของผู้สูงอายุหญิงของประเทศไทย คิดเป็นร้อยละ 55.4 และร้อยละ 44.6 ตามลำดับ[12] นอกจากนี้ ในรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยปี 2551 ยังพบว่ามีความไม่สมดุลทางเพศของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากๆ เนื่องจากสัดส่วนของผู้สูงอายุหญิงมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น อันเนื่องมาจากอัตราตายของผู้สูงอายุหญิงต่ำกว่าชาย ในปี 2551 พบว่า ประชากรเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป จะมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 62.1 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจนถึงร้อยละ 66 ในปี 2573[13]

อายุของผู้สูงอายุ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า สัดส่วนของกลุ่มอายุลดลงไปตามอายุที่มากขึ้น โดยสัดส่วนอายุผู้สูงอายุตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 58.3 รองลงมาคือ ผู้สูงอายุตอนกลางคิดเป็นร้อยละ 30.9 และผู้สูงอายุตอนปลายคิดเป็น ร้อยละ 10.8 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุ ของ

ประเทศในปี 2550[12] คิดเป็นอายุผู้สูงอายุตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 54.91 รองลงมาคือ ผู้สูงอายุตอนกลางคิดเป็นร้อยละ 32.89 และผู้สูงอายุตอนปลายคิดเป็น ร้อยละ 12.19 ตามลำดับ

ในส่วนของสถานะภาพสมรส พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จะมีสถานภาพสมรสคู่และสัดส่วนของผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย หย่า แยก มากถึง ร้อยละ 40.6 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยที่ผู้สูงอายุส่วนมาก อาศัยอยู่กับคู่สมรส และมีร้อยละของการเป็นหม้าย หย่าแยกร้อยละ 34.8 และมีแนวโน้มที่จะมากขึ้น ตามอายุ[12]

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุตัวอย่างเป็นผู้ที่มีการศึกษาในระดับน้อย เกือบร้อยละ 80 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของปริญดา สิงห์มี[14] กล่าวคือ ผู้สูงอายุตัวอย่างใน อ.บ้านไผ่ พบว่าส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 74.77 รองลงมาคือ ไม่ได้เรียน คิดเป็นร้อยละ 19.72 และการศึกษาระดับมัธยมศึกษา หรือ สูงกว่า มีร้อยละ 2.29 ซึ่งต่างจากสัดส่วนของผู้สูงอายุในเขตเมือง การศึกษากลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนแออัด ในเขตจังหวัดขอนแก่น[15] ที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบการศึกษาประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 68.2 ลงมาคือ มัธยมศึกษาร้อยละ 27.7 และ ไม่ได้เรียนคิดเป็นร้อยละ 1.3

**ภาวะเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ**

การวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 51.2 ยังคงประกอบอาชีพอยู่ พบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของปริญดา สิงห์มี[14]ที่พบว่า ผู้สูงอายุในเขตชนบท ทีอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ ร้อยละ 53.63 ไม่ได้ทำงานร้อยละ 33.4 และมีอาชีพอื่นๆ เช่น รับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 12.97

ในด้าน ของ รายได้ต่อเดือน พบว่า ผู้สูงอายุในทั้งสองตำบล มีรายได้คิดเป็นร้อยละ 90.0 และ อยู่ระหว่างต่ำกว่า 1,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 71.1 เมื่อเปรียบเทียบกับสัดส่วนของประเทศพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มีฐานะยากจนมาก เนื่องจากสัดส่วนของประเทศ ที่ผู้สูงอายุมีรายได้ต่ำว่า 10,000 บาท ต่อปี คิดเป็นร้อยละ 16.8 และเป็นที่น่าสังเกตว่า ในส่วนของความเพียงพอของรายได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 64.1 ตอบว่าไม่เพียงพอ ในขณะที่ สัดส่วนของประเทศไทย ในปี 2550 นั้น พบว่า ร้อยละ 68.8 ของผู้สูงอายุไทยในชนบทตอบว่า เพียงพอต่อรายได้และรายจ่ายของตนเอง[16] และการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ร้อยละ 65.2 มีหนี้สินสอดคล้องการกับศึกษาของ สมพร ชัยอยุทธ์ ที่พบว่า ผู้สูงอายุในเขตชุมชนแออัด จ.ขอนแก่น มีหนี้สินอยู่ร้อยละ 78.90[15] โดยหนี้สินในที่นี้ หมายถึงหนี้สินของครอบครัว โดยส่วนหนึ่งเป็นหนิ้สินของตนเอง และส่วนหนึ่งเป็นหนี้สินของลูกหลาน

**การมีส่วนร่วมทางสังคม**

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ไปประกอบกิจกรรมทางศาสนา เช่น การตักบาตร การไปวัดเพื่อถวายอาหารพระ การไปถือศีล ที่วัดในวันพระ และร่วมพิธีการในวันสำคัญทางศาสนา อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะมีผลต่อ จิตใจของผู้สูงอายุ เป็นอย่างดี กอรปทั้งในตำบลศึกษา ทั้งสองตำบลนั้น มีวัดตั้งอยู่ในหมู่บ้านสะดวก ในการเดินทางไปทำกิจกรรม นอกจากนี้ การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 95.9 ตอบว่ามีเพื่อนสนิทหมายความถึงบุคคลที่ สามารถพูดคุยได้ทุกเรื่อง มีการแนะนำ และ ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน

โดยไม่จำกัดเพศ และวัย อย่างไรก็ตามพบว่า เพื่อนสนิทของผู้สูงอายุคือ เพื่อนบ้านที่จะมาพูด มาคุยกัน ทุกวัน พบว่า มีสัดส่วนที่สูงกว่าการศึกษาในจังหวัดขอนแก่น ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีเพื่อนสนิทคิดเป็นร้อยละ 79.4 โดยมีขนาด (จำนวนเพื่อน) อยู่ 1-3 คน[17]

ในส่วนของการเป็นสมาชิกและการร่วมกลุ่มชมรม พบว่าผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.4) เข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ มีเพียงจำนวนร้อยละ 24.6 ที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมเนื่องจาก ปัญหาสุขภาพ และต้องเลี้ยงหลาน พบว่า มีสัดส่วนที่สูงกว่าการศึกษาการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ[18]ซึ่งพบว่า มีร้อยละ 25.9 ทั้งนี้เนื่องจากชุมชนที่ทำการศึกษานี้ เป็นชุมชนชนบท มีการไปมาหาสู่กันเป็นประจำ มีเพื่อนบ้าน และในหมู่บ้านมีการรวมกลุ่มกันอย่างดี เมื่อมีกิจกรรมใดขึ้น ทุกคนในหมู่บ้านก็จะได้มาเข้าร่วมกิจกรรมกันโดยพร้อมเพรียง ทำให้มีสัดส่วนของการร่วมกลุ่มกิจกรรมต่างในชุมชน มากกว่าสัดส่วนของภาคฯ

**การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการมีโรคเรื้อรัง**

พบว่า ครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในระดับปานกลาง ร้อยละ 18.6 ต้องการดูแลด้านสุขภาพ ซึ่งแตกต่างจากสัดส่วนของผู้สูงอายุ ในสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2550 กล่าวคือ ผู้สูงอายุทั้งประเทศ รับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 43.0 ปานกลาง ร้อยละ 28.9 และ ต้องการการดูแล คิดเป็นร้อยละ 2,5 นอกจากนี้ ยังพบว่าเกือบร้อยละ 60 กลุ่มตัวอย่างมีโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาในจังหวัดขอนแก่น ที่พบว่าผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 64.7[17] และสอดคล้องกับสัดส่วนของสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุในปี 2550[12] โรคเรื้อรังที่ผู้สูงอายุตัวอย่างเป็น ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ และพบว่า ผู้สูงอายุหญิง มีโรคเรื้อรังมากกว่าผู้สูงอายุชาย และนอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุ 1 คน ยังมีโรคเรื้อรังมากกว่า 2 โรคคิดเป็นร้อยละ 23 ของผู้ที่มีโรคเรื้อรังทั้งหมด

**การเกื้อหนุนทางสังคม**

พบว่า ครึ่งหนึ่งอาศัยอยู่กับครอบครัวของลูกสาว หรือ ลูกชาย ซึ่งมีสัดส่วนน้อยกว่า สถานการณ์ของผู้สูงอายุทั้งประเทศที่พบว่า ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับบุตร หรือครอบครัวของบุตร คิดเป็นร้อยละ 65(16, 18) นอกจากนี้ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรสเท่านั้น คิดเป็นร้อยละ 16.1 พบว่าซึ่งมีสัดส่วนใกล้เคียงกับผู้สูงอายุของประเทศ[16] และยังพบว่า มีสัดส่วนของผู้สูงอายุอาศัยอยู่คนเดียวคิดเป็นร้อยละ 6.6 ซึ่งมีสัดส่วนที่ต่ำกว่าการศึกษาของ นภาพร ชโยวรรณ[16] ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น และในปี 2553 นี้ พบว่ามีสัดส่วนเป็น ร้อยละ 7.6

ในส่วนของผู้ดูแล เมื่อยามเจ็บป่วยผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่ได้รับการดูแล โดยลูกสาวหรือ ลูกชาย ในสัดส่วนนี้ เป็นลูกสาวมากถึงร้อยละ 70 รองลงมาคือ คู่สมรส มีผู้สูงอายุตัวอย่างร้อยละ 2.8 ที่ต้องดูแลตนเองเพียงผู้เดียว ในส่วนของการดูแลโดยลูกสาว นั้น สอดคล้องกับการศึกษาในจังหวัดขอนแก่น[17] ที่พบว่าลูกสาว คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่เป็นผู้สนับสนุนด้านการประกอบกิจวัตรประจำวันและอารมณ์ ในขณะที่บุตรชายจะสนับสนุน ด้านการเงิน และช่วยงานอื่นๆ ที่ต้องออกแรง

**พฤติกรรมสุขภาพ**

พบว่า ผู้สูงอายุตัวอย่าง มีสัดส่วนของการออกกำลังกาย มากถึงร้อยละ 77.9 วิธีการออกกำลังกายที่ผู้สูงอายุออกกำลังกายได้แก่ กายบริหาร รำไม้พลอง ทำงานบ้าน วิ่ง ถีบจักรยาน และ อื่นๆ ซึ่งพบว่า มีสัดส่วนมากกว่า สัดส่วนของประเทศ โดยผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ร้อยละ 66.9 ออกกำลังกายทุกวัน โดยการเดิน บริหารร่างกาย วิ่ง ที่เหลือออกกำลังกายโดยวิธีอื่นๆ ได้แก่ เล่นกีฬา แอโรบิค และไทเก๊ก[19]

นอกจากนี้ ในส่วนพฤติกรรมการบริโภคผักพบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานผัก ในทุกมื้อของอาหาร คิดเป็น ร้อยละ95.8 ซึ่งผักที่รับประทานส่วนใหญ่ เป็นผักพื้นบ้าน และในชุมชนทั้งสองแห่งนี้ ได้รับการสนับสนุนให้ปลูกผักปลอดสารพิษ ทำให้คนในชุมชนนิยมบริโภคผัก และส่วนหนึ่งมีการทำสวนผัก เช่น พริก แตงกวา ผักกาดขาย

ในส่วนของพฤติกรรมเสี่ยง พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง พบว่า ร้อยละ 86.2 ไม่สูบบุหรี่และร้อยละ 89.1 ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งมีสัดส่วนใกล้เคียงสถานการณ์ของผู้สูงอายุทั้งประเทศ กล่าวคือ ยังมีผู้สูงอายุ มากกว่าร้อยละ 10 สูบบุหรี่[13] และมากกว่ากว่าร้อยละ 20[13] ยังคงดื่มสุรา

## 4.2 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชิวิต

พบว่า ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีแบบแผน (Pattern) ของคะแนนคุณภาพชีวิตที่ คล้ายคลึงกัน กล่าวคือ มีคะแนนสูงในส่วนของความสามารถในการทำหน้าที่ (Physical function) สุขภาพจิต (Mental health) และ การทำหน้าที่ในสังคม (Social function) และคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม มีค่าคะแนน 60.41 ในกลุ่มควบคุม และ มีค่าคะแนน 59.36 ในกลุ่มทดลอง เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในทุกมิติ และคะแนนรวม พบว่า คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่ง เป็นสิ่งที่บ่งบอกว่า ก่อนดำเนินการนั้น กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง มีคุณลักษณะที่คล้ายคลึงกัน ก่อนทำการทดลอง ทั้งนี้เพื่อลดตัวแปรแทรกซ้อน[20] ที่เกิดขึ้นก่อนการวิจัย

เมื่อพิจารณาในภาพรวม คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากจำนวน 1027 คน พบว่ามีค่าเฉลี่ยของคะแนนอยู่ที่ 60.03 (SD 9.84) จากคะแนนเต็ม 100 คน ซึ่งอาจถือได้ว่า มีระดับคะแนนปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในผู้สูงอายุในชนบท จ.ขอนแก่น ที่พบว่า ที่พบว่ามีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางเช่นกัน[21, 22] นอกจากนี้ ยังพบการศึกษาผู้สูงอายุในชนบท อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่น สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ กล่าวคือ ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 76.89[14] นอกจากนี้ยังพบว่า เมื่อใช้ เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตโดย SF36 ในผู้สูงอายุในชุมชน ของประเทศอินเดีย พบว่า อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน แต่ มีค่าคะแนนระดับคุณภาพชีวิตที่น้อยกว่า คือมีคะแนนเฉลี่ย 50.0[23]

เมื่อทำการวิเคราะห์ Bivariate analysis แล้วพบว่า การทำงาน การประกอบกิจกรรมทางศาสนา การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง การมีโรคเรื้อรัง และ การออกกำลังกาย พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อวิเคราะห์เชิงซ้อน Multi-variate analysis โดยเมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปร

อื่นๆ แล้ว พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในประเด็นของการทำงานในผู้สูงอายุ การทำงานของผู้สูงอายุนี้มีความหมายมากว่าการที่จะได้มาซึ่งเงินทอง การทำงานทำให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ ความสามารถของตนเอง เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของVarma, G. R.,Kusuma, Y. S.,Babu, B. V ในอินเดีย ที่พบว่าปัจจัยด้านสถานะการทำงานผลต่อคุณภาพชีวิต แต่เหตุผลกลับเป็นไปในทางตรงกันข้าม กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่ทำงานในอินเดีย กลับมีคะแนนคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าคนที่ไม่ได้ทำงาน ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะวิถีชีวิต และฐานะทางเศรษฐกิจ และรูปแบบการทำงานของผู้สูงอายุในอินเดีย[23]

ในส่วนของการประกอบกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lima, M. G. และ คณะ [24] นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่มีโอกาสไปประกอบกิจกรรมทางศาสนา มีคะแนนคุณภาพชีวิตที่มากกว่าผู้ที่ไม่ได้ประกอบกิจกรรมทางศาสนา เนื่องจากการไปประกอบกิจกรรมทางศาสนา ผู้สูงอายุตอบว่า ได้บุญ และทำให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาส ในการปฏิบัติศาสนกิจ มีความสุขสงบทางใจ และมีโอกาสที่ได้รับคำสอนทางศาสนาจากพระสงฆ์ และ พบปะเพื่อนบ้าน และบุคคลต่างๆในชุมชน ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีเครือข่ายมากขึ้น ได้รับการเกื้อหนุนทางสังคม ด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมมากขึ้น[17] ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตในด้านของจิตใจและการมีส่วนร่วมทางสังคมมากยิ่งขึ้น ซึ่งการมีส่วนในสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ de Belvis, A. G.และคณะ ที่พบว่า การที่ได้มีอากาสพบปะผู้คน มีผลต่อการคุณภาพชีวิตทีเกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้สูงอายุใน Lazio Region ในประเทศอิตาลี[25]

การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ในส่วนของปัจจัยนี้ จะเห็นได้ว่าเมื่อควบคุมอิทธิผลของตัวแปรอื่นๆ แล้วปัจจัยนี้ มีผลที่สุดต่อคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุรับรู้ว่าตนเองมีภาวะสุขภาพที่ดี มีคะแนนสุขภาพจิตที่มากกว่า ทั้งนี้ การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุนั้น เป็นการประเมินภายในบุคคล (Subjective) ซึ่งอาจไม่ตรงกับลักษณะที่แสดงทางกายภาพของผู้สูงอายุได้ ทั้งนี้การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ดีของตนเอง นำมาซึ่งความวิตกและกังวลใจของผู้สูงอายุ ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตสอดคล้องกับการศึกษาของ Sullivan และคณะ[26] นอกจากนี้ การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ มีกระทบต่อหลาย มิติของคุณภาพชีวิตได้ เช่น กาย จิตใจ ความมีชีวิตชีวา[27] นอกจากนี้ ในส่วนของการมีโรคเรื้อรังพบว่า ผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรัง มีคะแนนคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของ Takahashi R, Okugawa S. ที่พบว่า การเกิดโรคเรื้อรังมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในญี่ปุ่น[28]

ในส่วนของการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นพฤติกรรมการสุขภาพ ตัวแปรเดียวที่พบว่า มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ho, T. Jและคณะ[29] ที่ประเทศไต้หวันที่พบว่า กลุ่มที่ออกกำลังกายโดยการฝึก Ti Chi มีระดับคุณภาพชีวิตที่ มากกว่า กลุ่มที่ไม่ออกกำลังกาย และพบว่า ในผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายค่อนข้างดีสามารถพัฒนา functional capacity ได้ ซึ่งผลที่ได้รับจากการออกกำลังกายนั้น จะตรงข้ามกับผลที่เกิดจากความเสื่อมถอยจากการมีอายุมากขึ้น[30] ทำให้แข็งแรงกระกระฉับกระเฉง มีชีวิตชีวา ทำให้ Aging process ในชีวิตช้าลงได้ ทำให้มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้มีสมรรถภาพทางกายด้านต่าง ๆ สูง ทำงานต่าง ๆ ได้มากขึ้น ความเหนื่อย มีน้อยลง แรง

กล้ามเนื้อมากขึ้น และมีความอดทนมากขึ้น ช่วยควบคุมน้ำหนักตัวและทรวดทรง ป้องกันโรคที่เกิดจากความเสื่อม อาทิ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคความดันเลือดสูง โรคข้อเสื่อมต่าง ๆ และช่วยฟื้นฟูสภาพในผู้ที่มีโรคจากความเสื่อม ทั้งนี้ มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ[31]

## 4.3 ผลดำเนินการ กิจกรรมแทรกแซง ในกลุ่มทดลอง

กระบวนการทำ Tailor made intervention ในที่นี่คือ การบวนการที่ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการคิดและพัฒนารูปแบบของการส่งเสริมสุขภาพ ภายใต้บริบทของชุมชนเอง ในการกระบวนการนี้ใช้วิธีการของ การจัดการความรู้ และการสร้างพลังในชุมชน (empowerment)[8] โดยการประเมินความตระหนักของชุมชน และทรัพยากร(ต้นทุน)ในชุมชน ( Assessing community concern and resource) เป็นการกระตุ้นให้ชุมชน (ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด) เกิดความตระหนักในการดำเนินโครงการ การกำหนดพันธกิจ วัตถุประสงค์ร่วมกัน (Setting a mission and objectives) .ในขั้นตอนนี้ เป็นการศึกษาและทบทวนถึงวัตถุประสงค์ที่กำหนดร่วมกันของผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด เพื่อให้เข้าใจตรงกันและ มีแนวทาง จุดมุ่งหมาย ที่จะไปให้ถึงร่วมกัน การพัฒนาแผนกลยุทธ์ และ แผนปฏิบัติงานร่วมกัน (Developing Strategies and Action Plan) ขั้นตอนของการร่วมกันวางแผน และดำเนินการในชุมชน การติดตาม การดำเนินงานโครงการ (Monitoring Process and Outcome) และ การทบทวน หรือตรวจสอบว่ามีการดำเนินกิจกรรมอะไรบ้างและจัดลำดับกิจกรรมที่ดำเนินการ(Communication Information and Relevant Audience) และการวางแผนสำหรับอนาคต (Promoting Adaptation, Renewal and Institutionalization) เป็นขั้นตอนที่ทีมงานทั้งหมด กำหนดเป้าหมายและยุทธศาสตร์ร่วมกัน และมีการเน้นย้ำความสำคัญของการปรับปรุงแผนเอาไว้อย่างชัดเจน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ จากประสบการณ์ที่ผ่านมา และกำลังจะดำเนินการไปสู่อนาคต การทำ tailor made intervention นี้ จะทำให้ได้กิจกรรมแทรกแซงต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความต้องการและการมีส่วนร่วมของชุมชน และทำให้เกิดความยั่งยืน[32]

การดำเนินการกิจกรรมแทรกแซงในกลุ่มทดลอง ทำให้ได้ความรู้ ในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในแง่มุมของผู้สูงอายุเอง ในเรื่องของความหมาย วิธีการ ระยะเวลา และสถานที่ของการส่งเสริมสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพในความหมายของผู้สูงอายุ หมายถึงการออกกำลังกาย จากนิยามของการส่งเสริมสุขภาพซึ่งองค์การอนามัยโลกได้กล่าวมาไว้ในปี 1996 ว่าหมายถึง กระบวนการที่ประชาชนสามารถเพิ่มความสามารถในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพให้บรรลุถึงความสมบูรณ์ จิตใจ สังคม กลุ่มชุมชน และบุคคลต้องเข้าใจรู้ปัญหาความอยากได้ ความต้องการ และการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมของสังคมและธรรมชาติ[5] หรือ สุรเกียรติ อาชานานุภาพ ได้กล่าวไว้ว่า การส่งเสริมสุขภาพ คือ กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง[33] จากนิยามที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าการส่งเสริมสุขภาพ เป็นการที่ผู้สูงอายุในชุมชน ได้รับการสนับสนุน และให้ความรู้ ด้านสุขภาพมาก่อนเป็นอย่างดี และได้มีการเลือก หรือ การตัดสินใจด้วยตนเอง ว่าจะดูแลสุขภาพของตนเองอย่างไร ภายใต้ความรู้ที่มีอยู่ การศึกษาครั้งนี้พบว่า มีวิธีการต่างๆที่ผู้สูงอายุส่งเสริมสุขภาพ และดูแลตนเองอยู่หลานวิธี เช่น การ

ออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การฝึกหายใจ เป็นต้น จากการศึกษา พบว่า การส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุเลือกวิธีที่จะดูแลสุขภาพของตนเองเป็นการออกกำลังกายนั้น มิได้มองในมิติอื่นๆ เช่น อารมณ์ อากาศ หรือ อื่นๆ แต่จะมองจาก ความสามารถทำกิจกรรมของตนเอง ไม่ต้องการพึ่งพาใคร ถ้าหากเป็นการรับประทานอาหาร ก็ต้องพึ่งพาบุตรหลาน ในขณะที่การทำกิจกรรมอื่นๆ มีความยุ่งยาก ไม่มีความรู้ ต่างจากการออกกำลังกาย ที่สามารถทำได้ด้วยตนเอง ทุกวัน สถานที่ เวลา และความหนัก-เบา ขึ้นอยู่กับสภาพของผู้สูงอายุ แต่ละคน

การศึกษาครั้งนี้พบว่า การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ เป็นแบบ **"อักไผอักมัน"** มีความเป็นส่วนตัวสูง ไม่ต้องการความยุ่งยากที่จะต้องไปเตรียมอุปกรณ์ ภายใต้เงื่อนไขคือ อยากออกกำลังกายในสถานที่ของตนเอง เช่นที่บ้าน ที่นา หน้าบ้านตามความสะดวก ท่าไม่ยากจนเกินไป ไม่ต้องจำมีหลายท่าเกินไป ผู้สูงอายุใครๆ ก็ทำได้ ออกกำลังกายตอนเช้ามืด ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ จะตื่นแต่เช้า ตี 2 ถึง ตี 5 ระยะเวลาไม่นานเกินไป สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน และมีความแตกต่างกันในวิธีการออกกำลังกายของผู้สูงอายุชาย หญิง และ ตามวัยของผู้สูงอายุ (อายุน้อย อายุมาก) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุยังคงเป็นผู้ที่มีศักยภาพ ต้องการพึ่งพาตนเอง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในเขตชานเมือง จังหวัดขอนแก่น ต้องการมีงานทำที่เหมาะสมกับตนเองและต้องการพึ่งพาตนเองมากกว่าที่จะต้องการการดูแลจากลูกหลาน รวมถึงมีความภาคภูมิใจในตนเอง คิดว่าตนเองมีศักยภาพสามารถที่จะทำงานและช่วยงานในชุมชนของตนเองได้ดี[34] เช่นเดียวกันกับการศึกษาผู้สูงอายุในจังหวัดมหาสารคามพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 66.8 มีศักยภาพในการดูแลตนเองดีมากคือนอกจากจะดูแลตนเองได้ดีแล้ว ยังสามารถดูแลตนเองและช่วยเหลือผู้อื่นได้ด้วย ผู้สูงอายุร้อยละ 20.5 สามารถดูแลตนเองได้ดี และความสามารถพิเศษของผู้สูงอายุคือความสามารถในการอนุรักษ์วัฒนธรรมประเพณี การเป็นผู้นำการออกกำลังกาย หัตถกรรม การทอผ้า ด้านภูมิปัญญาพื้นบ้าน สมุนไพร เป็นต้น[35]

รูปแบบการออกกำลังกายที่พัฒนาขึ้นมา ร่วมกับชุมชน เป็นเพียงวิธีการ บริหารร่างกาย เนื่องจากการออกกำลังกายที่ถูกต้องนั้น จะต้องมีการwarm up มีความหนัก ระยะเวลาเพียงพอ และเป็นการออกกำลังที่เกิดจากการทำงานของกล้ามเนื้อมัดใหญ่ๆ หลายกลุ่มในร่างกาย อวัยวะหลายระบบต้องทำงานเพิ่มขึ้นจากภาวะปกติ เช่น ปอดต้องฟอกเลือดในปริมาณที่เพิ่มขึ้น หัวใจต้องปั๊มเลือดไปยังกล้ามเนื้อที่ออกกำลังกายเพิ่มขึ้นอย่างมากถึง 4 – 5 เท่าของภาวะปกติ กล้ามเนื้อหดตัวหลายมัดและต้องทำงานประสานกันเป็นจังหวะที่ต่อเนื่องอย่างเหมาะสม ตัวอย่างได้แก่ การเดิน การวิ่งเหยาะๆ การถีบจักรยาน การเต้นแอโรบิค การว่ายน้ำ เป็นต้น[30] ดังนั้น สิ่งที่ผู้สูงอายุ บอกเล่าในวงสนทนากลุ่ม หรือ จากการทำ KM ร่วมกันนั้น ได้เพียงเป็นกายบริหารเท่านั้น

การบริหารร่างกาย มีประโยชน์คือ เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับข้อต่อ ตลอดจนการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ เป็นการพัฒนาระบบการทำงานต่าง ๆ ของร่างกาย ให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น ทำให้การออกกำลังกายได้ผลดียิ่งขึ้น ช่วยในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หลังการออกกำลังกาย ช่วยในการลดอาการตึงเกร็ง ของกล้ามเนื้อ และ ช่วยในการลดอันตรายที่อาจจะเกิดกับกระดูก[30] ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่

พบว่า ผลของกายบริหารทำให้ผู้สูงอายุ ไม่ปวดเมื่อยเนื้อตัว และ สามารถที่จะทำกิจวัตรประจำวันได้คล่องแคล่วมากขึ้น

ผลของการติดตาม Intervention ที่ได้ดำเนินการในระยะเวลา 3 เดือน พบว่า ผู้สูงอายุ จำท่ากายบริหารไม่ได้ หรือ จำได้ไม่หมด ทั้งนี้เมื่อพิจารณาในส่วนของ กระบวนการชรา (aging process) พบว่า ในส่วนการทำงานของสมองโดยเฉพาะเรื่องความจำ การเรียนรู้สิ่งใหม่ และการรับรู้สัมผัสต่างๆ (sensory) ต่างๆ เช่นการมองเห็น การได้ยิน การรับรู้ เย็น ร้อน อ่อน แข็ง แหลม ทู่ จะด้อยลง ในด้านความจำพบว่าความจำระยะสั้นจะบกพร่องก่อนความจำระยะยาว[36] จำทำให้จดจำ เรื่องยากๆ หรือ มีความสลับซับซ้อนมากเกินไปไม่ได้ ดังจะเห็นได้จากผู้สูงอายุบางส่วนกล่าวว่า จำท่ากายบริหารได้ตั้งแต่สมัยที่เรียนประถมศึกษา

นอกจากนี้ เนื่องจาก ท่าที่ออกแบบร่วมกันกับชุมชน บางท่าอาจมีความสลับซับซ้อน และมีจำนวนท่ามากจนเกินไป(10 ท่า) การจัดทำ intervention ตามความต้องการและการมีส่วนร่วมของชุมชน ครั้งต่อไป อาจต้องมีการ คำนึงถึง aging process และ จะต้องมีการประเมินท่ากายบริหารร่วมกับผู้สูงอายุ และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพก่อนที่จะลงไปดำเนินการจริง ซึ่งในการศึกษาครั้งต่อไปอาจต้องใช้เวลาในการพัฒนารูปแบบมากขึ้น มีการปรับกิจกรรมให้พอเหมาะกับผู้สูงอายุ และต้องการเวลาในการติดตามมากยิ่งขึ้น

เพื่อแก้ปัญหา ความจำท่าทางการออกกำลังกาย ของผู้สูงอายุ ประเด็นของการใช้สื่อในการช่วยจำเพื่อให้ผู้สูงอายุ สามารถทำตามได้ หลังจากที่อบรมไปแล้ว เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่มีความสำคัญ ซึ่งอาจต้องมีการผลิตหรือสร้างสื่อที่มีความเหมาะสมต่อไป

## 4.4 ผลกระทบของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนา กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การศึกษาครั้งนี้ประเมินผลกระทบของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ในกลุ่มควบคุมและทดลอง ด้วยค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตหลังการดำเนินการ ในระยะเวลา 3 เดือน

แม้ว่า การศึกษาครั้งนี้ ได้ทำการประเมินก่อนหลังในกลุ่มควบคุม และกลุ่มควบคุม โดยพบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตของทั้งสองกลุ่ม มีคะแนนที่เพิ่มขึ้นซึ่งอธิบายได้ว่า ในกลุ่มควบคุม ได้มีกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ ตามปกติของสถานีอนามัย เช่น เรื่องของการเยี่ยมบ้าน การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน และในขณะที่ในกลุ่มทดลองนั้นได้มีกิจกรรมที่การทำงานปกติของสถานีอนามัย รวมถึงการเข้าไปทำกิจกรรมต่างๆ ของโครงการวิจัยตลอดเวลาของการศึกษา จึงอาจมีผลให้ คะแนนของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นจากเดิมได้

ผลกระทบของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ในกลุ่มควบคุมและทดลอง ด้วยค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตหลังการดำเนินการ พบว่า กลุ่มทดลองได้รับผลจากกิจกรรมแทรกแซง พิจารณาได้ 2 ส่วนคือ

ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติของ Social function และ คะแนนรวมของคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในส่วนของ Social function นั้น หมายถึงการทำหน้าที่ในสังคมของผู้สูงอายุ แม้ว่าจะมีปัญหาทางด้านกายหรือจิตใจ ก็ไม่มีผลต่อการเข้าสังคม ซึ่งการทำกิจกรรมต่าง ๆตลอดทั้งโครงการวิจัย ทำให้ผู้สูงอายุเองมีการติดต่อกันมากขึ้น และมีการแลกเปลี่ยนให้ความรู้ซึ่งกันและกัน ทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสูงขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภาพรวมของคุณภาพชีวิตของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพชีวิตที่สูงกว่ากลุ่มควบคุมและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งกิจกรรมแทรกแซงนี้ คือ รูปแบบของการส่งเสริมสุขภาพโดยการออกกำลังกาย และการให้สุขศึกษาโดยใช้วิธีการบอกต่อของแกนนำผู้สูงอายุในชุมชน พบว่าในส่วนของการออกกำลังกายนั้น มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chang, N. T.และคณะ[37] De champs A (38)และ Romero Zurita A [39] ที่พบกว่ากลุ่มทดลองที่ออกกำลังกาย มีผลต่อคุณภาพชีวิต สูงกว่ากลุ่มควบคุม ในขณะที่แกนนำผู้สูงอายุ ได้เผยแพร่ความรู้ และสอนท่าทางกายบริหาร ทำให้ผู้สูงอายุด้วยกัน มีความรู้มากขึ้น มีการปฏิบัติตัวดีขึ้น ทำให้มีคะแนนของคุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ Rana, A. K.[40] จากสมมติฐานของการวิจัย ที่ตั้งไว้คือ ในชุมชนที่ดำเนินการรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชนเองนั้น ผู้สูงอายุจะมีคะแนนคุณภาพชีวิตที่ดี (สูง) กว่า ในชุมชนที่ไม่ได้ ดำเนินการรูปแบบ การส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชนเอง ผลการศึกษาครั้งนี้ ได้พิสูจน์สมมติฐานได้ว่า สมมติฐานที่ตั้งไว้เป็นจริง