

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุในชุมชน

Effect of Social Support Program on Health Promotion Behaviors Among Community Dwelling Elderly

บังอรศรี จินดาวงศ์ (Bangonsri Jindawong)* ดร.ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ (Dr.Piyathida Kuhirunyaratn)^{1**}

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน จำนวนขนาดตัวอย่างได้ 177 คน โปรแกรมแทรกแซงคือการพัฒนาแกนนำผู้สูงอายุให้ไปสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในระยะเวลา 3 เดือน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และ 3) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยพนักงานสัมภาษณ์ที่ผ่านการอบรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Paired t-test ผลการศึกษาพบว่า หลังจากผู้สูงอายุได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ค่าเฉลี่ยการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมโดยแกนนำผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพนี้สามารถนำไปใช้ได้ในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกันเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุต่อไป

ABSTRACT

This One Group Pretest Posttest Design aimed to compare the mean scores of perceived social support and health promotion behaviors before and after receiving the intervention. The intervention was a training program for the elderly leaders to provide social support for the elderly in the community in order to promote their health within 3 months. The required sample size was 177. The study tool was a questionnaire composed of 3 parts: 1) general information; 2) perceived social support; and 3) health promotion behaviors. Data were collected by trained interviewees and analyzed using descriptive statistics and paired t-test. This study found that after the elderly in the community received a social support program the mean score of perceived social support and the mean score of health promotion behaviors increased with statistical significance. Based on these findings, a social support program by the elderly leaders on health promotion was effective in changing health promotion behaviors among the elderly in the community. This social support program is suggested to implement in a similar community context.

คำสำคัญ: การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ

Keywords: Social support, Health promotion behavior, Elderly

¹ Corresponding author: spiyat@kku.ac.th

*นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**รองศาสตราจารย์ ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

ในศตวรรษที่ 21 จำนวนและสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุ (อายุมากกว่า 60 ปี) ทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นรวดเร็ว กว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ เกือบทุกประเทศ มีผลกระทบต่อทุกด้านของสังคมอย่างกว้างขวาง ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้ว และ โดยเฉพาอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนาที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ซึ่งมีการเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างมาก ทั้งนี้เกิดจากความสำเร็จของนโยบายด้านสาธารณสุขและการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคม ที่ทำให้คนมีอายุคาดเฉลี่ยเพิ่มขึ้น จากการมีโภชนาการ สุขอนามัยทางการแพทย์ ความก้าวหน้าในการดูแลสุขภาพ การศึกษา และเศรษฐกิจที่ดีขึ้น รวมทั้งอัตราการเจริญพันธุ์ที่ลดลง [1-2]

ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร จำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และได้เข้าสู่ระยะที่เรียกว่า "สังคมสูงอายุ (Aged society)" ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 มีแนวโน้มอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชากรเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในปี 2511 คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพียง 59 ปี ต่อมาในปี 2561 เพศชาย มีอายุคาดเฉลี่ย 77 ปี และเพศหญิงมีอายุคาดเฉลี่ยถึง 80 ปี ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภาคที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด จังหวัดขอนแก่นมีประชากรผู้สูงอายุมากเป็นอันดับสองในภาคอีสาน [3] ในปี 2562 มีจำนวนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 เป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ [4] ในอำเภอเมือง ตำบลบ้านเป็ด ซึ่งเป็นชุมชนในเขตชานเมือง มีผู้สูงอายุมากเป็นอันดับสอง ซึ่งส่งผลกระทบต่อสภาพทางสังคม ภาวะเศรษฐกิจและการจ้างงาน ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรทางสุขภาพและสังคมของประเทศอย่างต่อเนื่องในระยะยาว รวมถึงสัดส่วนของประชากรสูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน นำไปสู่การเพิ่มขึ้นของประชากรที่อยู่ในวัยพึ่งพิง ทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ [5]

การสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ มีผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี [6] การได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสมและเพียงพอจะลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ [7] การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 [8] รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชนเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ โดยการทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มในชุมชน พบว่า กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 (พึ่งตนเองได้) คือจัดให้เข้าร่วมกิจกรรมสังคมอย่างต่อเนื่องในรูปของชมรมผู้สูงอายุ [9] ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้านแตกต่างกัน [10] Jang และคณะ ได้ทำการพัฒนาแบบจำลองศูนย์ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่มีผลต่อโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ในผู้สูงอายุเพศหญิง อายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 60 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน โดยใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม 6 ชั่วโมงต่อวัน สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 4 เดือน ในกลุ่มควบคุมมีการประเมินสุขภาพ ให้สุศึกษา ให้คำปรึกษา ออกกำลังกาย มี physical และ occupational therapy มีการดูแลเบื้องต้น มีนันทนาการ อาหารกลางวัน และมีบริการรับ-ส่ง ผลการศึกษา พบว่า โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมมีประสิทธิภาพมากในตัวแปรตามทุกตัว ทั้งสุขภาพร่างกาย ความรู้ด้านสุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิต และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ [11] จากทฤษฎีลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลง (Stage of change) [12] พบว่า ในขั้นการเตรียมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไม่ได้มีกำหนดเวลาที่แน่นอน โดยปกติแล้วจะใช้เวลาไม่นาน และจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) การรับรู้ถึงประโยชน์และการมีสิ่งชักนำ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ [13]

แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2559-2579) ในด้านผู้สูงอายุ ของกระทรวงสาธารณสุข [14] ได้กำหนดกิจกรรมให้มีการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพให้เข้าไปอยู่ในกิจกรรมของชุมชน ด้วยกระบวนการสุศึกษา มีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ ดำรงชีวิตประจำวันได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย โภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การจัดการความเครียด และการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ [15]

เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ประสิทธิภาพการทำงานของระบบต่าง ๆ ลดลง จึงอาจเกิดปัญหาสุขภาพได้มากกว่าวัยอื่น ๆ ข้อมูลจากการศึกษาในพื้นที่บ้านเป็ด พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุในวัยต้น (60-69 ปี) มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดจากทั้ง 6 ด้าน [16] จึงควรมีการจัดโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ที่ทำให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้อย่างเป็นอิสระและมีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงได้จัดทำการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ จะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงได้ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่สามารถนำไปปรับประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในชุมชน
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในชุมชน

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงทดลอง แบบวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pretest Posttest Design) สถานที่ศึกษาคือชุมชนบ้านเป็ด หมู่ 1 และ หมู่ 3 ต.บ้านเป็ด อ.เมือง จ.ขอนแก่น

ประชากรศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยในพื้นที่ ตำบลบ้านเป็ด หมู่ที่ 1 และ 3 อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เกณฑ์คัดออกคือ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต มีความพิการด้านสายตา ผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียง ไม่สามารถสื่อสาร และไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ กลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง sample size for before-after study (Paired T-test) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป [17]

โดยแทนค่า α (two-tailed) = 0.050 (threshold probability for rejecting the null hypothesis. Type I error rate $\alpha = Z_{\alpha} = 1.960$, $\beta = 0.20$ (probability of falling to reject the null hypothesis under the alternative hypothesis. Type II error rate. $\beta = Z_{\beta} = 0.842$, Effect size=0.05 และ Standard Deviation of the change in the outcome=0.238 จากการทบทวน

วรรณกรรมและการศึกษาของ ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ และคณะ [16] ได้จำแนกขนาดตัวอย่าง 177 ตัวอย่าง ผู้วิจัยรับสมัครผู้สูงอายุในชุมชน เข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยตลอดโครงการเป็นเวลา 3 เดือน ผู้วิจัยไม่ได้คำนวณขนาดตัวอย่างที่คาดว่าจะไม่ร่วมมือ หรือออกจากการศึกษาระหว่างการทดลอง เนื่องจากโปรแกรมแทรกแซงมีระยะเวลาสั้น (3 เดือน) จึงคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างที่น้อยที่สุด เพื่อเข้าสู่วิจัยการศึกษาเชิงทดลองตามหลักของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โปรแกรมแทรกแซง (Intervention)

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากแกนนำผู้สูงอายุที่ได้รับการอบรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีของการสนับสนุนทางสังคมของ House [18] ซึ่งกล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้และความเป็นจริงที่เราได้รับการดูแล ได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น และเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายสังคมที่สนับสนุน การสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกเป็นสี่แนวคิด ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านข้อมูล (Informational support) 2) การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Tangible support) เป็นการจัดหาสินค้าและบริการที่จำเป็นต้องได้หรือการช่วยเหลือที่จำเป็นต้องได้ 3) การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal support) เป็นการสื่อสารข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตนเอง และ 4) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) ได้แก่ การดูแลเอาใจใส่ ความรักและความไว้วางใจ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพ เช่น ช่วยปรับความคิดและพฤติกรรม ช่วยให้รู้สึกว่ามีคุณค่า และผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การลดและเลิกบุหรี่ [19] ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้ จึงให้ความสำคัญกับการสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายทางสังคมโดยแกนนำผู้สูงอายุที่เป็นเพื่อนผู้สูงอายุ ซึ่งเพื่อนบ้านหรือเพื่อนผู้สูงอายุ จะให้การสนับสนุนทางสังคมในด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านอารมณ์ ที่ทำให้ผู้สูงอายุด้วยกันสามารถที่จะมีปฏิสัมพันธ์กัน รับรู้และเข้าถึงได้ง่าย และเหมาะสำหรับการให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร ที่ผู้สูงอายุเลือกที่จะเชื่อ หรือฟังจากเพื่อนบ้าน ของตนเองมากกว่าบุตรหลาน ครอบครัวซึ่งจะให้การสนับสนุนทางด้านอื่นๆ มากกว่า เช่น ด้านการเงิน [20] จึงทำให้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมแทรกแซง (Intervention) นี้

ในส่วนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ใช้แนวคิดของ Pender [21] ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นหนทางที่ดีที่สุดในการดูแลสุขภาพในชุมชน การจัดโปรแกรมในชุมชน เน้นกิจกรรมที่สามารถเพิ่มความอยู่ดีมีสุขของผู้คน เนื่องจากการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคสามารถดำเนินการได้ง่ายในชุมชนเมื่อเทียบกับโปรแกรมที่มุ่งรักษาโรค จากการศึกษาของปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ และคณะพบว่า ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเป็ด จังหวัดขอนแก่น มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย และความรับผิดชอบต่อสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย [16] เพื่อให้การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องและแก้ไขช่องว่างที่ผู้สูงอายุยังไม่สามารถสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องและส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมโดยใช้แกนนำผู้สูงอายุและชุมชนมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง โดยการสร้างความรู้สึกมีคุณค่า จะส่งผลให้โครงการประสบความสำเร็จในชุมชน [22]

ขั้นตอนของโปรแกรมแทรกแซง มีดังนี้

1. สร้างแกนนำผู้สูงอายุด้านการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อเข้าไปสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุในชุมชน โดยแกนนำผู้สูงอายุ มีเกณฑ์ในการรับเข้าคือ อายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในหมู่ 1 และ หมู่ 3 ตำบลบ้านเป็ด จำนวน 60 คน ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมโครงการ สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ดี และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทั้ง 3 ครั้ง

หน้าที่ของแกนนำผู้สูงอายุด้านการส่งเสริมสุขภาพ

1) เข้าร่วมกิจกรรมของโครงการทั้งหมด 3 ครั้ง

2) ให้การสนับสนุนทางสังคมด้านการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในชุมชน เลือกผู้สูงอายุที่ตนเองจะไปสนับสนุนทางสังคม 2-3 คน อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งต่อคน (ผู้สูงอายุ 1 คน ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้วยการเยี่ยมบ้านจากแกนนำอย่างน้อย 3 ครั้ง) ตามรายชื่อของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่สมัครเข้าสู่โครงการวิจัย ตามจำนวนที่คำนวณได้ จนกระทั่งผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีแกนนำไปสนับสนุนทางสังคมด้านการส่งเสริมสุขภาพครบทุกคน

วิธีการสนับสนุนทางสังคมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ การไปเป็นเพื่อน การให้ข้อมูลข่าวสารด้านการสร้างเสริมสุขภาพ โดยแกนนำให้คำแนะนำ สาธิตและฝึกปฏิบัติร่วมกันกับผู้สูงอายุที่บ้าน ในการไปเยี่ยมแต่ละครั้ง ผู้วิจัยได้มีการฝึกปฏิบัติและทดสอบความเข้าใจในเรื่องของความรู้ เพื่อให้มั่นใจว่าแกนนำสามารถให้ข้อมูลได้อย่างถูกต้องและครบถ้วนได้มาตรฐานเดียวกันทุกคน

2. กิจกรรมการพัฒนาแกนนำผู้สูงอายุ

กิจกรรมครั้งที่ 1 การให้ความรู้และพัฒนาแกนนำผู้สูงอายุ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์คือ เพื่อให้แกนนำผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเรื่อง โภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องจิตอาสา/จิตบริการ พัฒนาทักษะวิธีการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโดยการสร้างเครือข่าย โดยมีกิจกรรมที่สำคัญคือ (1) บรรยายเรื่อง โภชนาการ อาหารที่มีคุณค่าและเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ อาหารหลัก 5 หมู่ อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง (2) การออกกำลังกายแบบเบาะเบาะ 5 ท่าการบริหารร่างกาย เรียนรู้การยืดเหยียด (แนะนำ กระตุ้น เตือนใจให้ยืดเหยียด) (3) การประเมินความเครียดด้วยตนเอง การประเมินความเครียดในสองสัปดาห์ที่ผ่านมา การทำสมาธิเพื่อคลายเครียด (4) การพัฒนาด้านจิตอาสา เป็นการสร้างให้มีจิตอาสาในชุมชน โดยมีแนวคิดที่ผู้สูงอายุมีคุณค่า ทำแล้วมีความสุข เป็นการเล่าสู่กันฟัง “การทำความดีแล้วมีความสุข” ทำแล้วเกิดประโยชน์อย่างไรบ้าง เพื่อสร้างแรงจูงใจให้อยากทำ จิตอาสา/จิตบริการ และ (5) บรรยายและฝึกปฏิบัติ เรื่อง การพัฒนาแกนนำในกิจกรรม “การเกาะประตูดามไถ่ เปิดประตูใจ” ให้เป็นตัวขับเคลื่อนให้ผู้สูงอายุในชุมชน มีความสามารถสร้างเสริมสุขภาพได้ เพื่อให้เกิดแรงจูงใจ ทำให้อยากทำ ตั้งใจทำ เป็นการถามไถ่ และวางแผนแนะนำเพื่อน นอกจากนี้มีการทบทวน การให้ความรู้และคำแนะนำในเรื่องโภชนาการและการออกกำลังกาย หลังการฝึกอบรม มีการทบทวนและฝึกปฏิบัติจนได้มาตรฐานเดียวกัน

กิจกรรมครั้งที่ 2 การพัฒนาแกนนำผู้สูงอายุ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ มีวัตถุประสงค์คือ เพื่อให้ผู้เข้าประชุมได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์จากการดำเนินการกิจกรรม และ เสริมสร้างพลังในการพัฒนาทักษะในการสนับสนุนทางสังคมด้านการส่งเสริมสุขภาพ มีกิจกรรมคือ (1) แบ่งกลุ่มย่อย ให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เล่าสู่กันฟัง ว่าใช้ “การเกาะประตูดามไถ่ เปิดประตูใจ” แล้ว เป็นอย่างไรในเรื่องประสบการณ์/การแก้ปัญหา/เทคนิคที่ใช้ (2) ทบทวนการฝึกปฏิบัติ โดยการลองจับคู่กันลองฝึกให้คำแนะนำ และการชักชวนกันออกกำลังกาย (3) แบ่งกลุ่มย่อย ให้นำเสนอ ความรู้สึกที่ได้จาก

การเป็นจิตอาสา การบอกเล่าความรู้สึกในการได้ทำประโยชน์ และติดตามกิจกรรมที่ได้แนะนำไป (4) เสริมสร้างพลัง ให้กำลังใจ กระตุ้นเตือนให้เกิดความต่อเนื่อง ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

กิจกรรมครั้งที่ 3 การพัฒนาแกนนำผู้สูงอายุ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ มีวัตถุประสงค์คือเพื่อสรุปและประเมินผล การดำเนินการจัดกิจกรรมของโปรแกรมการพัฒนาแกนนำในการสนับสนุนทางสังคมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีกิจกรรมคือ (1) แบ่งกลุ่มของผู้สูงอายุเป็น 5 กลุ่มย่อย ตามชื่อท่าทางการออกกำลังกายกลุ่มที่ 1 ชื่อกลุ่มสวัสดิ์ กลุ่มที่ 2 ชื่อ กลุ่ม โม่แป้ง กลุ่มที่ 3 ชื่อกลุ่มถอดเถื่อ กลุ่มที่ 4 ชื่อกลุ่ม กรรเชียง กลุ่มที่ 5 ชื่อกลุ่มปล่อยพลัง (2) ให้แต่ละกลุ่มทำการไป จ่ายตลาด โดยผู้จัดได้เตรียมรูปภาพอาหารหลัก เป็นพืช ผัก ผลไม้ และเนื้อสัตว์ เช่น เนื้อหมู เนื้อปลา เนื้อไก่ เนื้อวัว ไข่ ให้ แต่ละกลุ่มมีผู้มาจ่ายตลาด จำนวน 2 คน แล้วให้เลือกรูปภาพอาหารไปเพื่อทำการปรุงเป็นอาหาร (3) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำเสนอผลจากการประชุมโดยให้แต่ละกลุ่มมานำเสนอโดยก่อนนำเสนอต้องบอกชื่อกลุ่มและทำการออกกำลังกายใน ท่าทางตามชื่อกลุ่มก่อนการนำเสนอ โดยเลือกกลุ่มที่มีความพร้อมก่อนไม่ได้เรียงลำดับ ให้ผู้สูงอายุนำเสนอว่าปรุงเป็น อาหารชื่ออะไร ประกอบด้วยสารอาหารหมู่ใดบ้าง (4) สรุปผลการดำเนินการกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ ที่ได้รับตามรายชื่อ ข้อเสนอแนะ ปัญหา อุปสรรคที่พบ และการแก้ไข

3. การติดตามและควบคุมกำกับโปรแกรมแทรกแซง

ในช่วงของการดำเนินการ ผู้วิจัยได้ติดตามการดำเนินงานของแกนนำฯ โดยการให้แกนนำฯ ที่เข้าร่วมโครงการ ดำเนินการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุในชุมชน ด้านการส่งเสริมสุขภาพ โดยการมอบโปสเตอร์ธงโภชนาการและแบบ บันทึกรับการสนับสนุนทางสังคม พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจเพื่อให้แกนนำฯ ไปสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุในชุมชน และผู้วิจัยได้ทำการวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ทั้งก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมแทรกแซงจากการวิจัยในครั้งนี้ด้วย

4. บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนที่สมัครเข้าร่วมโครงการ

ผู้สูงอายุในชุมชนที่สมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย จะได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านการส่งเสริมสุขภาพจากแกน นำฯ ที่ผ่านการอบรมแล้วที่บ้าน โดยไม่มีสิ่งแทรกแซงอื่น ๆ นอกเหนือจากนี้จากโครงการวิจัย

การวัด (Measurement)

เครื่องมือที่ใช้วัด มี 2 ชนิด ได้แก่ 1) แบบประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม (Perceived Social Support) ซึ่ง ได้ถูกแปลเป็นภาษาไทย และมีการทบทวนความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญ และมีค่าความเที่ยง Cronbach's alpha 0.87 [23] ประกอบด้วย 25 ข้อคำถาม คำตอบแต่ละข้อเป็นการเลือกตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert's rating scale) 3 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และเห็นด้วย เกณฑ์การให้คะแนน สำหรับข้อความเชิงบวก ไม่เห็นด้วย=1 ไม่แน่ใจ=2 และเห็นด้วย=3 ข้อความเชิงลบ ไม่เห็นด้วย=3 ไม่แน่ใจ=2 และเห็นด้วย=1 การแปลค่าคะแนน พิจารณาจาก ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มตัวอย่าง ถ้าคะแนนเท่ากับหรือมากกว่าค่าเฉลี่ยแสดงว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมใน ระดับสูง ถ้าคะแนนน้อยกว่าค่าเฉลี่ย แสดงว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ คะแนนที่สูงบ่งบอกว่ามีระดับ ของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่สูงกว่า และ 2) แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการดำเนิน ชีวิตประจำวัน (Health promoting life style profile II) [24] ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้เรียกว่า แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพ ซึ่งวัดใน 6 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) โภชนาการ (Nutrition) การทำกิจกรรมและ การออกกำลังกาย (Physical activity) การจัดการความเครียด (Stress management) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

(Interpersonal relations) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spiritual growth) โดยมีการวัดพฤติกรรมออกเป็น 4 ระดับคือ 1 ไม่เคย 2 บางครั้ง 3 บ่อยครั้ง และ 4 เป็นประจำ การคิดคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยรวมให้ถ่วงน้ำหนักเฉลี่ยจากคำถามทั้งหมด 52 ข้อ ซึ่งแบบประเมินพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพนี้ได้ผ่านการทบทวน และตรวจสอบความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญ และมีความเที่ยง Alpha-Cronbach coefficient คิดเป็น 0.92 [15]

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล (Data collection and analysis)

การศึกษานี้ ทำการวัดการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ก่อนและหลังการให้โปรแกรมแทรกแซง (Intervention) โดยทำการวัดกับผู้สูงอายุในชุมชนก่อนการจัดโปรแกรมแทรกแซง 1 สัปดาห์ และ 1 เดือนหลังจากจัดกิจกรรมครั้งที่ 3 เก็บข้อมูลโดยพนักงานสัมภาษณ์ที่ผ่านการอบรมจากคณะผู้วิจัยแล้ว เป็นอย่างดี จากนั้นทำการบันทึกข้อมูลโดยใช้เทคนิค Data double entry เพื่อให้เพิ่มความถูกต้องและแม่นยำในการนำข้อมูลเข้าโดยกำหนดรหัสผู้สูงอายุ ที่จะทำการวัด ก่อนและหลังการศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติวิเคราะห์ ใช้ Kolmogorov-Smirnov test เพื่อทดสอบการกระจายของข้อมูลการได้รับการสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และใช้ Paired t-test เพื่อทดสอบความเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยคะแนนสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE611128

ผลการวิจัย

ข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

อัตราการเข้าร่วมคิดเป็นร้อยละ 100 ทั้งก่อนและหลังโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง โดยทั่วไป พบว่า อาสาสมัครผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 71.26 ± 7.98 ปี โดยส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุ มีสถานภาพสมรส จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และร้อยละ 64.4 มีผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ (n=177)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	65	36.7
หญิง	112	63.3
อายุ (ปี) เฉลี่ย $\pm$ SD	71.26 $\pm$ 7.98 ปี	อายุน้อยสุด 60 ปี อายุสูงสุด 89 ปี
สถานภาพสมรส		
โสด	5	2.8
คู่	103	58.5
หม้าย	65	36.9

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ (n=177) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
หย่า/แยก	3	1.7
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	1	0.6
ประถมศึกษา	157	91.3
มัธยมศึกษา	11	6.4
อุดมศึกษา	3	1.7
ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว		
มี	114	64.4
ไม่มี	63	35.6

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมก่อน-หลังการดำเนินการตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

จากการดำเนินการ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยแกนนำผู้สูงอายุตามโปรแกรมด้านการส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านการอบรมจากโครงการวิจัย ได้ไปเยี่ยมบ้าน หรือร่วมทำกิจกรรมกับผู้สูงอายุและสนับสนุนทางสังคมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ทำการประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมก่อน-หลังการดำเนินการตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ในประเด็นของการได้รับความรักใคร่ผูกพัน การได้รับการยอมรับและการเห็นคุณค่าในตนเอง การได้เอื้อประโยชน์หรือช่วยเหลือผู้อื่น การได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำต่าง ๆ และคะแนนเฉลี่ยของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมก่อน-หลังการดำเนินการตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน (n=177)

ระดับการสนับสนุนทางสังคม	ก่อนการดำเนินการ		หลังการดำเนินการ		p-value
	mean	SD	mean	SD	
1. ด้านการได้รับความรักใคร่ผูกพัน	2.79	0.23	2.85	0.26	0.034*
2. ด้านการได้รับการยอมรับและการเห็นคุณค่าในตนเอง	2.56	0.33	2.64	0.39	0.048*
3. ด้านการได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม	2.63	0.31	2.69	0.30	0.087
4. ด้านการได้เอื้อประโยชน์หรือช่วยเหลือผู้อื่น	2.55	0.33	2.65	0.36	0.008*
5. ด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำต่างๆ	2.69	0.31	2.78	0.32	0.005*
การได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	2.64	0.20	2.72	0.26	0.002*

* สถิติ Paired t test มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05



พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ก่อนและหลังการดำเนินการตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุในชุมชน

ผลการศึกษาเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ก่อน-หลังพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ พฤติกรรมในด้านโภชนาการ การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ก่อนและหลังการดำเนินการตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน (n=177)

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ก่อนการดำเนินการ		หลังการดำเนินการ		p-value
	mean	SD	mean	SD	
1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) การปรึกษาแพทย์ การดูแลสุขภาพ การตรวจร่างกายเพื่อหาความผิดปกติ	2.52	0.45	2.55	0.50	0.562
2. โภชนาการ (Nutrition) การรับประทานอาหารถูกส่วนตามหลักโภชนาการ และรับประทานอาหารครบทุกมื้อ	2.09	0.05	2.44	0.05	<0.001*
3. การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย (Physical activity) การออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ เวลา และความหนัก (Intensity) เพียงพอ	2.91	0.38	3.07	0.34	<0.001*
4. การจัดการกับความเครียด (Stress management) จัดการความเครียดได้ ขอมรับความเปลี่ยนแปลง นอนหลับพักผ่อนเพียงพอ จัดเวลาพักผ่อนได้เหมาะสมผล	2.78	0.56	2.98	0.45	0.001*
5. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relations) มีกิจกรรมสังคม มีเพื่อนรับรู้ความต้องการของตนเอง จัดการแก้ปัญหา และประนีประนอมช่วยเหลือผู้อื่น	2.86	0.49	2.99	0.45	0.020*
6. การพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ (Spiritual growth) มีเป้าหมายชีวิต พึ่งพอใจในชีวิต มีสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ	2.78	0.45	2.91	0.38	0.006*
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	3.19	0.43	3.38	0.41	<0.001*

* สถิติ Paired t-test มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลและอภิปรายผลการวิจัย

โปรแกรมแทรกแซงในการศึกษานี้พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีของการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งหมายถึง การสื่อสารทางวาจาและอวัจนภาษา (Verbal and nonverbal communication) ระหว่างผู้รับและผู้ให้ ที่ช่วยลดความไม่แน่นอนเกี่ยวกับสถานการณ์ ด้วยตนเอง ด้วยคนอื่น ๆ หรือความสัมพันธ์ และการทำหน้าที่เพื่อเพิ่มการรับรู้ของการควบคุมส่วนบุคคลในประสบการณ์ชีวิตของคน ๆ หนึ่ง [25] โดยการสนับสนุนทางสังคมนี้ ในผู้สูงอายุจะมีผู้สนับสนุนทางสังคม จากเครือข่ายทางสังคม (Social network) ของผู้สูงอายุเอง ซึ่งจะประกอบด้วยบุคคลในครอบครัว เพื่อนผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคคลในชุมชน จากการศึกษาของ Kahirunyaratn et al [20] พบว่าจำนวนของเพื่อนผู้สูงอายุ มีอิทธิพลต่อการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านความรู้สึกมีคุณค่า ทำให้รู้สึกมีเพื่อนทำกิจกรรมต่างๆ ได้รับการสนับสนุนความรู้ ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ มีเพื่อนเป็นผู้ฟังที่ดี ช่วยลดความเครียด ช่วยลดภาวะซึมเศร้า [26] การวิจัยครั้งนี้จึงได้พัฒนาโปรแกรมแกนนำผู้สูงอายุ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ขึ้นโดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีดังกล่าว ซึ่งผลการศึกษาพบว่า เมื่อแกนนำได้ทำกิจกรรมสนับสนุนทางสังคมกับผู้สูงอายุที่ตนเองรับผิดชอบ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ประเด็นของการได้รับความรักใคร่ผูกพัน การได้รับการยอมรับและการเห็นคุณค่าในตนเอง การได้เอื้อประโยชน์หรือช่วยเหลือผู้อื่น การได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำต่าง ๆ อย่างไรก็ตามในส่วนของการได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม คะแนนเฉลี่ยของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่มีนัยสำคัญ ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมแทรกแซงในครั้งนี้ไม่ได้กำหนดให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการดำเนินการ ทำให้ไม่มีโอกาสได้ทำกิจกรรมที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม และส่วนรวม เป็นกลุ่มที่ถูกชวนทำกิจกรรมมากกว่า

การศึกษานี้พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีการคะแนนเฉลี่ยเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ พฤติกรรมในด้านโภชนาการ, การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย, การจัดการกับความเครียด, ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล, การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับ การศึกษาของ Harvey et al [27] ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และมีทัศนคติทางบวกกับการสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุหญิงยังคงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น การออกกำลังกาย การเลิกสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางสารอาหาร เป็นต้น นอกจากนี้ ยังพบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะช่วยลด การเกิดพฤติกรรมเสี่ยงในบุคคล [28]

อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะในประเด็น ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) โดยการปรึกษาแพทย์ การตรวจร่างกายเพื่อหาความผิดปกติ ระดับคะแนนเฉลี่ยก่อน-หลังการได้รับโปรแกรมแทรกแซง ไม่เปลี่ยนแปลง ทั้งนี้เนื่องจากเป็นผลของความสูงอายุ (ความชรา) ที่มีผลต่อการปรับตัว ทำให้มีความสามารถในการรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองลดลง เช่น การเดินทางไปรับบริการที่สถานบริการ การเดินทางไปพบแพทย์ การฟังหรืออ่านผลการตรวจสุขภาพ การจัดยากินเอง ซึ่งประเด็นนี้ทำให้ผู้สูงอายุจำเป็นต้องพึ่งพาบุคคลอื่น โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัว ซึ่งเป็นบุคคลที่มีหน้าที่หลักในการดูแลเรื่องสุขภาพ และการให้การสนับสนุนด้านการรักษาและการเงิน [20] มากกว่าที่จะได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนผู้สูงอายุ

การศึกษานี้ทำการศึกษาโดยการทดลองและวัดก่อน-หลังในอาสาสมัครกลุ่มเดียว อาจมีผลต่อผลลัพธ์ของการศึกษาที่อาสาสมัครอาจมีความเกรงใจในเรื่องของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

นอกจากนี้ และในระยะเวลา 3 เดือนของการทดลองอาสาสมัครอาจได้รับความรู้ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพจากแหล่งอื่น ๆ ด้วย ซึ่งอาจมีผลต่อผลลัพธ์ของการศึกษาได้เช่นกัน อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้มีจุดแข็งคืออัตราการตอบรับร้อยละ 100 ซึ่งโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมโดยการฝึกอบรมแกนนำผู้สูงอายุด้านการส่งเสริมสุขภาพนี้ อาจนำไปประยุกต์ใช้ได้ในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนพัฒนาผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมทั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อไป

สรุปผลการวิจัย

ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนโดยแกนนำผู้สูงอายุ มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพหลังการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้สูงอายุทุกท่านที่เข้าร่วมในการวิจัย และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ทำให้การวิจัยสำเร็จ ลุล่วงด้วยดี รวมถึงคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Ageing report.pdf [Internet]. [Cited 2019 Dec 8]; Available from: <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ageing%20report.pdf>
2. WHO. Ageing. [Internet]. [cited 2019 Dec 8]; Available from: <http://www.who.int/topics/ageing/en/>
3. Department of provincial administration. [Internet]. [cited 2020 Mar 10]; Available from: <http://www.dop.go.th/th/known/1/238>
4. Khon Kaen province statistic office. [Internet]. [cited 2020 Mar 10]; Available from: http://khonkaen.nso.go.th/index.php?option=com_content&view=article&catid=131&id=310
5. Foundation of the Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI). Situation of the Thai elderly 2018. Prasartkul P, ed. Bangkok: Printery Co.,Ltd; 2019.
6. Ashida S, Heaney CA. Differential associations of social support and social connectedness with structural features of social networks and the health status of older adults. J Aging Health. 2008; 20(7): 872-893.
7. Lee PS, Lee YM, Lim JY, Hwang RI, Park EY. The relationship of stress, social support and depression in the elderly. J Korean Acad Nurs. 2004; 34(3): 477-484.
8. Jitsopakul N. Factors related to health promotion behaviors of the elderly living in Moo 6 community, Tambon Bung San, Amphoe Onkkarak, Changwat Nakhon Nayok. Pathumthani University Academic Journal. 2014; 6(3): 171-178.



9. Poonpanich Y, Uthaisaengphaisan S. Community health care promotion: preparing for aged society. *Journal of Health Science*. 2014; 23(2): 226–238.
10. Sarnsang C, Rattanapunya S. A study of quality of life of elders in the elderly school, Thungkhawpuang sub-district, Chiang Dao district, Chiang Mai province. *Thai Science and Technology Journal* 2019; 27(5): 965-974.
11. Jang PO, So HS. Model development of an elderly health promotion center: the effect of a social support program at a community health center. *J Korean Acad Nurs*. 2004; 34(5): 781-790.
12. Queensland health: Queensland government. Stage of behavior change. [Internet]. [cited 2020 Mar 10]; Available from: https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0026/425960/33331.pdf
13. Health belief model. [Internet]. [cited 2020 Mar 10]; Available from: https://www.med.uottawa.ca/courses/epi6181/images/Health_Belief_Model_review.pdf
14. Strategy and planning division (SPD), Ministry of public health. Twenty-year national strategic plan for public health (2017-2036) First revision 2018. [Internet]. [cited 2019 Dec 8]; Available from: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/EbookMOPH20yrsplan2017Eng.pdf
15. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research* 1987; 36(2): 76–81.
16. Kuhirunyaratn P, Ratanasiri A, Jindawong B, Natiboot P, Watchanapan L, Junthakhun C, et al. Health promotion behaviors of elderly living in an urban community of Khon Kaen province. *Srinagarind Med J* 2018; 33(2): 153-160.
17. Rosner B. *Fundamentals of Biostatistics*. 4th ed. Duxbury Press; 1995. Page 221. [Internet]. [cited 2020 Jan 8]; Available from: <http://www.sample-size.net/sample-size-study-paired-t-test/>
18. House JS. *Work stress and social support*. Addison-Wesley, Reading, MA: 1981.
19. Callaghan P, Morrissey J. Social support and health: A review. *J Adv Nurs* 1993; 18(2): 203-210.
20. Kuhirunyaratn P, Pongpanich S, Somrngthong R, Love EJ, Chapman RS. Social support among elderly in Khon Kean Province, Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2007; 38(5): 936-946.
21. Gonzalo A. Nola Pender: Health promotion model. [Internet]. [cited 2020 Mar 10]; Available from: <https://nurseslabs.com/nola-pender-health-promotion-model/#Conclusion>
22. Health service executive. The health promotion strategic framework: main report. [Internet]. [cited 2020 Mar 10]; Available from: https://www.healthpromotion.ie/hp-files/docs/HPSF_HSE.pdf
23. Kuhirunyaratn P. Strengthening social support among the elderly in Khon Kaen province, Thailand. Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy program in public health, Chulalongkorn University, 2006.
24. Health-Promoting Lifestyle Profile II _website_PDF.pdf [Internet]. [cited 2017 Apr 23]; Available from: http://www.brandeis.edu/roybal/docs/Health-Promoting%20Lifestyle%20Profile%20II%20_website_PDF.pdf



25. Linking Health Communication with Social Support. Kendall Hunt Publishing Co; 2011. [Internet] [cited 2019 Dec 23]; Available from: https://www.academia.edu/6399524/Social_Support_Chapter_Learning_Objectives_Chapter_6_Linking_health_Communication_with
26. Silverman P, Hecht L, McMillin JD. Modeling life satisfaction among the aged: a comparison of Chinese and Americans. *J Cross Cult Gerontol*. 2000; (15)4: 289-305.
27. Harvey IS, Alexander K. Perceived Social Support and Preventive Health Behavioral Outcomes among Older Women. *J Cross Cult Gerontol*. 2012; 27(3): 275–290.
28. Greaney ML, Puleo E, Sprunck-Harrild K, Haines J, Houghton SC, Emmons KM. Social Support for Changing Multiple Behaviors: Factors Associated With Seeking Support and the Impact of Offered Support. *Health Educ Behav*. 2018; 45(2):198-206.