วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข
Journal of Nursing and Public Health Research e269923
วารสารผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 1

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมต่อความมั่นคงด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดพะเยา

Effects of a Health Perception Enhancement and Social Support Program on Health Security among Older Adults with Non-Communicable Diseases in Phayao Province

ศิริพร แสงศรีจันทร์[1], ปะราลี โอภาสนันท์[1*], พรทิพย์ ปาอิน[1]

Siriporn Sangsrijan[1], Paralee Opasanant[1*], Porntip Pa-in[1]

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา[1]

School of Nursing, Phayao University[1]

(Received: June 28, 2024; Revised: September 16, 2024; Accepted: February 26, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมต่อความมั่นคงด้านสุขภาพ ในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 38 คน กลุ่มทดลองได้รับการอบรมการเสริมสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพและกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับการเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมตามโปรแกรมฯ สำหรับกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐานจากสถานพยาบาลที่เข้ารับบริการ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยกิจกรรมการอบรมสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและผู้ดูแลผู้สูงอายุ คู่มือการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและประเด็นแลกเปลี่ยนเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผู้ดูแล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความมั่นคงด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ภายในกลุ่มเดียวกันด้วยสถิติ Paired t-test และระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Independent t-test ตามลำดับ

ผลการศึกษา พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นคงด้านสุขภาพในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยความมั่นคงด้านสุขภาพในสัปดาห์ที่ 8 สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 1 และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพสามารถนำโปรแกรมฯ นี้ไปประยุกต์ใช้ในการความสร้างเสริมความมั่นคงด้านสุขภาพ ในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือนำไปปรับใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีกลุ่มตัวอย่างลักษณะใกล้เคียงกันต่อไป

คำสำคัญ: ความมั่นคงด้านสุขภาพ, การรับรู้ภาวะสุขภาพ, การสนับสนุนทางสังคม, ผู้สูงอายุ, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

*ผู้ให้การติดต่อ ปะราลี โอภาสนันท์ e-mail: paralee.op@up.ac.th

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of a health perception enhancement and social support program on health security among older adults with chronic non-communicable diseases (NCDs) in Phayao Province. The sample consisted of 70 older adults with chronic NCDs, divided into an experimental group (35 participants) and a control group (35 participants), as well as 38 caregivers of older adults with chronic NCDs. The experimental group received training to enhance health perception, while the caregivers received training to strengthen social support based on the program. The control group received standard care from healthcare facilities. The research instruments included the health perception enhancement and social support program, which comprised training activities for older adults in the experimental group and for caregivers, a health promotion manual for older adults with chronic NCDs, a caregiver's manual for older adults with chronic NCDs, and discussion topics for knowledge exchange between older adults with chronic NCDs and their caregivers. Data collection tools included a general information questionnaire and a health security questionnaire. Descriptive statistics were used for general data analysis, while outcome comparisons before and after participation in the program were conducted using a Paired t-test within groups and an Independent t-test between groups.

The study results indicated that after participating in the program for eight weeks, the experimental group demonstrated a good level of health security. Their mean health security score at week 8 was significantly higher than at week 1 before receiving the program and was also significantly higher than that of the control group (*p-value* < 0.001). Therefore, healthcare professionals can apply this program to enhance health security among older adults with chronic non-communicable diseases or adapt it for use in other areas with similar populations.

Keywords: Health Security, Health Perception, Social Support, Older Adults, Non-Communicable Diseases

บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete Aged Society) ในปี พ.ศ. 2564 และจะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) ในปี พ.ศ. 2578 โดยประมาณการว่าจะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 และจากสถิติผู้สูงอายุ พบว่าประเทศไทยมีการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องในปี พ.ศ. 2562-2566 อยู่ที่ร้อยละ 18, 18.50, 19, 19 และร้อยละ 20.08 ตามลำดับ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2567) การเพิ่มขึ้น

ของประชากรผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องมีประเด็นท้าทายที่สำคัญ ได้แก่ ความท้าทายต่อความเป็นอยู่ และคุณภาพชีวิตของประชาชน เช่น การได้รับการศึกษา การทำงาน ระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสม และที่อยู่อาศัยที่มั่นคงและปลอดภัย ซึ่งทุกภาคส่วนต้องให้ความสำคัญกับการจัดการปัญหาและการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัยในอนาคต ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่าง ๆ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2567; กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2567)

จังหวัดพะเยาเป็นอีกหนึ่งจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุที่พบมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติร้อยละผู้สูงอายุของประชากรทั้งหมดในจังหวัด ปี พ.ศ. 2562-2566 พบว่ามีผู้สูงอายุร้อยละ 21.26, 21.86,23.65, 24.83 และร้อยละ 26.12 ตามลำดับ (สารสนเทศจังหวัดพะเยา P-Health, 2567) ซึ่งจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องนี้จะตามมาด้วยจำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นตามสัดส่วนประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นในแต่ละปีเช่นกัน และพบว่ามีอัตราเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นทุกปี จากปี พ.ศ. 2561 พบจำนวนเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 624 ราย คิดเป็นอัตรา 131.67 (ค่าเฉลี่ยของประเทศ คือ 113.93) เป็นจำนวน 740 คน คิดเป็นอัตราการเสียชีวิต 144.98 (ค่าเฉลี่ยของประเทศ คือ 134.40) ในปี พ.ศ. 2565 ซึ่งเกินค่าเฉลี่ยของอัตราเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อประชากรแสนคนของประเทศไทย (กองโรคไม่ติดต่อ, 2567) จากหลักฐานทางวิชาการระดับสากล พบว่าการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยอยู่ในระยะที่รุนแรงขึ้นหรือทุพพลภาพได้เร็วกว่าวัยผู้ใหญ่ ซึ่งส่งผลให้เกิดความไม่มั่นคงด้านสุขภาพ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2565; ศิริพร แสงศรีจันทร์, ปะราลี โอภาสนันท์ และมลฤดี เกศหอม, 2561)

ความมั่นคงด้านสุขภาพ เป็นภาวะความปลอดภัยจากสิ่งคุกคามต่อสุขภาพ สะท้อนได้จากความรู้สึกรอดพ้นจากความเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสติปัญญา และเมื่อเจ็บป่วยก็สามารถเข้าถึงบริการ ด้านสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐาน (สังคม ศุภรัตนกุล, ดุษฎี อายุวัฒน์ และพีระศักดิ์ ศรีฤๅชา, 2555; United Nations Development Programme, 2001) ซึ่งองค์ประกอบของความมั่นคงทางด้านสุขภาพ ได้แก่ ด้านร่างกาย คือ มีร่างกายที่แข็งแรงจากการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพเมื่อเจ็บป่วย ด้านจิตใจ คือ มีสุขภาพจิตที่ดี ไม่เครียด วิตกกังวล หรือโศกเศร้า สามารถเผชิญต่อความเครียดในชีวิตประจำวันได้ และด้านสังคม คือ การอยู่ร่วมกับผู้อื่นทั้งในครอบครัวในสังคมอย่างปกติสุข รวมทั้งสามารถร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ให้สำเร็จลุล่วงได้ (United Nations Development Programme, 2001)

การสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพ มี 3 รูปแบบ คือ 1) สร้างผ่านครอบครัว 2) สร้างผ่านชุมชน และ 3) สร้างผ่านโครงสร้างทางสังคม ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพ มี 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มโครงสร้างครอบครัว 2) กลุ่มทุนทางสังคมในครอบครัว 3) กลุ่มทุนทางสังคมในชุมชน และ 4) กลุ่มทุนทางสังคมจากโครงสร้างทางสังคม (สังคม ศุภรัตนกุล, ดุษฎี อายุวัฒน์ และพีระศักดิ์ ศรีฤๅชา, 2555; อิกรอม กาซอ, 2557) ซึ่งความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวนี้ หมายรวมถึงระดับบุคคลในครอบครัวด้วย โดยเฉพาะผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ต้องการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม เพื่อเป็นแรงเสริมให้ตนเองเกิดความมั่นคงปลอดภัยด้านสุขภาพ และยังมี

การศึกษารูปแบบการจัดการความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่พบว่า มี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสวัสดิการของผู้สูงอายุ ด้านปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ด้านนโยบายสาธารณะและมาตรการด้านต่าง ๆ และด้านการจัดการความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (ปัทมา ภูพิพัฒน์ผล และบุญเอื้อ บุญฤทธิ์, 2564)

ความมั่นคงทางสุขภาพช่วยให้ผู้สูงอายุกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น ซึ่งส่งผลให้ลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรคได้ รวมทั้งช่วยป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อและการระบาด เช่น โรคติดเชื้อโควิด 19 หากมีการให้ความรู้ด้านสุขภาพจะยิ่งช่วยให้ประชาชนกลุ่มนี้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายหรือการใช้ยาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นอกจากนี้การมีระบบสนับสนุนที่มั่นคงสามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้รับการดูแลและสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ซึ่งสามารถปรับปรุงคุณภาพชีวิต และผลลัพธ์ทางสุขภาพได้ หากผู้สูงอายุกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความมั่นคงทางสุขภาพที่ดีช่วยลดภาระทางการเงินในการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมและตรงเวลา (Kostova, Richter, Van Vliet, Mahar, & Moolenaar, 2021)

การสร้างเสริมความมั่นคงด้านสุขภาพให้เกิดขึ้นได้นั้นต้องคำนึงถึง ปัจจัยที่มีส่งผลกระทบต่อความมั่นคงด้านสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ มี 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านบุคคล เช่น เพศ อายุ พันธุกรรม วิถีชีวิต การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรม 2) ปัจจัยด้านสังคม เช่น สิ่งแวดล้อม การศึกษา เศรษฐกิจ และการสนับสนุนจากสังคม 3) ปัจจัยด้านบริการสุขภาพ เช่น การเข้าถึงบริการสุขภาพ ความก้าวหน้าในการดูแลรักษา และการได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และคุณภาพบริการพยาบาล สามารถร่วมกันทำนายความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคติดต่อเรื้อรัง ในจังหวัดพะเยาได้ร้อยละ 50 ซึ่งปัจจัยที่สามารถทำนายได้สูงสุด ได้แก่ ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.49$, *p-value* < 0.001) และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ($\beta = 0.21$, *p-value* < 0.001) (ศิริพร แสงศรีจันทร์, ปะราลี โอภาสนันท์ และมลฤดี เกศหอม, 2561) นอกจากนี้การศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่ามี 3 ปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ คือ การคำนึงถึงปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ มีช่องทางสำหรับการรับปัญหา ข้อร้องเรียน ข้อคิดเห็นหลายช่องทาง การบริการขนส่งมวลชน และการเป็นสมาชิกของชมรมต่าง ๆ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ 2) ปัจจัยด้านสวัสดิการของผู้สูงอายุ คือ การมีสวัสดิการในการรักษาพยาบาล มีความหลากหลาย และการลดความซับซ้อนของการบริการส่งต่อบริการ ที่สามารถเข้าถึงได้ และ 3) ด้านนโยบายสาธารณะ และมาตรการต่าง ๆ คือ มีการส่งเสริมสุขภาพตามวัยในแต่ละกลุ่มอายุ การเข้าถึงนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และการสามารถขอคำปรึกษาด้านสุขภาพได้ตลอดเวลา ซึ่งทั้ง 3 ปัจจัยร่วมกันทำนายและส่งเสริมให้เกิดความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 52.50 (ปัทมา ภูพิพัฒน์ผล และบุญเอื้อ บุญฤทธิ์, 2564)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพและรูปแบบการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน การรับรู้ภาวะสุขภาพรวมถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการสร้างเสริมความมั่นคงด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและกลุ่มผู้สูงอายุ ประกอบกับการศึกษาเกี่ยวกับการสร้างเสริมความมั่นคงด้านสุขภาพในกลุ่มนี้มีค่อนข้างน้อยและยังขาดการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม ต่อความมั่นคงด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในจังหวัดพะเยา เนื่องจากเป็นจังหวัดที่มี อัตราการป่วย และอัตราการเสียชีวิตของผู้สูงอายุด้วยโรคเรื้อรังสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับแนวทางการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยาที่เน้นการวิจัยเชิงประเด็นเฉพาะ (Agenda-Based Strategy) และมิติยุทธศาสตร์เชิงพื้นที่ (Area- Based Strategy) เพื่อสร้างเสริมภาวะสุขภาพชุมชน และนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ (คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา, 2565) ดังนั้นคณะผู้วิจัยในบทบาทหน้าที่ของผู้ให้บริการด้านสุขภาพ และคณาจารย์ประจำของหน่วยงานนี้ จึงสนใจพัฒนาและประเมินผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมต่อความมั่นคงด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในจังหวัดพะเยา เพื่อให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความมั่นคงด้านสุขภาพและความมั่นคงในชีวิตที่ดีขึ้นในระยะยาวที่ยั่งยืน ซึ่งนำมาสู่คุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม ต่อความมั่นคงด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในจังหวัดพะเยา

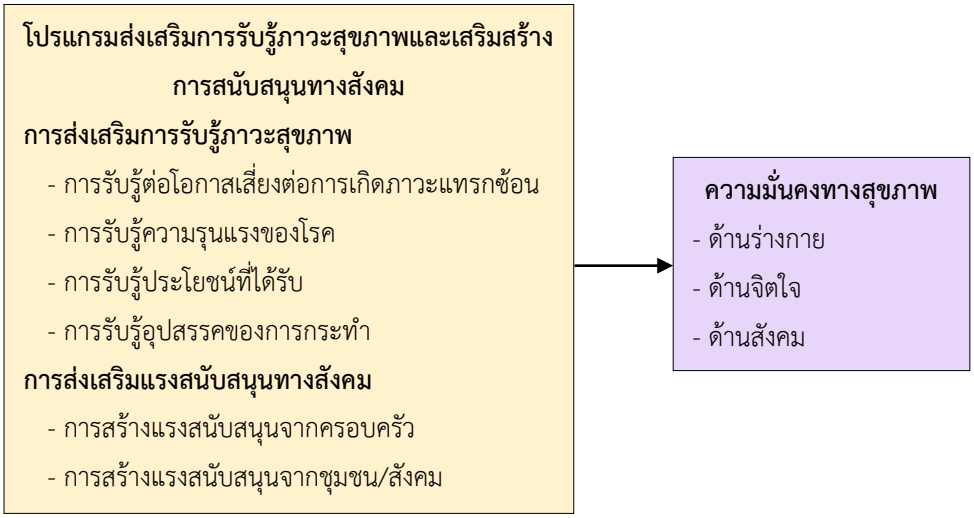
สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นคงด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์จากแนวคิดความมั่นคงด้านสุขภาพ (สังคม ศุภรัตนกุล, ดุษฎี อายุวัฒน์ และพีระศักดิ์ ศรีฤชา, 2555; United Nations Development Programme, 2001) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพและเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมต่อความมั่นคงด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยปัจจัยที่มีช่วยเสริมสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับและการรับรู้อุปสรรคของการกระทำขณะเป็นโรค และ 2) ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสร้างแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว และการสร้างแรงสนับสนุนจากชุมชนหรือในสังคม ซึ่งโปรแกรมส่งเสริม

การรับรู้ภาวะสุขภาพและเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมที่พัฒนาขึ้นนี้จะส่งผลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Research) แบบ 2 กลุ่มวัดก่อนหลัง (Two-Group Pretest-Posttest Design) ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 ในพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำป่าหวาย อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไขมันในเลือดสูงที่รักษาอย่างประจำต่อเนื่อง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา จำนวน 4,076 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2565) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ บุคคลในครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (อสม.)

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ

1. ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.9.4 โดยกำหนด Test Family เป็น t-test, Statistical test เป็น Mean: Difference Between Two Independent Means (Two Group) กำหนด One Tail กำหนดค่าขนาดอิทธิพลขนาด (Effect Size) จากงานวิจัยของนิตยาทิพย์ แสนแดง และชื่นจิตร โพธิศัพท์สุข (2561) ใช้ค่าเท่ากับ 0.65 ที่ระดับนัยสำคัญระดับ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power) 0.80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (Burn & Glove, 2013) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 72 คน กลุ่มทดลอง 36 คน และกลุ่มควบคุม 36 คน

ตลอดระยะเวลาเข้าร่วมกิจกรรม ในระยะเวลา 8 สัปดาห์กลุ่มตัวอย่างมีการถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมในระหว่างการศึกษา (Drop Out) 2 คน (กลุ่มทดลอง 1 คน และกลุ่มควบคุม 1 คน) คิดเป็นร้อยละ 2.78 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ทั้งหมด 70 คน กลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มควบคุม 35 คน ผู้วิจัยได้เลือกวิธีการจัดผู้เข้าร่วมวิจัยเข้ากลุ่ม ด้วยกระบวนการดังนี้

1.1 ผู้วิจัยสุ่มเลือก 1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จาก 15 รพ.สต. โดยการสุ่มแบบง่าย (Sample Random Sampling) ด้วยการจับสลากแบบไม่เอาคืน เลือกได้ รพ.สต.จำปาหวาย

1.2 สุ่มเลือกหมู่บ้าน จำนวน 6 หมู่บ้าน จาก 13 หมู่บ้าน จากการสุ่มแบบง่าย ด้วยการจับสลากแบบไม่เอาคืน เลือกได้ หมู่ 1 หมู่ 5 หมู่ 6 หมู่ 7 หมู่ 8 และหมู่ 9

1.3 จากนั้นสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการสุ่มแบบง่าย ด้วยการจับสลากแบบไม่เอาคืน ได้กลุ่มทดลอง คือ หมู่ 1 หมู่ 6 หมู่ 9 และกลุ่มควบคุม คือ หมู่ 5 หมู่ 7 และหมู่ 8

จากนั้นผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1) ผู้ที่มีอายุ 60-79 ปี 2) มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่งหรือหลายโรคดังต่อไปนี้ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง 3) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป 4) เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำป่าหวาย 5) ช่วยเหลือตนเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันได้ 6) สามารถสื่อสารโดยอ่านและเขียนภาษาไทยได้เข้าใจ 7) มีโทรศัพท์มือถือสมาร์ทโฟนเพื่อใช้ในการติดต่อสื่อสาร และ 8) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้ง

เกณฑ์การคัดออก

1) ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอาการของโรคกำเริบเฉียบพลัน หรือภาวะแทรกซ้อนของโรคระดับรุนแรงที่เป็นอันตรายต่อชีวิต 2) ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ไม่มีผู้ดูแล และ 3) ผู้สูงอายุที่ย้ายออกจากพื้นที่ตำบลป่าหวายช่วงระยะเวลาเก็บข้อมูล

2. กลุ่มผู้ดูแล

ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ 1) บุคคลในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง จำนวน 35 คน และ 2) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่ดูแลกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง จำนวน 3 คน รวมเป็น 38 คน ผู้วิจัยได้เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1) บุคคลที่อาศัยอยู่ในครอบครัว ได้แก่ บุตร หลาน คู่สมรส ของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ถูกสุ่มเลือกเป็นกลุ่มทดลองที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป 2) อสม. ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลุ่มทดลอง

3) ผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงและช่วยเหลือตนเองได้ 4) มีเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลุ่มทดลองอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ 5) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และ 6) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1) บุคคลที่มีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินจนไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลุ่มทดลองได้ และ 2) บุคคลที่มีภารกิจฉุกเฉินต่างจังหวัดจนไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลุ่มทดลองได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย มีดังต่อไปนี้

1.1 โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม เพื่อความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดการรับรู้ภาวะสุขภาพ (Janz & Becker, 1984) แรงสนับสนุนทางสังคม (สังคม ศุภรัตนกุล ดุษฎี อายุวัฒน์ และพีระศักดิ์ ศรีฤๅชา, 2555) และความมั่นคงด้านสุขภาพของ United Nations Development Programme (2001) โปรแกรมฯ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับ และการรับรู้อุปสรรคของการกระทำ เป็นกิจกรรมที่ทำในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2) การส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม ทั้งระดับครอบครัว และชุมชน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ทำในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้งบุคคลในครอบครัว (บุตร หลาน หรือคู่สมรส) และบุคคลในชุมชน คือ อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลุ่มทดลอง

1.2 คู่มือการสร้างสุขภาพในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำหรับผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากตำรา การทบทวนวรรณกรรม และคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ของ ขนิษฐา พิศฉลาด, เกศมณี มูลปานันท์, ภาวดี วิมลพันธุ์ และอรนลิน สิงขรณ์ (2562) เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในวัยผู้สูงอายุ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรคของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การออกกำลังกาย การสร้างอารมณ์ดี และการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์

1.3 คู่มือการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากตำรา การทบทวนวรรณกรรม และคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ของขนิษฐา พิศฉลาด, เกศมณี มูลปานันท์, ภาวดี วิมลพันธุ์ และอรนลิน สิงขรณ์ (2562) เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุ การออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การดูแลภาวะโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการดูแลการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเทคนิคการสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว

1.4. ประเด็นแลกเปลี่ยนเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผู้ดูแล ที่มีเนื้อหาลักษณะเดียวกันกับคู่มือทั้ง 2 เล่ม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามความมั่นคงด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ วุฒิการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว สถานพยาบาลที่รักษาเป็นประจำ เป็นคำถามปลายเปิดและปลายปิด

2.2 แบบสอบถามความมั่นคงด้านสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ ของ ศิริพร แสงศรีจันทร์, ปะราลี โอภาสนันท์ และมลฤดี เกศหอม (2561) เป็นแบบสอบถามมาตรส่วน 4 ระดับโดยในข้อคำถามเชิงบวก ให้ 3 คะแนน หมายถึง ตรงตามลักษณะหรือการปฏิบัติเป็นประจำ 2 คะแนน หมายถึง ตรงตามลักษณะหรือการปฏิบัติเป็นบางครั้ง 1 คะแนน หมายถึง ตรงตามลักษณะหรือการปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และ 0 คะแนน หมายถึง ไม่ตรงตามลักษณะหรือไม่ปฏิบัติเลย และในข้อคำถามเชิงลบให้ 3 คะแนน หมายถึง ไม่ตรงตามลักษณะหรือไม่ปฏิบัติเลย 2 คะแนน หมายถึง ตรงตามลักษณะหรือการปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง 1 คะแนน หมายถึง ตรงตามลักษณะหรือการปฏิบัติเป็นบางครั้ง และ 0 คะแนน หมายถึง ตรงตามลักษณะหรือการปฏิบัติของท่านเป็นประจำ กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนความมั่นคงด้านสุขภาพ เป็น 4 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายค่าเฉลี่ย ตามแนวทางของ บุญชม ศรีสะอาด (2560) ดังนี้ 3.51-4.00 คะแนน หมายถึง ระดับมากที่สุด 2.51-3.50 คะแนน หมายถึง ระดับมาก 1.51-2.50 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และ 1.00-1.50 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม คู่มือการสร้างสุขภาพในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คู่มือการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และประเด็นแลกเปลี่ยนเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และผู้ดูแล ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับความมั่นคงด้านสุขภาพ จำนวน 1 คน ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 1 คน และผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับผู้สูงอายุในกลุ่มโรคเรื้องรังไม่ติดต่อ จำนวน 1 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือแล้วคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ได้ค่า CVI ของโปรแกรมฯ คู่มือ 2 เล่ม และประเด็นแลกเปลี่ยนเรียนรู้เท่ากับ 0.84, 0.75, 0.75 และ 0.84 ตามลำดับ ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง สำหรับแบบสอบถามความมั่นคงด้านสุขภาพ ใช้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) จากการศึกษาเดิม คือ 0.92 (ศิริพร แสงศรีจันทร์, ปะราลี โอภาสนันท์ และมลฤดี เกศหอม, 2561) จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดสอบความเที่ยง โดยทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา และได้รับอนุญาตจากผู้บริหารองค์การบริหารส่วนจังหวัดพะเยา และหัวหน้าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำป่าหวายแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานไปยังพื้นที่ที่ดำเนินการศึกษา โดยติดต่อผู้นำหมู่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เพื่อประชาสัมพันธ์เชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัยพร้อมแจ้งคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบทั้ง 2 กลุ่ม (กลุ่มละ 36 คน) แล้ว ทีมผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลวิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการทำวิจัย ระยะเวลาในการทำวิจัย ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ให้แก่กลุ่มตัวอย่างและลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ในครั้งนี้

โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังได้รับโปรแกรม 1 สัปดาห์ โดยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนเพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มตัวอย่าง โดยมีกิจกรรมของแต่ละกลุ่มดังต่อไปนี้

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรมครั้งละประมาณ 60-120 นาที แบ่งกลุ่มละ 11-12 คน ตามเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำปาหวาย ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ อธิบายขั้นตอนการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย เครื่องมือวิจัย ขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลุ่มทดลอง จำนวน 36 คน หลังจากที่กลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความมั่นคงด้านสุขภาพก่อนการทดลอง (Pre-Test) สร้างกลุ่มออนไลน์ผ่านแอพลิเคชันไลน์สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ สำหรับกรณีที่ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ไม่มีไลน์ ผู้วิจัยได้เชิญผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองเข้ากลุ่มแทนผู้สูงอายุ เพื่อทำการส่งข้อมูลที่จะได้รับจากการเข้าร่วมงานวิจัย

สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินตามโปรแกรมขั้นที่ 1 การเสริมสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. ทีมผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในวัยผู้สูงอายุ ผ่านสื่อวีดีโอของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (2566) ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติที่เหมาะสมกับโรค ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การออกกำลังกาย การสร้างอารมณ์ดี และการรับประทานยาตามแผนการรักษา เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและทราบวิธีปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับโรค ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที และมีการส่งข้อมูลความรู้สื่อวีดีทัศน์ต่าง ๆ ผ่านไลน์กลุ่มเพื่อให้กลุ่มทดลองได้ศึกษาด้วยตนเองเพิ่มเติม

2. แบ่งผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลุ่มทดลองเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 12 คน และแบ่งทีมผู้วิจัยเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 1 คน ที่เป็นผู้นำเปิดประเด็นแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยเปิดประเด็นคำถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นอย่างไร (อาการของโรค โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรคของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง) และประเด็นคำถามการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับโรคควรปฏิบัติอย่างไร (การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์ และการรับประทานยา) โดยทีมผู้วิจัยเสนอประเด็นแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ผ่านวิธีการสนทนากลุ่ม เอื้ออำนวยความสะดวกระหว่างแลกเปลี่ยนในกระบวนการกลุ่ม และสรุปประเด็นแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง และตระหนักถึงการส่งเสริมสุขภาพขณะเจ็บป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับโรค ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที รวมใช้เวลาทั้งสิ้นในขั้นที่ 1 ประมาณ 3 ชั่วโมง หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1 ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองนำความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและประสบการณ์ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้เพื่อดูแลตนเองและปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ตนเป็นอยู่

สัปดาห์ที่ 3 ดำเนินตามโปรแกรมขั้นที่ 2 การเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคม โดยจัดอบรมเรื่อง การสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม แจกคู่มือการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และสร้างกลุ่มออนไลน์

ผ่านแอปพลิเคชันไลน์สำหรับกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทั้ง 39 คน ผู้เข้าร่วมการประชุม คือ ผู้ดูแล (บุคคลในครอบครัว) ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลุ่มทดลอง จำนวน 35 คน และ อสม. จำนวน 3 คน มีกิจกรรมดังนี้

1. ทีมผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุ การออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การดูแลภาวะโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการดูแลการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมถึงเทคนิคการสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที จากนั้นมีการส่งข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังไม่ติดต่อกลุ่มทดลอง ทั้งบุคคลในครอบครัวและ อสม. ผ่านไลน์กลุ่มผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลได้ศึกษาด้วยตนเองเพิ่มเติมและสามารถสื่อสารกับผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง

2. แบ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็น 3 กลุ่ม บุคคลในครอบครัว กลุ่มละ 12 คน อสม. กลุ่มละ 1 คน และแบ่งทีมผู้วิจัยเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 1 คน ที่เป็นผู้นำเปิดประเด็นแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยเปิดประเด็นคำถามเกี่ยวกับประเด็นการดูแล/ ให้คำแนะนำ/ เป็นที่ปรึกษาให้กับผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นอย่างไร (การดูแลภาวะโภชนาการเฉพาะโรค การออกกำลังกาย การดูแลการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และวิธีการสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว) โดยทีมผู้วิจัยเสนอประเด็นแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองผ่านวิธีการสนทนากลุ่ม เอื้ออำนวยความสะดวกระหว่างแลกเปลี่ยนในกระบวนการกลุ่ม และสรุปประเด็นแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลที่ถูกต้อง และการเป็นผู้สนับสนุนสำคัญในการให้ผู้อายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีสุขภาพที่ดีและมีความมั่นคงด้านสุขภาพ ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที รวมใช้เวลาทั้งสิ้นในขั้นที่ 2 ประมาณ 3 ชั่วโมง หลังจาก เข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2 แล้ว ผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองนำความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ได้รับไปประยุกต์ใช้เพื่อดูแลผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ตนเป็นอยู่ สำหรับอสม. ที่ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มทดลองนำความรู้เกี่ยวกับและประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ได้รับ ไปประยุกต์ใช้ในการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อสังเกตุและประเมินการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มทดลองจากบุคลลในครอบครัว และสนับสนุนให้กำลังใจผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง และผู้ดูแลในครอบครัวดูแลการปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองอย่างใกล้ชิด

สัปดาห์ที่ 4 ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในวัยผู้สูงอายุและการปฏิบัติที่เหมาะสมกับโรคเมื่อเจ็บป่วย และทบทวนเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรคของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยการติดตามเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์กับผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มทดลองใช้เวลาประมาณ 30 นาที ต่อ 1 คน เพื่อติดตามการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับโรค และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ส่งข้อมูลการทบทวนความรู้ดังกล่าวในไลน์กลุ่มผู้สูงอายุ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลุ่มทดลอง เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ทบทวนความรู้และข้อมูลต่างต่างเกี่ยวกับ โรคและการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับโรค

สัปดาห์ที่ 5 ทบทวนวิธีการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการวิธีการเทคนิคการสร้างความสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว เพื่อสร้างแรงสนับสนุนจากครอบครัว และแรงสนับสนุนจากชุมชนและสังคมจากผู้ดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลุ่มทดลอง โดยการติดตามเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์ ใช้เวลาประมาณ 30 นาทีต่อ 1 คน เพื่อติดตามวิธีการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และสัมพันธภาพในครอบครัวในผู้ดูแลกลุ่มบุคคลในครอบครัว และเพื่อติดตามการเยี่ยมบ้าน และสัมพันธภาพของผู้ดูแลกลุ่ม อสม. กับผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง จากนั้นผู้วิจัยได้ส่งข้อมูลการติดตามและทบทวนการดูแลดังกล่าว ในไลน์กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลุ่มทดลองเพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มทดลองได้ทบทวนวิธีการดูแลและการสร้างสัมพันธภาพที่ดีมากขึ้นกับผู้สูงอายุกลุ่มนี้

สัปดาห์ที่ 8 ติดตามผลของการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม โดยผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุอายุกลุ่มทดลองร่วมกิจกรรมกลุ่มเพื่อทบทวนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพขณะเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับโรค และการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชนและสังคมอีกครั้ง จากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ช่วยเก็บข้อมูลวิจัยที่ผ่านการอบรมแล้วช่วยเก็บข้อมูลกับผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยให้ตอบแบบสอบถามความมั่นคงด้านสุขภาพ (หลังทดลอง) และผู้วิจัยสรุป และปิดโครงการ ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

กลุ่มควบคุม ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยเก็บข้อมูลวิจัยที่ผ่านการอบรมแล้ว เก็บข้อมูลกับผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลุ่มควบคุมโดยตอบแบบสอบถามความมั่นคงด้านสุขภาพ ในสัปดาห์ที่ 2 ถึง 8 ได้รับการดูแลตามปกติเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตนขณะป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมเพื่อตอบแบบสอบถามความมั่นคงด้านสุขภาพในสัปดาห์ที่ 8 โดยพบนักวิจัยตามนัดเพียง 2 ครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยแจกแจง ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับคะแนนความมั่นคงด้านสุขภาพก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Paired-t test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายตัวเป็นแบบโค้งปกติ

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับคะแนนความมั่นคงด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายตัวเป็นแบบโค้งปกติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา เลขที่ 1.2/051/66 เมื่อวันที่ 18 มีนาคม 2566 มีระยะเวลาในการรับรอง 1 ปี ผู้วิจัยได้เข้าชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง หลังจากกลุ่มตัวอย่างรับทราบและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

จึงให้ลงนามในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการปฏิเสธ หรือถอนตัวได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอโดยภาพรวมของผลการศึกษาเท่านั้น และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 2 ปี ที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองจำนวน 35 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.14 อายุส่วนใหญ่ 65-69 ปี ร้อยละ 42.86 (อายุเฉลี่ย 69.14 ปี) สถานภาพแต่งงาน ร้อยละ 62.86 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 88.57 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 42.86 รายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 1000 และส่วนใหญ่มีประจำตัว เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายโรค ร้อยละ 45.72

สำหรับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมจำนวน 35 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.00 อายุส่วนใหญ่ 70-74 ปี ร้อยละ 34.29 ร้อยละ 42.86 สถานภาพแต่งงาน ร้อยละ 71.43 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 91.42 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 48.57 รายได้เฉลี่ย 2062.71 และส่วนใหญ่มีประจำตัว เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 54.29

หลังทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติไคสแควร์และสถิติฟิสเชอร์ พบว่าข้อมูลส่วนบุคคลของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปและความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุม (n=35) และกลุ่มทดลอง (n=35)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	14	40.00	15	42.86	0.81[F]
หญิง	21	60.00	20	57.14	
อายุ (ปี) อายุต่ำสุด 60 ปี สูงสุด 79 ปี อายุเฉลี่ย 69.14 ปี					
60 - 64	6	17.14	6	17.14	0.41[C]
65 - 69	11	31.43	15	42.86	
70 - 74	12	34.29	6	17.14	
75 - 79	6	17.14	8	22.86	
สถานะภาพแต่งงาน					
โสด	1	2.86	3	8.57	0.53[C]
แต่งงาน	25	71.43	22	62.86	
หม้าย	9	25.71	9	25.71	
หย่า/แยกกันอยู่	0	0	1	2.86	

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	32	91.42	31	88.57	0.95[C]
มัธยมศึกษาต้น	1	2.86	1	2.86	
มัธยมปลาย	1	2.86	2	5.71	
อนุปริญญา/ปริญญาตรี	1	2.86	1	2.86	
อาชีพ					
เกษตรกร	11	31.43	13	37.14	0.69[C]
รับจ้าง	3	8.57	5	14.29	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	17	48.57	15	42.86	
อื่น ๆ	4	11.43	2	5.71	
รายได้ (บาท/เดือน) รายได้ต่ำสุด 600 รายได้สูงสุด 7,000 รายได้เฉลี่ย 2,062.71					
< 1000	21	60.00	15	42.86	0.37[C]
1,000-1,999	1	2.86	1	2.86	
2,000-2,999	1	2.86	5	14.28	
3,000-3,999	7	20.00	10	28.57	
> 4,000	5	14.28	4	11.43	
โรคประจำตัว					
เบาหวาน	3	8.57	4	11.43	0.42[C]
ความดันโลหิตสูง	19	54.29	13	37.14	
ไขมันในเลือดสูง	3	8.57	2	5.71	
มีโรคร่วมตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป	10	28.57	16	45.72	

หมายเหตุ F= Fisher's Exact Test, C = Chi-Square

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความมั่นคงด้านสุขภาพของระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นคงด้านสุขภาพเท่ากับ 2.23 (S.D. = 0.46) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นคงด้านสุขภาพเท่ากับ 2.36 (S.D. = 22.60) ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value* = 0.16) ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นคงด้านสุขภาพเท่ากับ 2.58 (S.D. = 0.15) ส่วนกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ย 2.35 (S.D. = 0.29) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความมั่นคงด้านสุขภาพก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นคงด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value* < 0.001) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความมั่นคงด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง (n=35) และกลุ่มควบคุม (n=35) ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

ความมั่นคงด้านสุขภาพ	Mean	SD.	ระดับ	t	P-value
ก่อนทดลอง					
กลุ่มควบคุม	2.36	0.26	ปานกลาง	1.42	0.16
กลุ่มทดลอง	2.23	0.46	ปานกลาง		
หลังทดลอง					
กลุ่มควบคุม	2.35	0.29	ปานกลาง	4.24	< 0.001*
กลุ่มทดลอง	2.58	0.15	มาก		

*p-value < 0.001

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความมั่นคงด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความมั่นคงด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นคงด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความมั่นคงด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n=35)

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		t	P-value
	Mean	SD.	Mean	SD.		
ความมั่นคงด้านสุขภาพ	2.23	0.46	2.58	0.15	4.03	< 0.001*

*p-value < 0.001

การอภิปรายผล

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม ในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดพะเยาพบว่า คะแนนความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นคงด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นคงด้านสุขภาพไม่แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมฯ เนื่องจากกลุ่มทดลองมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับโรคเพิ่มขึ้น ผ่านการรับชมวีดีทัศน์ร่วมกับผู้วิจัยบรรยายและตอบข้อซักถามในประเด็นที่กลุ่มทดลองมีความไม่เข้าใจหรือสงสัย พร้อมทั้งมอบคู่มือเรื่องการสร้างสุขภาพในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมทั้งการเข้ากลุ่มเพื่อร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็น อาการและอาการแสดงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รุนแรงขึ้น ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับโรค ในเรื่องการรับประทานอาหาร

การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์ และการรับประทานยา โดยผู้วิจัยทำหน้าที่สรุปประเด็นปัญหาที่สำคัญและให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ทำให้กลุ่มทดลองได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเองกับผู้อื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จึงทำให้กลุ่มทดลองเกิดความตระหนักในการสร้างเสริมสุขภาพขณะเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับโรคได้ สังเกตได้จากการที่กลุ่มทดลองให้ความสนใจ ตั้งใจฟังขณะที่ทำการบรรยาย มีการถามคำถามในประเด็นที่สงสัย และสามารถตอบคำถามย้อนกลับได้

กิจกรรมนี้ยังมีการจัดทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในวัยสูงอายุและการปฏิบัติที่เหมาะสมกับโรคเมื่อเจ็บป่วยให้กับกลุ่มทดลองผ่านการติดตามเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์ รวมทั้งกลุ่มทดลองสามารถขอรับคำปรึกษาจากคณะผู้วิจัยเมื่อพบปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทำให้กลุ่มทดลองเกิดการเรียนรู้ได้ดีขึ้นและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการปฏิบัติตนได้เหมาะสมกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ตนเป็นอยู่ได้อย่างมีความสุข โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคที่รุนแรง สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวลักษณ์ ถาวรกฤษ, ดวงภรณ์ เนตรสว่าง, อรสา เพิ่มทรัพย์ และชลีรัตน์ อินอ่ำ (2566) พบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ด้านความเชื่อสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้เกิดการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นและไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิตาวดี สิงห์โค, ศากุล ช่างไม้ และทิพา ต่อสกุลแก้ว (2563) พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูงผล เมื่อเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรค และการจัดการอุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรค มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสูงขึ้น การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพเหล่านั้นทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรครุนแรง ส่งผลให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยและเกิดความมั่นคงด้านสุขภาพได้

นอกจากนี้กิจกรรมดังกล่าวยังเป็นกระบวนการจัดการเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีโอกาสเข้าถึงการมีสุขภาพดี ซึ่งมีผลทำให้เกิดความมั่นคงด้านสุขภาพของบุคคลเหล่านี้ได้ และยังสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันหรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรคนั้น ต้องมีการรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะนั้นมีผลกระทบรุนแรงต่อชีวิต รวมถึงการเชื่อว่าการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดจะสามารถลดโอกาสเสี่ยงหรือลดความรุนแรงของโรคได้ ในขณะที่ต้องไม่มีอุปสรรคหรือข้อจำกัดมากเกินไปที่จะเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติ จึงทำให้สุขภาพของบุคคลเหล่านั้นสามารถดำรงอยู่ได้อย่างมั่นคงในสังคม (Janz & Becker, 1984; Strecher & Rosenstock, 1997) ร่วมกับการติดตามการเยี่ยมบ้านจากบุคลากรด้านสุขภาพเพื่อการติดตามภาวะสุขภาพ และการจัดการกับความเครียด การจัดตั้งเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกิดความมั่นคงด้านสุขภาพมากยิ่งขึ้น (ขนิษฐา พิศฉลาด, เกศมณี มูลปานันท์, ภาวดี วิมลพันธุ์ และอรนลิน สิงขรณ์, 2562) สอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญรัศม์

ภุชงค์ชัย, ณัฐปภัสญ์ นวลสีทอง, ธรณินทร์ คุณแขวน และภัททิรา ก้านทอง (2563) ที่โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย การส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กิจกรรมส่งเสริมด้านโภชนาการ กิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย ผ่านการบรรยาย กระบวนการกลุ่ม วิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางแก้ไข พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมดีขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม

โปรแกรมฯ นี้ ยังมีการอบรมให้ความรู้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มทดลอง ได้แก่ ผู้ดูแลหลักในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขที่รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง เพื่อสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้สูงอายุ ผ่านกิจกรรมการบรรยายเรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบบ่อยในวัยสูงอายุ และการเข้ากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประเด็นการดูแลเรื่องภาวะโภชนาการเฉพาะโรค การออกกำลังกาย การบริหารยาให้กับผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมทั้งวิธีการส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว โดยคณะผู้วิจัยเป็นผู้อำนวยความสะดวกระหว่างแลกเปลี่ยนในกระบวนการกลุ่ม และสรุปประเด็นแลกเปลี่ยนเรียนรู้รวมถึงการตอบข้อซักถามเพิ่มเติม และมีการสร้างกลุ่มออนไลน์บนแอพลิเคชันไลน์เพื่อให้ข้อมูลหรือความรู้ต่าง ๆ เช่น การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การดูแลเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน เพื่อให้สามารถนำใช้ข้อมูลในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งในระดับชุมชนและในระดับครอบครัว ที่มีเครือญาติที่ใกล้ชิดกัน มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยให้ความช่วยเหลือ และดูแลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ทั้งด้านการรักษา การเตรียมอาหารและยาเฉพาะโรค เป็นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและช่วยส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดีมีความมั่นคงขึ้นได้ (สังคม ศุภรัตนกุล, ดุษฎี อายุวัฒน์ และพีระศักดิ์ ศรีฤชา, 2555) สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาส ขุมทอง และวิทยา จันตุ (2564) พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคม มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสอดคล้องกับการศึกษาของ Pensirinapa, Thammakul, & Ngowsiri (2020) ที่พบว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมจากครอบครัวและชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น คือ มีค่าไตรกลีเซอไรด์ลดลง และมีค่าเอชดีเอล (HDL) ที่เพิ่มขึ้นได้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของแว่นใจ นาคะสุวรรณ (2563) ที่พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ โดยให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้ให้ผู้สูงอายุมีคะแนนคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จะเห็นได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกิดความมั่นคงด้านสุขภาพ ส่งผลให้ลดผลกระทบจากปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้อย่างยั่งยืน (Kostova et al., 2017; Kostova, Richter, Van Vliet, Mahar, & Moolenaar, 2021)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัด คือ การใช้เทคโนโลยีในการสื่อสาร โดยพบว่าการใช้แอปพลิเคชันไลน์ยังคงเป็นอุปสรรคสำหรับผู้สูงอายุ แม้ว่าในการวิจัยครั้งนี้ได้แก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยการส่งข้อมูลผ่านผู้ดูแลหลัก

ในครอบครัว แต่วิธีการนี้ก็ยังมีข้อจำกัดในแง่ของการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เนื่องจากข้อมูลอาจไม่ได้ถูกส่งต่อไปยังผู้สูงอายุโดยตรงหรืออาจมีการตีความคลาดเคลื่อนระหว่างการสื่อสารผ่านผู้ดูแล ดังนั้น การศึกษาในอนาคตควรคำนึงถึงข้อจำกัดนี้และพัฒนาวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น เช่น การใช้สื่อที่เข้าใจง่ายและเหมาะสมกับวัย หรือการพัฒนาช่องทางการสื่อสารทางเลือกที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้โดยตรง

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถใช้เป็นแนวทางการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในจังหวัดพะเยาและพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

2. ผู้บริหารในสถานบริการสุขภาพทุกระดับสามารถนำไปเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบาย เพื่อพัฒนาความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไม่ติดต่อโรคเรื้อรัง และช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความมั่นคงของผู้สูงอายุได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม ต่อผลลัพธ์ด้านคลินิก และผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมได้

2. ควรมีการศึกษาระยะยาวเกี่ยวกับพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อที่เรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการรับรู้ภาวะสุขภาพ รวมทั้งการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน/สังคม เพื่อเพิ่มความมั่นคงด้านสุขภาพ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2565). *ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ไทย*. สืบค้นเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2565 จาก https://www.dop.go.th/th/know/15/466.

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2567). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2566*. กรุงเทพฯ: โกโกพริ้นท์ (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน). สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน 2567 จาก https://www.dop.go.th/download/statistics/th1738230377-2563_0.pdf.

กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2567). *ข้อเสนอเชิงนโยบายวิกฤตประชากรและสังคมสูงวัย*. สืบค้นเมื่อ 1 มิถุนายน 2567 จาก https://dsdw.go.th/Data/ContenttableFiles/Files/l4zkq4ng.pdf.

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2566). *สื่อมัลติมีเดีย.* สืบค้นเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2565 จาก https://ddc.moph.go.th/dncd/publishvdo.php?vdo.

กองโรคไม่ติดต่อ. (2567). *จำนวนและอัตราตายด้วย 5 โรคไม่ติดต่อ (NCD) ปี 2561-2565*. สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน 2567 จาก https://www.ddc.moph.go.th/dncd/news.php?news=39911.

ขนิษฐา พิศฉลาด, เกศมณี มูลปานันท์, ภาวดี วิมลพันธุ์ และอรนลิน สิงขรณ์. (2562). *รายงานวิจัยการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง.* สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง. สืบค้นเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2565 จาก http://www.thai- explore.net/file_upload/submitter/file_doc/532e29be9c95f7aa2a67de5dc3b751a0.pdf.

คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *ร่างแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12.* สืบค้นเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2565 จาก https://doh.hpc.go.th/data/HL/nationalHealthDevelopment12.pdf.

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา. (2565). *แผนยุทธศาสตร์การพัฒนา คณะพยาบาลศาสตร์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2570*. พะเยา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา.

จุฑามาส ขุมทอง และวิทยา จันตุ. (2564). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตพื้นที่อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 39*(1), 39-48.

ทิตาวดี สิงห์โค, ศากุล ช่างไม้ และทิพา ต่อสกุลแก้ว. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง. *วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์*, *16*(2), 42-60.

ธัญรัศม์ ภุชงค์ชัย, ณัฐปภัสญ์ นวลสีทอง, ธรณินทร์ คุณแขวน และภัททิรา ก้านทอง. (2563). โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลและการแพทย์*, *38*(4), 172-180.

นิตยาทิพย์ แสนแดง และชื่นจิตร โพธิศัพท์สุข. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 36*(3), 33-41.

บุญชม ศรีสะอาด. (2560). *การวิจัยเบื้องต้น*. (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.

ปัทมา ภูพิพัฒน์ผล และบุญเอื้อ บุญฤทธิ์. (2564). รูปแบบการจัดการความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ. *วารสาร มจร อุบลปริทรรศน์*, *6*(3), 649-661.

แว่นใจ นาคะสุวรรณ. (2563). ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, *12*(1), 171-180.

ศิริพร แสงศรีจันทร์, ปะราลี โอภาสนันท์ และมลฤดี เกศหอม. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในจังหวัดพะเยา. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, *36*(3), 117-126.

สังคม ศุภรัตนกุล, ดุษฎี อายุวัฒน์ และพีระศักดิ์ ศรีฤๅชา. (2555). ความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวในชนบทอีสาน. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, *31*(3), 138-150.

สารสนเทศจังหวัดพะเยา P-Health. (2567). *ข้อมูลทะเบียนราษฎร์ ปี 2557-2566*. สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน 2567 จาก http://203.209.96.243/phealth/web/popmoi/default/popgr?cat_id=25&category_name=ข้อมูลประชากรรายปี.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. (2565). *การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ.* สืบค้นเมื่อ 30 ตุลาคม 2565 จาก https://pyo.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11.

เสาวลักษณ์ ถาวรกฤษ, ดวงภรณ์ เนตรสว่าง, อรสา เพิ่มทรัพย์ และชลีรัตน์ อินอ่ำ. (2566). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง. *Trat Hospital Publication*. สืบค้นเมื่อ 30 ตุลาคม 2565 จาก https://www.trathospital.go.th.

อิกรอม กาซอ. (2557). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัว บ้านนิคม ตำบลตลิ่งชัน อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา.* วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา.

Burn, J. C. & Glove, R. (2013). Sample size and statistical power analysis: A practical guide. *Education Quarterly*, *11*(1), 1-47. https://doi.org/10.1177/109019818401100101

Janz, N. K. & Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Journal of Research Methodology, 18*(2), 345-360.

Kostova, D., et al. (2017). Synergies between Communicable and Noncommunicable Disease Programs to enhance global health security. *Emerging Infectious Diseases*, *23*(13), S40-S46. https://doi.org/10.3201/eid2313.170581

Kostova, D., Richter, P., Van Vliet, G., Mahar, M., & Moolenaar, R. L. (2021). The role of noncommunicable diseases in the pursuit of global health security. *Health Security, 19*(3), 288-301. https://doi.org/10.1089/hs.2020.0121

Pensirinapa, N., Thammakul, T., & Ngowsiri, K. (2020). Effectiveness of the participatory health promotion program for improving health outcomes of elderly with non-communicable diseases in municipalities, Thailand: An experimental study. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, *11*(3), 2505-2509. https://doi.org/10.37506/ijphrd.v11i3.2872

Strecher, V. J., & Rosenstock, I. M. (1997). The health belief model. In K. Glanz, F. M. Lewis, & B. K. Rimer (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (2nd edition). Hoboken, NJ: Jossey-Bass.

United Nations Development Programme. (2001). *Human development index*. Retrieved November 10, 2020 from https://hdr.undp.org/content/human-development-report-2001.