

# ผลของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อสุขภาพผู้สูงอายุ “ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 9 ด้าน ในพื้นที่นำร่อง อำเภอห้วยตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ

กาญจนาพร ธนะปาน<sup>1</sup>, พาศิษฐ์ บาโด<sup>1</sup>, ภัทธลภา สุคำภา<sup>1</sup>, สุภาภรณ์ สุตินทร<sup>2</sup>, ณัฐกมล ผดเวา<sup>1</sup>

<sup>1</sup> มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ

<sup>2</sup> โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำพระ จังหวัดอำนาจเจริญ

## บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและประเมินผลภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุเป็นการศึกษาเชิงทดลองโดยใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้รูปแบบการป้องกันความเสี่ยง “ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ซึ่งมุ่งเน้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ 9 ด้าน และอยู่ในกลุ่มติดสังคม คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 38 คน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากมีผู้สนใจเข้าร่วมมากกว่าที่กำหนด จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 41 คน การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างวันที่ 9 สิงหาคม - 6 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 โดยใช้แบบคัดกรอง แบบบันทึกภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ paired t-test และ Wilcoxon signed rank test เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ ผลการศึกษาพบว่า ภาวะสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การเดินและการทรงตัวในเกณฑ์เสี่ยงลดลงจากร้อยละ 34.15 เป็นร้อยละ 2.44 ภาวะสายตาในเกณฑ์มีปัญหาลดลงจากร้อยละ 60.98 เป็นร้อยละ 4.88 สมรรถภาพสมองในระดับไม่ปกติของผู้สูงอายุที่มีการศึกษาประถมศึกษาลดลงจากร้อยละ 33.33 เหลือร้อยละ 2.78 สุขภาวะช่องปากในเกณฑ์ไม่เหมาะสมลดลงจนอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมทั้งหมด ภาวะการกลืนลำบากลดลงจากร้อยละ 19.51 จนไม่พบภาวะการกลืนลำบาก ภาวะซึมเศร้าในเกณฑ์มีความเสี่ยงลดลงจากร้อยละ 24.40 ไม่พบภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การออกกำลังกายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 46.34 หลังการเข้าร่วมผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นทั้งหมด และพฤติกรรมบริโภคอาหารในเกณฑ์เสี่ยงลดลงจากร้อยละ 85.37 เหลือร้อยละ 7.32 ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อสุขภาพผู้สูงอายุ มีประสิทธิผลในการส่งเสริมภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุ ใช้ในการพัฒนานโยบายและประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชนและประเทศเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ; ความเสี่ยง 9 ด้าน; รูปแบบการป้องกันความเสี่ยง; ภาวะสุขภาพ; พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

วันรับ: 17 ม.ค. 2568

วันแก้ไข: 23 ก.พ. 2568

วันตอบรับ: 26 ก.พ. 2568

## บทนำ

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางประชากรที่สำคัญ เนื่องจากมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลของสำนักรสถิตแห่งชาติในปี พ.ศ. 2566 พบว่าประชากรไทยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวนถึง 13.64 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19.5 ของประชากรทั้งหมด<sup>(1)</sup> นอกจากนี้ คาดการณ์ว่าประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (super aged society) ที่มีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 32.1 ภายในปี พ.ศ. 2570<sup>(2)</sup> การเปลี่ยนแปลงนี้สร้างความท้าทายต่อระบบการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่ต้องการการดูแลและการสนับสนุนที่เหมาะสมเพื่อให้อยู่ได้อย่างมีคุณภาพในสังคม มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพที่ดีและความเป็นอยู่ที่ดีให้กับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพหลายประการ เช่น การหกล้ม โรคสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า และภาวะการขาดสารอาหาร ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างรุนแรง Sustainable Development Goal 3 (SDG 3) จึงตั้งเป้าหมายสำคัญในการลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคที่ป้องกันได้ รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพจิตให้แก่ผู้สูงอายุและประชาชนทุกกลุ่มวัย การให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุจึงเป็นหนึ่งในเป้าหมายที่ต้องการให้บรรลุ โดยมุ่งลดภาวะการเจ็บป่วยและส่งเสริมสุขภาพในทุกๆ มิติ ซึ่งตามข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกระบุว่า ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและมีการดูแลที่ดีจะมีชีวิตที่ยืนยาวและมีคุณภาพสูงซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของ SDG 3 ในการยกระดับสุขภาพของผู้สูงอายุให้สามารถมีชีวิตที่ดีขึ้นได้ทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นการพัฒนาและส่งเสริมโปรแกรมต่างๆ เช่น การออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้ม การฝึกสมองเพื่อชะลอภาวะสมองเสื่อม และการส่งเสริมสุขภาพจิตจึงเป็นการดำเนินการที่สอดคล้องกับ SDG 3 เพื่อสร้างสังคมที่มีสุขภาพดีและยั่งยืนสำหรับทุกคน โดยเฉพาะผู้สูงอายุในชุมชน<sup>(3)</sup>

ในจังหวัดอำนาจเจริญโดยเฉพาะอำเภอห้วยตะพาน มีข้อมูลสำรวจที่ชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุในพื้นที่นี้อยู่ในกลุ่ม “ติดสังคม” คิดเป็นร้อยละ 87.41 ของผู้สูงอายุทั้งหมด อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุเหล่านี้ยังต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพ

หลายประการ เช่น ภาวะหกล้ม ภาวะซึมเศร้า และภาวะสมองเสื่อม และการมีพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสม อันส่งผลให้มีโรคอื่นตามมาในอนาคต การหกล้มเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุดที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และส่งผลให้เกิดอัตราการบาดเจ็บที่สูง<sup>(2)</sup> ในขณะเดียวกันภาวะซึมเศร้าก็ได้เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการซึมเศร้าและความเสื่อมของสมองสูงขึ้น<sup>(4)</sup> หากไม่มีการส่งเสริมผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ผู้สูงอายุเหล่านี้จะกลายเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียงได้ในอนาคต

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ ส่งผลให้ปัญหาด้านสุขภาพและโภชนาการของผู้สูงอายุได้รับความสนใจมากขึ้น เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ระบบต่างๆ ในร่างกายจะเริ่มเสื่อมถอย ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เผชิญกับภาวะถดถอย 9 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านความคิดและความจำ (2) ด้านการเคลื่อนไหวของร่างกาย (3) ด้านภาวะโภชนาการและการขาดสารอาหาร (4) ด้านการมองเห็น (5) ด้านการได้ยิน (6) ด้านภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (7) ด้านการกลืนบัสสาวะ (8) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ (9) ด้านสุขภาพช่องปาก<sup>(5)</sup>

ปัญหาหนึ่งที่พบมากในผู้สูงอายุคือการพลัดตกหกล้มซึ่งอาจนำไปสู่อาการบาดเจ็บรุนแรง เช่น กระดูกสะโพกหักหรืออุบัติเหตุทางสมอง จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พบว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุหกล้มทุกปี หรือคิดเป็นกว่า 3 ล้านราย โดยร้อยละ 20 ของผู้ที่หกล้มได้รับความเสี่ยงดังกล่าวทำให้อัตราการพิการและการเสียชีวิตของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญนอกจากปัญหาด้านร่างกาย สุขภาพจิตของผู้สูงอายุยังเป็นประเด็นที่สำคัญวัยสูงอายุเป็นช่วงแห่งการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายจิตใจ และสังคม ซึ่งอาจส่งผลให้อารมณ์แปรปรวนและเกิดภาวะซึมเศร้าได้ โดยพบว่าประมาณร้อยละ 7 ของผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า<sup>(7)</sup> นอกจากนี้ ภาวะสมองเสื่อมยังเป็นอีกหนึ่งปัญหาสุขภาพที่พบมากขึ้นตามอายุ โดยมีความชุกอยู่ที่ร้อยละ 6.8 ในผู้สูงอายุชาย และร้อยละ 9.2 ในผู้สูงอายุหญิง<sup>(6)</sup> ปัญหาด้านโภชนาการก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ จากข้อมูลการประเมินภาวะโภชนาการของกรมอนามัย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะอ้วนลงพุงถึงร้อยละ 66.0 ซึ่งเป็นผลมาจากพฤติกรรม

การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม<sup>(8)</sup> สถานการณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการดูแลสุขภาพและโภชนาการของผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

จากสภาพสังคมและครอบครัวที่เปลี่ยนไป พบว่า มีผู้สูงอายุอยู่คนเดียวเพิ่มมากขึ้นถึง ร้อยละ 12 และอยู่ลำพังกับคู่สมรสมากถึงร้อยละ 21.1 ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุขาดผู้ดูแลหลัก ทำให้เห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้มีระบบการดูแลตัวเองในผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ บูรณาการเป็นองค์รวม เป้าหมายที่สำคัญคือ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถลดอัตราการเจ็บป่วยให้น้อยลงในผู้สูงอายุ<sup>(4)</sup>

กรมอนามัยได้พัฒนารูปแบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้แนวคิด 4 Smart “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ประกอบไปด้วยการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้ม การทำกิจกรรมฝึกสมองเพื่อชะลอการเสื่อม การพบปะผู้คนเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต และการเลือกอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ<sup>(9)</sup> หากมีการนำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้ในอำเภอห้วยตะพาน เนื่องจากมีประชากรผู้สูงอายุจำนวนมาก จึงคาดการณ์ว่าการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จะช่วยแก้ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอห้วยตะพาน อีกทั้งจะสามารถมีข้อมูลเพื่อนำไปสู่การพัฒนานโยบายด้านสุขภาพที่เหมาะสมในประเทศไทยเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อสุขภาพผู้สูงอายุ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 9 ด้าน ในพื้นที่นาร่อง อำเภอห้วยตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ และเพื่อศึกษาผลของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อสุขภาพผู้สูงอายุ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 9 ด้าน ในพื้นที่นาร่อง อำเภอห้วยตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบ 4 Smart ต่อภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่นาร่อง อำเภอห้วยตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ เทียบกับแนวทางการดูแลสุขภาพเดิมในชุมชน ผลการศึกษาคาดว่าจะ เป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนานโยบายและขยายผลสู่การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับประเทศอย่างเป็นระบบ

## วิธีการศึกษา

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยใช้ออกแบบการทดลองแบบกลุ่มเดียว ทดสอบก่อนและหลัง

### ประชากร

ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งอาศัยอยู่ในอำเภอห้วยตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ ปี พ.ศ. 2567 รวม 1,404 คน โดยผ่านการประเมินความเสี่ยง 9 ด้าน และคัดกรอง ADL พบว่าอยู่ในกลุ่มติดสังคม

### กลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณหากกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนหลัง (one group pretest – posttest design) โดยใช้สูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่อิสระต่อกัน

หาค่าความแปรปรวนจากสูตร

$$\sigma^2 = \frac{SD_1^2 + SD_2^2}{2}$$

ใช้ค่าตัวแปรงานวิจัยของสุวิมล แสงเรือง และหน่วยงาน PCU โรงพยาบาลโกสุมพิสัย<sup>(10)</sup> ได้ค่าความแปรปรวน = 5.18 สูตรที่ใช้คำนวณหากกลุ่มตัวอย่าง

$$n = \frac{NZ^2_{\alpha/2} \sigma^2}{d^2(N-1) + Z^2_{\alpha/2} \sigma^2}$$

เมื่อกำหนดให้

n = ขนาดตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร

$Z^2_{\alpha/2}$  = ความเชื่อมั่นที่กำหนด  $\alpha=0.05$  ( $Z_{0.05/2}=1.96$ )

$\sigma^2$  = ความแปรปรวน

d = precision

ใช้ค่าตัวแปรจากงานวิจัยของสุวิมล แสงเรือง และหน่วยงาน PCU โรงพยาบาลโกสุมพิสัย<sup>(10)</sup> ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 38 คน เนื่องจากมีผู้สนใจเข้าร่วมมากกว่าที่กำหนด จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 41 คน

ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือก (inclusion criteria) กลุ่มตัวอย่างดังนี้

**เกณฑ์ในการคัดเลือก (inclusion criteria)**

1. เป็นผู้สูงอายุชายและหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการประเมินและพบว่ามีความเสี่ยง 9 ด้าน และเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมจากการประเมิน (Barthel activities of daily living; ADL)
2. อาศัย อยู่อำเภอห้วยตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ
3. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
4. เข้าใจภาษาไทย สามารถสื่อสารได้

**เกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria)**

1. มีโรคประจำตัวที่รุนแรง ที่อาจจะไม่สามารถเข้าร่วม เช่น ผู้พิการ หรือ โรคติดต่อร้ายแรง เป็นต้น
2. ผู้ที่มีโรคทางจิตเวช หรือผู้พิการทางจิตใจและพฤติกรรมที่รุนแรงและอยู่ระหว่างการใช้ยาทางจิตเวช

**เกณฑ์ยุติการเข้าร่วมการศึกษา (discontinuation criteria)**

1. ผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่ 1 ครั้ง และผู้วิจัยไม่สามารถพูดโน้มน้าวให้กลับเข้าร่วมกิจกรรมได้
2. ผู้สูงอายุที่ขอลอนตัวออกจากการวิจัยภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมมาได้ระยะหนึ่ง
3. ผู้วิจัยและครอบครัวของผู้สูงอายุเห็นสมควรว่าควรยุติการเข้าร่วม

**เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา**

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ย และการพักอาศัย
2. แบบสอบถามภาวะสุขภาพ
  - 2.1 ภาวะสุขภาพทางกาย
    - 1) การคัดกรองภาวะหกล้ม (TUG test): ใช้เวลาเดิน ≤10 วินาที ปกติ 11-20 วินาที เสี่ยงปานกลาง >20 วินาที เสี่ยงสูง
    - 2) คัดกรองสายตา: ทดสอบการมองเห็นจำนวน 5 ข้อโดยมีคำถาม ใช่กับไม่ใช่ และหากตอบใช่เพียง 1 ข้อ ส่งต่อให้กับทางแพทย์
    - 3) คัดกรองภาวะสมองเสื่อม (MMSE): แบ่งตามระดับการศึกษา โดยมีทั้งหมด 3 ระดับ โดยผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษามีจุดตัดคือ ต้องได้มากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน ผู้สูงอายุได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา มีจุดตัดคือ ต้องได้มากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน ผู้สูงอายุได้รับการศึกษาระดับสูงกว่า

- ประถมศึกษา มีจุดตัดคือ ต้องได้มากกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน
- 4) ประเมินช่องปาก: ใช้คะแนนรวมการทำความสะดวกอาดฟันและพฤติกรรมเสี่ยง หากคะแนนต่ำกว่าจุด 5 คะแนนเท่ากับผิดปกติ
  - 5) ภาวะกลืนลำบาก: มีอาการมากกว่า 4-6 ข้อ ส่งต่อให้กับทันตสาธารณสุข

**2.2 ภาวะสุขภาพทางจิต**

- 1) คัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q, 9Q): 2Q มีข้อใดข้อหนึ่งถือว่ามีความโน้มชึมเศร้า ต้องทำ 9Q ต่อ คะแนน 19 ขึ้นไป ถือว่าซึมเศรารุนแรง
3. พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
  - 3.1 การออกกำลังกาย: วัดเป็นนาทีต่อสัปดาห์ (≥150 นาที มีพฤติกรรมออกกำลังกายที่ดี)
  - 3.2 บันทึกการออกกำลังกาย: เยี่ยมบ้านกระตุ้นให้ปฏิบัติ
  - 3.3 การบริโภคอาหาร: ให้คะแนนจากคำถามเชิงบวก/ลบ หากคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 32 ต้องมีการปรับพฤติกรรมการบริโภค

**เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล**

นำไปสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 30 คน ผลที่ได้ไปวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงแบบสอบถามให้มีคุณภาพด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยหาค่า Cronbach alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 ซึ่งได้ตามเกณฑ์ที่ยอมรับได้ จากนั้นจึงปรับปรุงด้านภาษาในข้อคำถามเพิ่มเติมอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง

**การดำเนินการทดลอง**

**ขั้นตอนที่ 1** ลงเก็บข้อมูลก่อนการอบรม/จัดกิจกรรม (สัปดาห์ที่ 1 ก่อนการจัดกิจกรรม)

1. บันทึกการประเมินคัดกรองภาวะหกล้ม
2. การคัดกรองสุขภาพทางตา
3. การประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า
4. แบบคัดกรองผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์
5. การประเมินสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ
6. แบบประเมินพฤติกรรมบริโภคอาหาร
7. แบบประเมินพฤติกรรมออกกำลังกาย

**ขั้นตอนที่ 2** จัดหลักสูตร “ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม เสร้า กินข้าวอร่อย” ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 9 ด้าน (220 นาที) (สัปดาห์ที่ 2 จัดกิจกรรม)

**กิจกรรมที่ 1 ไม่ล้ม (45 นาที)**

- 1) การบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้สูงอายุ
- 2) แนะนำในการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผลการทดสอบที่ได้รับ “ยืดเหยียดพลังใจ ส่งเสริมผู้สูงอายุ ทำออกกำลังกายที่เหมาะสม”

**กิจกรรมที่ 2 ไม่ล้ม (45 นาที)**

- 1) การให้ความรู้ในเรื่องของการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของผู้สูงอายุ
- 2) กิจกรรมฝึกสมอง เกม จับคู่ภาพเหมือน

**กิจกรรมที่ 3 ไม่ล้ม เสร้า (45 นาที)**

- 1) การให้ความรู้เรื่องของภาวะล้มในผู้สูงอายุ
- 2) กิจกรรมที่ทำให้อารมณ์และจิตใจเป็นสุข ระบาย- สีสตามตัวเลข

**กิจกรรมที่ 4 กินข้าวอร่อย (45 นาที)**

- 1) การให้ความรู้เรื่องโภชนาการสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ
- 2) กิจกรรมกลอนอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีร่วมกับการออกกำลังกายที่ยืดเหยียด
- 3) สุขภาพฟันดีมีสุข

**ขั้นตอนที่ 3** เยี่ยมบ้านหลังการจัดกิจกรรม 3 สัปดาห์ โดยลงเยี่ยมบ้านจำนวน 3 สัปดาห์ต่อครั้ง เป็นจำนวน 4 ครั้ง (สัปดาห์ที่ 5 - 14 มีการลงพื้นที่ติดตาม)

1. แบบบันทึกพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการออกกำลังกายและการควบคุมอาหาร

2. สอบถามปัญหา ความกังวล และให้คำแนะนำ

**ขั้นตอนที่ 4** สัปดาห์ที่ 15 เก็บข้อมูลหลังจัดกิจกรรม

1. การประเมินผู้สูงอายุที่ทำกิจกรรม
2. บันทึกการประเมินคัดกรองภาวะหกล้ม
3. การคัดกรองสุขภาพทางตา
4. การประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า
5. แบบคัดกรองผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์
6. การประเมินสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ
7. แบบประเมินพฤติกรรมบริโภคอาหาร

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. จัดทำหนังสือขออนุญาตการเก็บรวบรวมข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ
2. รับสมัครอาสาสมัครเก็บข้อมูลซึ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำพระ อำเภอหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญในกลุ่ม อสม.
3. ชี้แจงทำความเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียดก่อนการเก็บข้อมูลและการคัดกรองแก่ อสม.
4. ดำเนินการเก็บข้อมูลตามแผนที่กำหนดก่อนและหลังการวิจัย

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พรรณนาข้อมูลประชากร เช่น เพศ อายุ การศึกษา พฤติกรรมสุขภาพ
2. สถิติเชิงอนุมาน
  - 2.1 เปรียบเทียบผลก่อน-หลังด้วย paired sample t-test หากข้อมูลมีการแจกแจงปกติ
  - 2.2 หากไม่ปกติ ใช้ Wilcoxon signed rank test
  - 2.3 ผลการวิเคราะห์แสดงผ่านกราฟและตารางเพื่อให้เห็นแนวโน้มที่ชัดเจน

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง**

ก่อนดำเนินการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอโครงการงานวิจัยพร้อมเครื่องมือวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการวิจัยของสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ ได้รับอนุมัติแล้ว เลขที่ 4894 ลงวันที่ 4 ตุลาคม พ.ศ. 2567 และเมื่อได้รับการพิจารณาตรวจสอบแล้วจึงดำเนินการวิจัยโดยผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความเคารพความเป็นบุคคลกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยประโยชน์และความเสี่ยงใดบ้างที่จะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ข้อมูลต่างๆ ที่ได้ในการวิจัยจะมีเฉพาะผู้วิจัยทราบและข้อมูลที่ได้ในการวิจัยทุกอย่างจะใช้ประโยชน์ทางวิชาการและเสนอในภาพรวมเท่านั้นในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธจะไม่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างเมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจแล้วให้ลงนามยินยอมในการเข้าร่วม

## ผลการศึกษา

ช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 78.05 สมรสแล้ว ร้อยละ 70.73 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 85.37 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 2,000 บาท ร้อยละ 87.80 และพักอาศัยกับครอบครัวหรือญาติ ร้อยละ 73.17 ดังตารางที่ 1

### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 41 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.37 อายุเฉลี่ย 67.17 ปี อยู่ใน

ตารางที่ 1 เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การพักอาศัยของกลุ่มตัวอย่าง (n=41)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	6	14.63
หญิง	35	85.37
อายุ (ปี)		
60 - 69	32	78.05
70 - 79	8	19.51
80 -99	1	2.44
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	67.17 (4.88)	
ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	60 - 81	
สถานภาพ		
สมรส	29	70.73
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	9	21.95
โสด	3	7.32
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	35	85.37
สูงกว่าประถมศึกษา	6	14.63
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
<2,000	36	87.80
2,001 - 4,000	3	7.32
>4,000	3	7.32
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	1,329.27 (1,341.31)	
ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	600 - 6,000	
การพักอาศัย		
อยู่คนเดียว (1 คน)	6	14.63
ครอบครัว/คู่สมรส (2 คน)	5	12.20
ครอบครัว/ญาติพี่น้อง (3 คนขึ้นไป)	30	73.17

**2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนและประเมินภาวะ-  
สุขภาพผู้สูงอายุภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลัง  
เข้าร่วมรูปแบบ มีดังนี้**

1. การเดินและการทรงตัว (TUG test): ค่าเฉลี่ยลดลงจาก 11.22 วินาที เหลือ 9.44 วินาที ซึ่งแสดงถึงการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและความสมดุล ลดความเสี่ยงต่อการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.05$ )
2. สุขภาพสายตา: คะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 3.61 เป็น 4.95 แสดงให้เห็นถึงการปรับปรุงด้าน การมองเห็นที่ชัดเจนยิ่งขึ้น โดยอยู่ในเกณฑ์ปกติ หลังการเข้าร่วมรูปแบบ ( $p<0.05$ )
3. สมรรถภาพสมอง (MMSE): ในกลุ่มระดับประถมศึกษาคะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 7.58 เป็น 26.42 และในกลุ่มระดับสูงกว่าประถมศึกษา คะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 15.60 เป็น 27.60 สะท้อน

ถึงการฟื้นฟูความจำและความคิดวิเคราะห์อย่างมี ประสิทธิภาพ ( $p<0.05$ )

4. สุขภาพช่องปาก: คะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 4.17 เป็น 6.39 โดยผู้สูงอายุทุกคนมีสุขภาพช่องปาก อยู่ในเกณฑ์เหมาะสม ซึ่งแสดงถึงการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมดูแลช่องปากที่ดีขึ้นหลังเข้าร่วมรูปแบบ ( $p<0.05$ )

5. ภาวะกลืนลำบาก: คะแนนลดลงจาก 0.95 เป็น 0 แสดงถึงการแก้ไขปัญหาการกลืนลำบาก ในผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพหลังจากได้รับการ ดูแลและคำแนะนำ ( $p<0.05$ )

6. ภาวะซึมเศร้า: คะแนนเพิ่มจาก 1.73 เป็น 2.00 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติหลังการเข้าร่วมรูปแบบ สะท้อนถึงการปรับปรุงด้านสุขภาพจิตและลด ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างชัดเจน ( $p<0.05$ ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองเข้าร่วมรูปแบบ (n=41)

ปัจจัย	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t	p-value
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ		
Time up and go test; TUG (วินาที)	11.22	3.12	เสี่ยงปานกลาง	9.44	0.84	ปกติ	3.91	0.000*
สุขภาพทางตา (คะแนน)	3.61	1.60	เสี่ยง	4.95	0.22	ปกติ	5.40	0.000*
Mini-mental state examination: MMSE 2002 (คะแนน)								
ระดับประถมศึกษา	7.58	18.97	ไม่ปกติ	26.42	3.17	ปกติ	5.62	0.000*
ระดับสูงกว่าประถมศึกษา	15.60	0.55	ไม่ปกติ	27.60	2.88	ปกติ	9.20	0.001*
การทำความสะอาดช่องปาก (คะแนน)	4.17	1.02	ไม่เหมาะสม	6.39	0.59	เหมาะสม	11.9	0.000*
ภาวะการกลืนลำบาก (คะแนน)	0.95	1.97	มีภาวะ	0	0	ปกติ	3.09	0.004
ภาวะซึมเศร้า (2Q)(คะแนน)	1.73	0.50	มีภาวะซึมเศร้า	2	0	ปกติ	3.43	0.001

\* paired sample t-test,  $p<0.05$

**3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมรูปแบบ มีดังนี้**

**1. พฤติกรรมการออกกำลังกาย:** ค่าเฉลี่ยของการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นจาก 1.51 (ก่อนเข้าร่วมโครงการ) เป็น 2.00 (หลังเข้าร่วมโครงการ) โดยมีการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) แสดงถึงการเพิ่มความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

**2. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร:** ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นจาก 26.33 เป็น 35.27 โดยมีการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ซึ่งสะท้อนถึงการปรับปรุงพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น เช่น การเลือกอาหารที่มีประโยชน์

และการหลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ดังตารางที่ 3

**4. ผลการบันทึกพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมรูปแบบดังนี้**

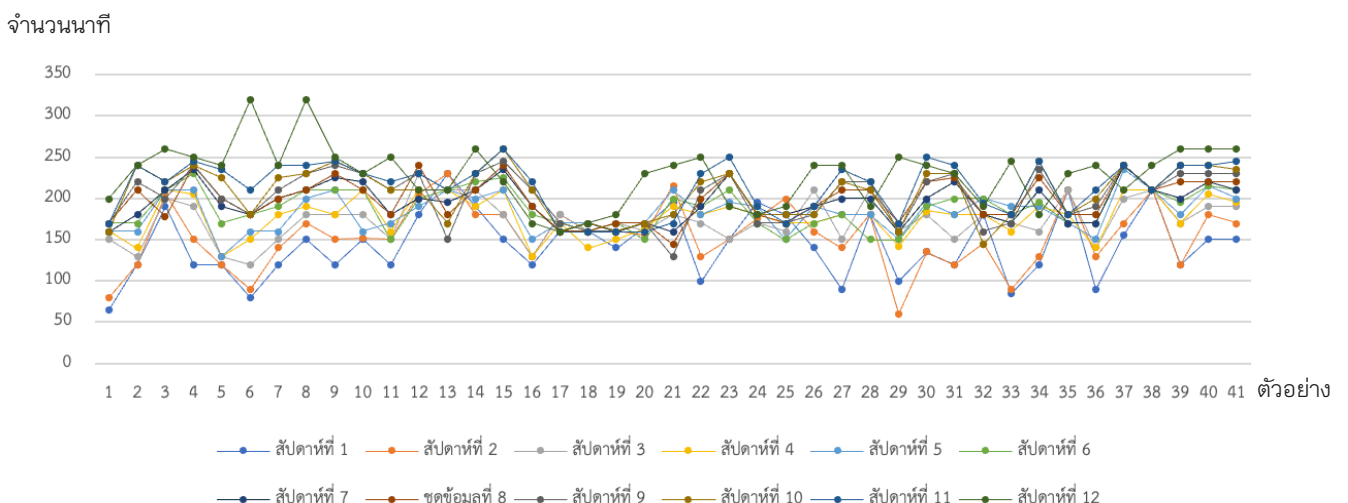
กราฟแสดงแนวโน้มการออกกำลังกายของผู้เข้าร่วมรูปแบบทุกคนตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยในแกนนอนแสดงจำนวนจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 41 คน และในแกนตั้ง แสดงจำนวนนาทีกการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละสัปดาห์ แต่ละสีแสดงจำนวนสัปดาห์ ซึ่งจะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่มีแนวโน้มส่วนใหญ่มีการเพิ่มขึ้นของระยะเวลาในการออกกำลังกายเมื่อเวลาผ่านไป โดยเฉพาะในช่วงปลายโครงการ (สัปดาห์ที่ 10-12) แสดงให้เห็นถึงการปรับตัวและความต่อเนื่องในการออกกำลังกายของผู้เข้าร่วมรูปแบบ ดังภาพที่ 1

**ตารางที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองเข้าร่วมรูปแบบ (n=41)**

ปัจจัย	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t	p-value
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ		
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	1.51	0.55	เสี่ยง	2	0	ปกติ	-	0.000**
พฤติกรรมการบริโภค	26.33	5.69	เสี่ยง	35.27	3.24	ปกติ	8.49	0.000*

\*\* Wilcoxon signed rank test,  $p < 0.05$

**ภาพที่ 1 พฤติกรรมออกกำลังกายรายบุคคล**



**5. พฤติกรรมการควบคุมอาหาร (แบบบันทึกคะแนนรายข้อ)**

ผลการบันทึกพฤติกรรมการควบคุมอาหารรายข้อของผู้สูงอายุทั้ง 11 ข้อ พบว่า ผู้สูงอายุทุกคน (41 คน คิดเป็นร้อยละ 100) อยู่ในระดับดีมากทุกข้อ โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนในแต่ละข้อดังนี้ ข้อที่ 1 = 82.90 ข้อที่ 2 = 82.36 ข้อที่ 3 = 80.97 ข้อที่ 4 = 81.60 ข้อที่ 5 = 81.95 ข้อที่ 6 = 82.31

ข้อที่ 7 = 83.53 ข้อที่ 8 = 80.26 ข้อที่ 9 = 82.09 ข้อที่ 10 = 80.65 และข้อที่ 11 = 81.46 โดยมีคะแนนต่ำสุดระหว่าง 68-77 คะแนน และคะแนนสูงสุด 84 คะแนนทุกข้อ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง 1.30-4.17 แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการควบคุมอาหารที่ดีมากและสม่ำเสมอในทุกข้อ ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4 ผลการบันทึกพฤติกรรมการควบคุมอาหารรายข้อของผู้สูงอายุ เฉลี่ย 12 สัปดาห์ (n=41)**

พฤติกรรมการบริโภค	จำนวน	ร้อยละ
<b>1. ดื่มน้ำครบ 8 แก้ว/วัน</b>		
ระดับดีมาก (คะแนน 64 - 84)	41	100.00
ระดับดี (คะแนน 43 - 63)	0	0.00
ระดับปานกลาง (คะแนน 22 - 42)	0	0.00
ระดับน้อย (คะแนน 0 - 21)	0	0.00
ค่าเฉลี่ยคะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	82.90 (1.92)	
คะแนนต่ำสุด - คะแนนสูงสุด	75 - 84	
<b>2. กินผักสด ผักลวก น้ำพริก</b>		
ระดับดีมาก (คะแนน 64 - 84)	41	100.00
ระดับดี (คะแนน 43 - 63)	0	0.00
ระดับปานกลาง (คะแนน 22 - 42)	0	0.00
ระดับน้อย (คะแนน 0 - 21)	0	0.00
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	82.36 (2.59)	
ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	73 - 84	
<b>3. กินผลไม้สด โดยไม่จิ้มน้ำตาล พริกเกลือ</b>		
ระดับดีมาก (คะแนน 64 - 84)	41	100.00
ระดับดี (คะแนน 43 - 63)	0	0.00
ระดับปานกลาง (คะแนน 22 - 42)	0	0.00
ระดับน้อย (คะแนน 0 - 21)	0	0.00
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	80.97 (3.00)	
ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	74 - 84	
<b>4. กินเมนูที่เป็นเนื้อปลาเป็นส่วนประกอบและปรุงด้วยวิธีไขมันต่ำ เช่น ปลาเผา ปลาต้ม ปลาหนึ่ง</b>		
ระดับดีมาก (คะแนน 64 - 84)	41	100.00
ระดับดี (คะแนน 43 - 63)	0	0.00

ตารางที่ 4 ผลการบันทึกพฤติกรรมการควบคุมอาหารรายข้อของผู้สูงอายุ เฉลี่ย 12 สัปดาห์ (n=41) (ต่อ)

พฤติกรรมการบริโภค	จำนวน	ร้อยละ
ระดับปานกลาง (คะแนน 22 - 42)	0	0.00
ระดับน้อย (คะแนน 0 - 21)	0	0.00
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	81.60 (2.97)	
ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	74 - 84	
5. กินอาหารหลักครบ 5 หมู่ ครบ 3 มื้อ โดยไม่กินจุบจิบระหว่างวัน		
ระดับดีมาก (คะแนน 64 - 84)	41	100.00
ระดับดี (คะแนน 43 - 63)	0	0.00
ระดับปานกลาง (คะแนน 22 - 42)	0	0.00
ระดับน้อย (คะแนน 0 - 21)	0	0.00
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	81.95 (2.74)	
ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	74 - 84	
6. กินอาหารมื้อหลักโดยมี ปริมาณผักมากกว่าข้าว เมื่อดูด้วยสายตา		
ระดับดีมาก (คะแนน 64 - 84)	41	100.00
ระดับดี (คะแนน 43 - 63)	0	0.00
ระดับปานกลาง (คะแนน 22 - 42)	0	0.00
ระดับน้อย (คะแนน 0 - 21)	0	0.00
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	82.31 (3.16)	
ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	70 - 84	
7. เลือกกินข้าว “ไม่ขัดสี” มากกว่า “ข้าวขาว” กินไม่เกิน 8 ทัพพีต่อวัน		
ระดับดีมาก (คะแนน 64 - 84)	41	100.00
ระดับดี (คะแนน 43 - 63)	0	0.00
ระดับปานกลาง (คะแนน 22 - 42)	0	0.00
ระดับน้อย (คะแนน 0 - 21)	0	0.00
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	83.53 (1.30)	
ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	77 - 84	
8. งดกินของทอดได้สำเร็จ		
ระดับดีมาก (คะแนน 64 - 84)	41	100.00
ระดับดี (คะแนน 43 - 63)	0	0.00
ระดับปานกลาง (คะแนน 22 - 42)	0	0.00
ระดับน้อย (คะแนน 0 - 21)	0	0.00
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	80.26 (4.17)	

ตารางที่ 4 ผลการบันทึกพฤติกรรมการควบคุมอาหารรายข้อของผู้สูงอายุ เฉลี่ย 12 สัปดาห์ (n=41) (ต่อ)

พฤติกรรมการบริโภค	จำนวน	ร้อยละ
ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	68 - 84	
9. งดการปรุงก๋วยเตี๋ยว		
ระดับดีมาก (คะแนน 64 - 84)	41	100.00
ระดับดี (คะแนน 43 - 63)	0	0.00
ระดับปานกลาง (คะแนน 22 - 42)	0	0.00
ระดับน้อย (คะแนน 0 - 21)	0	0.00
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	82.09 (2.90)	
ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	71 - 84	
10. เลี่ยงการกินผลไม้รสหวานจัด		
ระดับดีมาก (คะแนน 64 - 84)	41	100.00
ระดับดี (คะแนน 43 - 63)	0	0.00
ระดับปานกลาง (คะแนน 22 - 42)	0	0.00
ระดับน้อย (คะแนน 0 - 21)	0	0.00
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	80.65 (3.39)	
ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	72 - 84	
11. งดดื่มน้ำหวาน น้ำอัดลม เครื่องดื่มชูกำลัง		
ระดับดีมาก (คะแนน 64 - 84)	41	100.00
ระดับดี (คะแนน 43 - 63)	0	0.00
ระดับปานกลาง (คะแนน 22 - 42)	0	0.00
ระดับน้อย (คะแนน 0 - 21)	0	0.00
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	81.46 (2.58)	
ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	75 - 84	

## วิจารณ์

ผลการศึกษาสะท้อนถึงประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งในเชิงภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ดังนี้

**ด้านภาวะสุขภาพ**พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมมีสมรรถภาพทางกายที่ดีขึ้น เห็นได้จากการลดเวลาใน TUG test ซึ่งเป็นตัวชี้วัดความสามารถในการเคลื่อนไหว งานวิจัยของ Delbaere และคณะ<sup>(11)</sup> ยังสนับสนุนว่าการออกกำลังกาย

ที่เน้นการปรับสมดุลสามารถลดความเสี่ยงต่อการหกล้มได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ สุขภาพสายตา สมอง ช่อกปาก และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมิแนวโน้มดีขึ้น เมื่อได้รับการตรวจสุขภาพและคำแนะนำที่เหมาะสม การฝึกสมอง เช่น กิจกรรมจับคู่ภาพ มีส่วนช่วยฟื้นฟูความจำ และลดภาวะสมองเสื่อม เช่นเดียวกับงานวิจัยของศิริมา เขมะเพชร และรจนาถ หอมดี<sup>(12)</sup> ที่ชี้ว่าการฝึกสมองร่วมกับการออกกำลังกายช่วยชะลอภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่เดียวกัน การสอนดูแลช่องปากและใช้ไหมขัดฟันช่วยลด



## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. สรุปผลที่สำคัญ การทำงานของผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 1 ก.พ. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.dop.go.th/th/know/4/2409>
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. ผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิต (ADL) [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 2 พ.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: [https://www.dop.go.th/th/statistics\\_page?cat=3&id=2526](https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=3&id=2526)
3. SDG Move. Towards a dementia-inclusive society คู่มือใหม่ของ WHO ที่จะช่วยให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ร่วมในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 16 ส.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.sdgmovement.com/2021/08/16/who-toolkit-towards-a-dementia-inclusive-society/>
4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลพลัดตกหกล้ม [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 26 ต.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://ddc.moph.go.th/dip/news.php?news=23567>
5. กรมสุขภาพจิต. สถานการณ์สุขภาพจิตในผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 1 ก.พ. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=3256>
6. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. รายงานประจำปี 2565 เฝ้าระวังทางโภชนาการ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 1 ก.พ. 2567]. แหล่งข้อมูล: [https://nutrition2.anamai.moph.go.th/web-upload/6x22caac0452648c8dd1f534819ba2f16c/202303/m\\_magazine/37955/4261/file\\_download/13affb4dde0d884d8536cb0096eacca9.pdf?utm\\_source=chatgpt.com](https://nutrition2.anamai.moph.go.th/web-upload/6x22caac0452648c8dd1f534819ba2f16c/202303/m_magazine/37955/4261/file_download/13affb4dde0d884d8536cb0096eacca9.pdf?utm_source=chatgpt.com)
7. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 1 ก.พ. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.hsri.or.th/research>
8. กรมอนามัย. รายงานสถานการณ์ภาวะโภชนาการของประชากรไทย พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 1 ก.พ. 2567]. แหล่งข้อมูล: [https://nutrition2.anamai.moph.go.th/web-upload/6x22caac0452648c8dd1f534819ba2f16c/filecenter/file/doc/analyze\\_1.19.pdf](https://nutrition2.anamai.moph.go.th/web-upload/6x22caac0452648c8dd1f534819ba2f16c/filecenter/file/doc/analyze_1.19.pdf)
9. กานดาวลี มาลีวงษ์, วณิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, ยงยศ หัตถพรสวรรค์, ศรีสุดา สว่างสาตี, วณิดา มงคลสินธุ์, ภูซังค์ เสนานุช และคณะ. ความรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”: กรณีศึกษาเขตดอนเมือง. วารสารเกื้อการุณย์ 2561;25(2):119-36.
10. สุวิมล แสงเรือ, หน่วยงาน PCU โรงพยาบาลโกสุมพิสัย. ผลของการใช้หลักสูตรไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย ร่วมกับแผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล (wellness plan) แบบมีส่วนร่วมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 9 ด้าน. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2566;8(4):233-43.
11. Delbaere K, Valenzuela T, Lord SR, Clemson L, Zijlstra GAR. Fear-related avoidance of activities, falls and physical frailty. A prospective community-based cohort study. Age Ageing 2004;33(4):368-73.
12. ศิริมา เขมะเพชร, รจนาถ หอมดี. การส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม. วารสารพยาบาลตำรวจ 2563;12(2):457-63.
13. พรทิพย์ ศุภร์เวทย์ศิริ. การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เขตเทศบาลเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ นูริรัมย์ 2564;36(1):149-58.
14. ณิชพร ปักษาพันธ์, สุนันท์ทิพย์ บัวแดง. การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตตำบลนาตาล อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ 2567;3(2):24-38.
15. ชลธิชา จันทศิริ. การส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่เปราะบาง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2559;24(2):1-13.
16. ดวงพร กตัญญูตานนท์, พรรณอร ทิมทอง, วรียา สุขยานุติษฐ, ศิริธรรมา คำมี, เนตรนภา ลำลอง, บุรฮาพิชา วาแม, และคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจเพื่อป้องกันกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในตำบลบางเสาธง อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสาร มจก. วิชาการ 2566;24(2):161-71.

# Results of the Health Risk Prevention Model for The Elderly: “Don’t Fall, Don’t Forget, Don’t Get Depressed, and Eat Delicious Food” in Elderly Group with 9 Risk Factors in the Pilot Area, Hua Taphan District, Amnat Charoen Province

Kanjanaporn Thanapan<sup>1</sup>, Fatihah Bado<sup>1</sup>, Pattalapa Sucampa<sup>1</sup>, Supaporn Sutibut<sup>2</sup>,  
Nathakamon Padawech<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Mahidol University, Amnat Charoen Campus, Amnatchareon Province, Thailand

<sup>2</sup>Ban Khampra Subdistrict Health Promotion Hospital, Amnatchareon Province, Thailand

## Abstract

This study aimed to assess health status and behaviors in older adults. It was conducted as a quasi-experimental research using one group pretest-posttest design. The “No Falls, No Memory Loss, No Depression, and Enjoy Eating” risk prevention model was implemented to encourage self-care. The samples included 41 socially active older adults at risk in nine health areas. Data collection occurred from 9 August to 6 November 2024, using screening tools, health status records, and a questionnaire on health behaviors. Paired t-tests and the Wilcoxon signed-rank test were used to compare pre- and post-participation data on health status and behaviors. The findings revealed a statistically significant improvement in the health status of older adults ( $p < 0.05$ ). Specifically, the proportion of individuals at risk for impaired gait and balance decreased from 34.15 to 2.44. The prevalence of vision problems declined from 60.98 to 4.88, while cognitive impairment among primary school-educated participants decreased from 33.33 to 2.78. Oral health improved, with all participants achieving an appropriate level. The incidence of swallowing difficulties dropped from 19.51% to 0.00%, and the risk of depression declined from 24.40% to 0.00%. Additionally, there was a statistically significant improvement in desirable health behaviors ( $p < 0.05$ ). Exercise participation increased from 46.34% to 100.00%, and the proportion of individuals engaging in risky dietary behaviors fell from 85.37% to 7.32%. These findings indicate that the risk prevention model for older adults effectively promotes health status and desirable health behaviors. The model holds potential for informing policy development and guiding elderly care strategies at both the community and national levels. Its implementation could enhance the quality of life for older adults, enabling them to maintain independence and well-being sustainably.

**Keywords:** elderly; 9-risk group; health risk prevention model; health status; desirable health behaviors