e266332

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 4 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2567
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 4 No. 3 September-December 2024

ผลของการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุต่อความรู้ และพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในอำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี

มณฑิชา รักศิลป์[1], สมรัก ครองยุทธ[2*], ทศา ชัยวรรณวรรต[3] และสรวิชญ์ เหล่าดรุณ[4]

[1]คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

[2]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[3]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

[4]โรงพยาบาลน้ำขุ่น อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี

(วันที่รับบทความ: 14 ธันวาคม 2566; วันที่แก้ไข: 26 ธันวาคม 2567; วันที่ตอบรับ: 27 ธันวาคม 2567)

บทคัดย่อ

ปัจจุบันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อช่วยลดความรุนแรงของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุต่อความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การวิจัยกึ่งทดลองนี้ ใช้รูปแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุจำนวน 81 คน จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนในตำบลไพบูลย์ อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี โดยสุ่มเลือกหมู่บ้านและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง แบ่งเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน 23 คน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 41 คน และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดและหัวใจ 17 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย การประเมินความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดำเนินโปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเองเมื่อป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการเยี่ยมบ้านจำนวน 2 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยง มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ Pair t-test เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลอง ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ตามหลัก 3อ 2ส) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับระดับ .05 ($t_{73.8}$, df= 83, p<.001) และค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{15.2}$, df= 83, p< .001)

คำสำคัญ: โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** สมรัก ครองยุทธ; somruk@bcnsp.ac.th

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 4 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2567
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 4 No. 3 September-December 2024

The Effects of Health Promotion Program on Health Care Knowledge and Behavior to Prevent Complications of the Elderly with Chronic Non-Communicable Diseases In Nam Khun District, Ubon Ratchathani Province

Monthicha Raksilp[1], Somruk Krongyudh[2]*, Tasa Chaiwannawat[3] and Sorawich Laodarun[4]

[1]Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University

[2]Boromarajonani College of Nursing, Sunpasitthiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

[3]Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University

[4]Nam Khun Hospital, Nam Khun, Ubon Ratchathani,

(Received: 14 December 2023; Revised: 26 December 2024; Accepted: 27 December 2024)

Abstract

Currently, non-communicable diseases (NCDs) are a major health problem in older adults, which affects the quality of life and increases the risk of complications. Therefore, promoting self-care knowledge and behavior is essential to reduce the severity of the disease and prevent complications. The purpose of this study was to evaluate the effect of the use of the older adults' health promotion program on self-care knowledge in the older adults with NCDs. We conducted a quasi-experimental study, one-group pretest-posttest approach. The sample were 81 older adults that selected through a multi-stage sampling method in Phibun Sub-district, Nam Khun District, Ubon Ratchathani Province. There were 23 diabetes patients, 41 hypertension patients, and 17 cardiovascular disease patients. The participants received a 12-weeks health promotion program, including: evaluation of baseline NCD knowledge, followed by a program encompassing disease education, illness self-care, complication prevention, and two home visits. The research tools for collecting data were questionnaires that was verified for validity. The validity of tools was 0.83. Data were analyzed using Paired t-test to compare pre- and post-intervention outcomes. The results revealed that improved significantly mean scores of NCD knowledge (based on the 3E 2S principle) ($t_{73.8}$, df=83, p<.001. The mean score of the behavior to prevent complications of NCDs increased significantly ($t_{15.2}$, df=83, p<.001).

Keywords: health promotion program, self-care behavior, non-communicable diseases

***Corresponding author**: Somruk Krongyudh; somruk@bcnsp.ac.th

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 4 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2567
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 4 No. 3 September-December 2024

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของไทยที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วง 3-4 ทศวรรษที่ผ่านมาทำให้ประเทศเข้าสู่การเป็น สังคมผู้สูงวัย ตั้งแต่ประมาณปี 2543-2544 คือ มีประชากรอายุ 60 ปีคิดเป็นสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด (Office of the Permanent Secretary for Social Development and Human Security, 2018) ในปี 2563 ประเทศไทยมีประชากรรวม 66.5 ล้านคน ประชากรสูงอายุของประเทศไทยได้เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างเร็ว ซึ่งในปี 2563 ผู้สูงอายุได้เพิ่มจำนวนเป็น 12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด ประเทศไทยจึงกำลังจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” ในปี 2565 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.), 2564) ประเทศไทยซึ่งกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว และมีประเด็นทางสังคมและเศรษฐกิจที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับนโยบายและมาตรการเพื่อความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุไทยภายใต้วาระ 2030 ของการพัฒนาที่ และการพัฒนาอนุสัญญา ว่าด้วยสิทธิมนุษยชนของผู้สูงอายุในอนาคต (Anantanasuwong, Theerawanviwat & Siripanich, 2019)

จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ในปี พ.ศ. 2560 ผู้สูงอายุร้อยละ 15.0 ประเมินว่าสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับที่ไม่ดีถึงไม่ดีมาก ๆ ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้สูงอายุมีสุขภาพไม่แข็งแรง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมถึงโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง มะเร็ง เบาหวาน และโรคปอดเรื้อรัง เป็นสาเหตุรวมกันถึงร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก มากกว่าสามในสี่ของการเสียชีวิตจากโรค แข็งแรง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งหมด และ 86% ของประชากร 17 ล้านคนที่เสียชีวิตก่อนวัยอันควรหรือก่อนอายุครบ 70 ปีนั้นเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลาง โรคไม่ติดต่อมีปัจจัยเสี่ยงหลักสี่ประการ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย การใช้แอลกอฮอล์ที่เป็นอันตราย และอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ (World Health Organization, 2022) มากกว่าสามในสี่ของการเสียชีวิตของ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งหมดทั่วโลกและ 86% ของ 17 ล้านคนเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเกิดขึ้นใน ประชากรของประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง low- and middle-income countries; LMICs (LMICs) (Ansari, Abedi & Shah, 2019) ภาระของการเสียชีวิตที่ต่ำกว่า-5 เป็นสัดส่วน ในกลุ่มครอบครัวยากจนใน LMICs (Fagbamigbe, Adeniji & Morakinyo, 2022) อัตราการเสียชีวิตโดยเฉลี่ยก่อนวัยอันควรจากโรคเอ็นซีดีได้ลดลงทั่วโลก (Martinez et al, 2020) การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ การจัดการความเครียด การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคม และการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอเป็นแนวทางสำคัญในการป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้สูงอายุ จากการศึกษาของ อุไรวรรณ วรกุลรังสรรค์ (2559) พบว่า รูปแบบในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต้องการมากที่สุด คือการจัดอบ รมให้ความรู้เพื่อช่วยขับเคลื่อนให้ผู้ป่วยมีความมุ่งมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน โดยอาจจัดอบรมให้ความรู้ ซึ่งเป็นความต้องการของผู้ป่วยส่วนใหญ่ การจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ และมีการติดตามผลเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการปฏิบัติตนอย่างต่อเนื่องโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้ป่วยเพื่อเป็นการกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วย

จากการศึกษาของ เอมอร ชัยประทีป (2561) พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการอบรมความรู้ ด้านสาธารณสุข ตรวจสุขภาพเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง และดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ทำให้ผู้สูงอายุใน

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 4 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2567
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 4 No. 3 September-December 2024

ชมรมมีความรู้ ความเข้าใจในการลดพฤติกรรม และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และสามารถนำไปใช้ในชีวิตได้เป็นอย่างดี และจากการศึกษาของ (Anantanasuwong, Theerawanviwat & Siripanich, 2019) พบว่ามาตรฐานการครองชีพของผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ยากจน ได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐานต่ำ และขึ้นอยู่กับการดูแลจากครอบครัวและเงินช่วยเหลือจากรัฐบาล และมีแนวโน้มที่จะอาศัยอยู่คนเดียวหรือกับคู่สมรสที่มีลูกน้อยลงเพื่อเลี้ยงดูพวกเขาในวัยชรา ทั้งนี้การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยการจัดโปรแกรมที่ผ่านมาไม่มุ่งเน้นการสร้างแรงจูงใจระยะยาว ขาดการประเมินผลกระทบต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ดังนั้นควรมีการออกแบบโปรแกรมที่ยืดหยุ่นและเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม โดยคำนึงถึงปัจเจกบุคคลและบริบทชีวิตจริงของผู้ป่วยประเด็นสำคัญที่ได้รับการทบทวนชี้ให้เห็นว่าจำเป็นต้องมีนโยบายแบบบูรณาการและมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในระดับต่างๆ ซึ่งเป็นหนึ่งในความท้าทายหลักในการเป็นสังคมสูงอายุที่ active ageing และ healthy ageing

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุต่อความรู้ และพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้รับความรู้ และมีพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพตนเอง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนอยู่ในเกณฑ์ที่ปลอดภัย เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุต่อความรู้ และพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี

สมมติฐานของการวิจัย

หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการปฏิบัติตนตาม 3 อ 2 ส สูงกว่าก่อนการทดลอง

2. หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการปฏิบัติการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สูงกว่าก่อนการทดลอง

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (One group pre-posttest design)

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้คือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 81 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว โรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดและหัวใจอำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 4 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2567
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 4 No. 3 September-December 2024

จังหวัดอุบลราชธานี ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling) โดยเริ่มจากการเลือกตำบลไพบูลย์ อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี เป็นพื้นที่ศึกษา จากนั้นใช้การสุ่มหมู่บ้านด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้แก่ ผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรัง ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคเบาหวาน 23 คน โรคความดันโลหิตสูง 41 คน และโรคหลอดเลือดและหัวใจ 17 คน รวมทั้งสิ้น 81 คน โดยคำนึงถึงความสมัครใจและความสามารถในการสื่อสาร และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการศึกษามากกว่าร้อยละ 80 ซึ่งจำนวนผู้ร่วมวิจัยที่คงอยู่จนสิ้นสุดโปรแกรมทั้งสิ้น 81 คน เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power เวอร์ชั่น 3.1 (Faul et al, 2007) โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ ที่ 0.80 และคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (effect size) โดยค่า medium effect size ที่ค่า 0.5 (Cohen, 1988) ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ จึงกำหนดค่า effect size ที่ 0.5 คำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 27 ราย ที่มีโรคประจำตัว โรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดและหัวใจ ได้จำนวนกลุ่มตัวตัวอย่างทั้งสิ้น 81 ราย

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล พัฒนาเครื่องมือวิจัยโดยใช้การประยุกต์หลัก 3อ 2ส ตามแนวทางกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2560) โดยดำเนินการสร้างแบบประเมินจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดที่เกี่ยวข้อง

เครื่องมือประกอบด้วยแบบประเมิน 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) อาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การจัดการอารมณ์ 4) การสูบบุหรี่ 5) การดื่มสุรา โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งระดับเป็น 4 ระดับโดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คะแนนเต็ม 100 คะแนน ระดับ 80-100 คะแนน=ดีมาก 60-79 คะแนน ระดับดี 40-59 คะแนน ระดับปานกลาง และ <40 คะแนน ระดับ ต้องปรับปรุง (Bloom et al, 1956) และวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการทดลอง ประกอบด้วยแบบประเมิน 3 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 ข้อมูลสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ ตอนที่ 2 แบบประเมินความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ (ตามหลักปฏิบัติตนตาม 3อ 2ส) จำนวน 10 ข้อ และ ตอนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง จำนวน 30 ข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ มีระยะเวลาดำเนินการทั้งหมด 12 สัปดาห์ โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดความเสี่ยงจากโรคเรื้อรัง กิจกรรมในโปรแกรมถูกออกแบบให้ครอบคลุมทั้งด้านความรู้ การปฏิบัติตัว และการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1-2 โปรแกรมเริ่มต้นด้วยการให้ความรู้แบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ รวมถึงวิธีการดูแลตนเองตามหลัก 3อ 2ส (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ และลดหวาน ลดเค็ม ลดมัน) ทั้งยังสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิต เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้พื้นฐานที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพตนเอง

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 4 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2567
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 4 No. 3 September-December 2024

สัปดาห์ที่ 3-4 กิจกรรมจะเน้นเรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การเลือกอาหารที่มีประโยชน์ ลดหวาน มัน เค็ม พร้อมทั้งส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสม เช่น การเดิน การยืดเหยียด หรือโยคะ พร้อมฝึกปฏิบัติจริง เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุสามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวันได้

สัปดาห์ที่ 5-6 โปรแกรมจะมุ่งเน้นไปที่การจัดการความเครียดและกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีจัดการความเครียด เช่น การฝึกสมาธิ การหายใจลึก และกิจกรรมผ่อนคลาย เช่น ฟังเพลงหรืออ่านหนังสือ นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เพื่อสร้างเครือข่ายสนับสนุนในชุมชน ช่วยลดความโดดเดี่ยวและเพิ่มกำลังใจในการดูแลสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 7-8 กิจกรรมจะเน้นการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยง เช่น การปรับปรุงพื้นที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม ลดอุปสรรคในการเดินหรือทำกิจวัตรประจำวัน รวมถึงสร้างความตระหนักรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงในสิ่งแวดล้อมที่อาจกระตุ้นให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

สัปดาห์ที่ 9-10 โปรแกรมจะมุ่งเน้นไปที่การสนับสนุนทางสังคม โดยจัดกิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุเพื่อประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ให้กำลังใจ กระตุ้นเตือน และให้คำแนะนำเฉพาะบุคคล ซึ่งช่วยสร้างแรงจูงใจและเสริมสร้างกำลังใจในการปฏิบัติตนอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 11-12 จะเป็นช่วงของการทบทวนและติดตามผล โดยทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง พร้อมทั้งประเมินผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น ความสามารถในการปฏิบัติตามหลัก 3อ 2ส และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพื่อวัดผลสำเร็จของโปรแกรม ซึ่งโปรแกรมนี้ครอบคลุมพฤติกรรมสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังใน 3 มิติ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวตามหลัก 3อ 2ส และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผ่านการตรวจสอบค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยคำนวณหาค่า (IOC: Index of item objective congruence=0.62 และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ได้ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการระหว่างดือน พฤศจิกายน 2565 ถึง เดือน มกราคม 2566 ดังนี้

1. ประสานงานผู้ที่เกี่ยวข้อง นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ผู้ใหญ่บ้านชมรมผู้สูงอายุ ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตัวแทนผู้สูงอายุ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัย

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 4 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2567
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 4 No. 3 September-December 2024

2. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการประเมินความรู้ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนแบบบูรณาการ ของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อนเข้าร่วมโครงการ 1-2 สัปดาห์

3. ให้ความรู้ และอภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเรื่อง การดูแลและส่งเสริมภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคเรื้อรัง การสร้างความตระหนักรู้เพื่อลดความเสี่ยงโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุที่มีภาวะ โรคเรื้อรัง

4. สาธิตและฝึกทักษะการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกายและการทรงตัวขอผู้สูงอายุ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

5. กิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุเพื่อประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง

6. ติดตามผล โดยทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง พร้อมทั้งประเมินผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่และร้อยละ ข้อมูลคะแนนความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ(ตามหลักปฏิบัติตนตาม 3อ 2ส) และพฤติกรรมการปฏิบัติการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ paired-t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.01

จริยธรรมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลซึ่งได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และข้อมูลส่วนตัวจะถูกเก็บรักษา ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ผู้ที่เข้าร่วมวิจัยสามารถออกจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาไม่มีผลกระทบต่อสิทธิและหน้าที่ที่ได้รับหรือพึงได้รับในอนาคต ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี รหัส HE652038 วันที่อนุมัติ 7 ตุลาคม 2565 วันสิ้นสุดการอนุมัติ 7 ตุลาคม 2566

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลสุขภาพลักษณะบุคคล กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งหมด 81 คน คิดเป็นร้อยละ 100 มีอายุเฉลี่ย 62.37 ปี (S.D.=10.84, range=55-65) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.8 มีสถานะสมรสอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 74.7 จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.3 มีอาชีพทำไร่ทำนาทำสวน ร้อยละ 92.8 ส่วนมากครอบครัวมีรายได้เฉลี่ยต่อปี 30,000-49,000 บาท ข้อมูลสุขภาพพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้รับประทานยาเป็นประจำ ยาที่ไม่ได้รับประทานเป็นประจำ ได้แก่ ยาเบาหวาน ร้อยละ 85.5 ยาลดความดันโลหิต ร้อยละ 72.3 ยาโรคไต

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 4 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2567
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 4 No. 3 September-December 2024

ร้อยละ 91.6 ยาขยายหลอดเลือด ร้อยละ 95.2 ยาละลายลิ่มเลือด ร้อยละ 91.6 ยาระบบประสาท ร้อยละ 96.4 และยานอนหลับ ร้อยละ 92.8 ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองดี ร้อยละ 49.4

ส่วนที่ 2 ผลการประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ (ตามหลักปฏิบัติตนตาม 3อ 2ส)

ก่อนเข้าร่วมโครงการมีความรู้อยู่ในช่วงร้อยละ 60-79 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.7 ภายหลังจากร่วมโครงการมีความรู้อยู่ในช่วงร้อยละ 80-100 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.5 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การประเมินผลความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ (ตามหลักปฏิบัติตนตาม 3อ 2ส) (n = 81)

เกณฑ์การประเมินความรู้	ก่อนเข้าร่วมโครงการ		หลังเข้าร่วมโครงการ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ร้อยละ 1-59	32	39.5	10	12.30
ร้อยละ 60-79	37	45.7	22	27.20
ร้อยละ 80-100	12	14.8	49	60.50

จากการทดสอบ pair t-test พบว่าผู้เข้าร่วมโครงการมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ (ตามหลักปฏิบัติตนตาม 3อ 2ส) แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{73.8}$, *df*= 81, *p*<.001) ดังตารางที่ 2

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ (ตามหลักปฏิบัติตนตาม 3อ 2ส) ก่อนและหลังผู้เข้าร่วมโครงการ (n=81)

กิจกรรม	Mean	S.D.	*D*	SD_d	T	df	95 %CI		Cohen's d
							LL	UL	
ก่อนเข้าร่วมโครงการ	55.30	20.50	19.40	2.39	73.82	81	18.87	19.92	8.12
หลังเข้าร่วมโครงการ	74.70	15.59							

**p value<.01*

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคเรื้อรังก่อนเข้าร่วมโครงการด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=24.80, S.D.=6.96) ด้านการบริโภคอาหาร และด้านการจัดการกับความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=39.45, S.D.=7.57 และ $\bar{X}$=26.56, S.D.=5.81) และเมื่อหลังเข้าร่วมโครงการค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังด้านการบริโภคอาหาร

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 4 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2567
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 4 No. 3 September-December 2024

ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$=42.97, S.D.=0.20, $\bar{X}$=42.97, S.D.=27.58 และ $\bar{X}$=32.38, S.D.=5.79) ดัง ตารางที่ 3

ตาราง 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการปฏิบัติการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n=81)

ความตระหนักรู้ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคเรื้องรัง	ก่อนเข้าร่วมโครงการ			หลังเข้าร่วมโครงการ			Z	*p* value
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ		
ด้านการบริโภคอาหาร	39.45	7.57	ปานกลาง	42.97	0.20	มากที่สุด	13.04	<.001*
ด้านการบริโภคอาหาร	39.45	7.57	ปานกลาง	42.97	0.20	มากที่สุด	13.04	<.001*
ด้านการออกกำลังกาย	24.80	6.96	มาก	27.58	7.04	มากที่สุด	9.05	<.001*
ด้านการจัดการความเครียด	26.56	5.81	ปานกลาง	32.38	5.79	มากที่สุด	137	<.001*
คะแนนรวม	30.27	8.00		34.31	7.87	มากที่สุด		<.001*

**p value<.01*

จากการทดสอบ pair t-test พบว่าผู้เข้าร่วมโครงการมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการปฏิบัติการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{15.12}$, *df*= 81, *p*<.001) ดังตารางที่ 4

ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรัง ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ (n=81)

กิจกรรม	$\bar{X}$	S.D.	*d*	SD_d	t	df	95 %CI		Cohen's d
							LL	UL	
ก่อนเข้าร่วมโครงการ	1.77	.69	.74	.05	15.12	81	.64	.83	14.80
หลังเข้าร่วมโครงการ	2.51	.69							

**p value<.01*

อภิปรายผล

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้รับประทานยาเป็นประจำ แม้จะเป็นกลุ่มที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จึงสะท้อนให้เห็นถึงความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา เนื่องจากการไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ส่งผลให้การควบคุมโรคไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นประเด็นที่น่ากังวล เนื่องจากการขาดความร่วมมือในการใช้ยาส่งผลให้การควบคุมโรคไม่มีประสิทธิภาพและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งพบปัจจัยที่ส่งผลต่อปัญหานี้ ได้แก่ การใช้ยาหลายขนาน ภาวะหลงลืม และแบบแผนการใช้ยาที่ซับซ้อน การจัดการกับอุปสรรคเหล่านี้มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาผลลัพธ์ทางสุขภาพในประชากรกลุ่มนี้ (Odubanjo et al, 2024; Tv et al, 2021) นอกจากนี้ยังพบว่า ภาวะหลงลืมเป็นอุปสรรคที่พบบ่อยของการขาดความร่วมมือในการใช้ยาใน โดยผู้สูงอายุร้อยละ 59 (Odubanjo et a, 2024) ภาวะการรู้คิดที่เสื่อมถอยยิ่งจึงส่งผล~~ทำ~~ให้ปัญหานี้ทวีความรุนแรงขึ้น (Ramos et al, 2023) นอกจากนี้ยังพบว่า ความกังวลเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์จากยาและความเชื่อว่ายาเป็นอันตรายหรือไม่จำเป็น มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา (Odubanjo

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 4 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2567
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 4 No. 3 September-December 2024

et al, 2024; Ramos et al, 2023) การพัฒนาความร่วมมือในการใช้ยา โดยการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์: จึงสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ในความร่วมมือในการใช้ยา เนื่องจากความพึงพอใจในการสื่อสารมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอัตราความร่วมมือในการใช้ยา(Lee & Choi, 2024) การปรับลดความซับซ้อนของแบบแผนการรักษาและการใช้ระบบเตือนความจำ จึงสามารถช่วยจัดการกับปัญหาการหลงลืมและความบกพร่องด้านการรู้คิด (Ramos et al, 2023) และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและความสำคัญของความร่วมมือในการใช้ยา สามารถลดความกังวลและความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการใช้ยา (Navarro, 2020)

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีผลการประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ (ตามหลักปฏิบัติตนตาม 3อ 2ส) กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2560) ก่อนเข้าร่วมโครงการมีความรู้อยู่ในช่วงร้อยละ 60-90 ภายหลังจากร่วมโครงการ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในช่วงร้อยละ 80-100 และมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ (ตามหลักปฏิบัติตนตาม 3อ 2ส) แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าการที่ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม อาจเป็นผลมาจากกลยุทธ์สำคัญในโปรแกรมที่ใช้การให้ความรู้แบบมีส่วนร่วม ผ่านกิจกรรมกลุ่มที่เน้นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้สูงอายุ ร่วมกับการใช้สื่อที่เข้าใจง่าย และการสาธิต ทำให้ผู้สูงอายุเข้าใจเนื้อหาได้ดีขึ้น ผ่านรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผ่านกิจกรรมกลุ่มและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Zhang, Teo & Theng, 2024) สอดคล้องกับการศึกษาของ Togatorop et al (2024) ที่พบว่า การจัดกิจกรรมกลุ่มด้านโภชนาการและการสาธิตอาหารช่วยส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การใช้สื่อและการสาธิตที่เข้าใจง่าย โดยเฉพาะการประยุกต์ใช้วัตถุดิบในท้องถิ่น ช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพที่ซับซ้อนได้ดีขึ้น (Kukier, 2019) นอกจากนี้ การนำเทคโนโลยีมาใช้ในรูปแบบการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์ยังช่วยพัฒนาทักษะการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิผล (Yin et al, 2024) ตลอดจนแนวทางการจัดการเรียนรู้ดังกล่าวสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ผู้ใหญ่ของ Knowles ที่เน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์และการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Castillo, 2024) อย่างไรก็ตาม Verschelden et al (2024) ชี้ให้เห็นว่า การจัดการเรียนรู้ควรคำนึงถึงความแตกต่างของผู้สูงอายุและบริบททางวัฒนธรรม เพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด การจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่ผสมผสานการสาธิตและสื่อที่เข้าถึงได้ง่าย ส่งผลเชิงบวกต่อความรู้และการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุ โดยความสำเร็จของการจัดการเรียนรู้ขึ้นอยู่กับการปรับให้เหมาะสมกับบริบทและความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม

พฤติกรรมการปฏิบัติการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการปฏิบัติการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคเรื้อรังก่อนเข้าร่วมโครงการ ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับมาก ด้านการบริโภคอาหาร และด้านการจัดการกับความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อหลังเข้าร่วมโครงการค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 4 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2567
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 4 No. 3 September-December 2024

ความเครียด อยู่ในระดับมากที่สุดการที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ดีขึ้นปัจจัยสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโปรแกรมเริ่มต้นด้วยการให้ความรู้แบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยเน้นการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ การปรับสภาพแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยง และกิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุเพื่อประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง จะเห็นว่าการจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ทำให้ผู้สูงอายุเรียนรู้ได้ดีเมื่อได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และเห็นประโยชน์ที่จะนำไปใช้ได้จริง ซึ่งงสอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภชาติ เขมวุฒิพงษ์ (2566) พบว่าปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นไปในทางบวก นอกจากนี้ จุฑามาส และวิทยา (2561) พบว่าโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติ การรับรู้ในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ จากผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการปฏิบัติการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง แต่มีแนวโน้มที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้นหลังเข้าร่วมโครงการ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพสามารถกระตุ้นให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ รุจิรางค์ วรรณ์ธนาทัศน์ (2560) ที่พบว่าประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ 2ส ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม พบว่าผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลตนเอง มีการรับรู้ความสามารถตนเอง มีความคาดหวังในผลลัพธ์ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการบริโภคอาหาร การออก กำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่ $p \leq .001$ นอกจากนี้เป็นผลมาจากกิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อสนับสนุน และติดตามประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของทีมผู้วิจัย สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าการเยี่ยมบ้านเชิงป้องกันส่งผลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจและการยอมรับในตนเองของผู้สูงอายุ โดย Nivestam et al (2021) พบว่าการให้คำแนะนำและการสนับสนุนรายบุคคลช่วยเพิ่มความรู้สึกควบคุมสุขภาพและความพร้อมในการเผชิญปัญหาสุขภาพ อีกทั้งยังช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า ซึ่งส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตและแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ ตลอดจนการเยี่ยมบ้านส่งผลเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Blotenberg, Seeling & Büscher (2023) ที่พบว่าการเยี่ยมบ้านช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตและพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะด้านการเคลื่อนไหว โภชนาการ และการมีส่วนร่วมทางสังคม ตลอดจนกิจกรรมให้ความรู้ด้านสุขภาพระหว่างการเยี่ยมบ้านช่วยสร้างความไว้วางใจและความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะด้านหัวใจและหลอดเลือด (de Lima et al, 2017) นอกจากนี้ Carrick et al (2024) ยังพบว่า การผสมผสานการให้ความรู้ด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และความปลอดภัยในบ้าน ช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิผล

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 4 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2567
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 4 No. 3 September-December 2024

จากผลการวิจัยข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพมีประสิทธิผลในการพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ (1) การให้ความรู้แบบมีส่วนร่วมผ่านกิจกรรมกลุ่มและสื่อที่เข้าใจง่าย (2) การติดตามและสนับสนุนอย่างต่อเนื่องผ่านการเยี่ยมบ้านและการสร้างแรงจูงใจ และ (3) การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนช่วยสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพเพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด ควรพัฒนาระบบติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน รวมทั้งปรับรูปแบบกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทและความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. การพัฒนาโปรแกรมสุขภาพผู้สูงอายุควรเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

2. หน่วยนงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปประยุกต์ใช้ โดยเฉพาะการพัฒนาศักยภาพทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลควบคู่กับการเสริมพลังในการดูแลสุขภาพ

3. หน่วยงานสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมไปใช้ในการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาความแตกต่างของพฤติกรรมในแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมด้านร่างกาย และด้านโภชนาการ เพื่อพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

2. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2556). *คู่มือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในการปฏิบัติตามหลัก 3อ. 2ส.* นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

จุฑามาส ขุมทอง และ วิทยา จันตุ. (2561). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุที่เป็น โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในเขตพื้นที่อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 39(1), 39-48.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (2564). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 4 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2567
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 4 No. 3 September-December 2024

เอกสารอ้างอิง

รุจิรางค์ วรรณ์ธนาทัศน์. (2560). ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ 2สของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, *36*(1), 2-12.

ศุภชาติ เขมวุฒิพงษ์ . (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดตรัง. *วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา, 3*(2), 79-95.

เอมอร ชัยประทีป. (2561) การศึกษาความรู้และพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชมรมผู้สูงอายุเทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี. *วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต, 5*(2), 77-88.

อุไรวรรณ วรกุลรังสรรค์. (2559). ผลการใช้สารสนเทศทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: กรณีศึกษาผู้ป่วยศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองชุมพร อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร, *วารสารวิจัยสมาคมห้องสมุดแห่งประเทศไทยฯ, 9*(2), 53-69.

Anantanasuwong, D., Theerawanviwat, D., Siripanich, P. (2019). *Panel Survey and Study on Health, Aging, and Retirement in Thailand*. In: Gu, D., Dupre, M. (eds) Encyclopedia of Gerontology and Population Aging. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-69892-2_982-1

Ansari M.A., Abedi A.J., & Shah M.S. (2019). Risk Factors of Non-communicable Diseases and its Effective Surveillance with STEP wise Approach. *Journal of comprehensive health 9*(1), 46-47.

Blotenberg, B., Seeling, S., & Büscher, A. (2023). The health-related quality of life of older people through preventive home visits: A quantitative longitudinal study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *37*(3), 698-709. https://doi: 10.1111/scs.13150

Bloom, B. S., Engelhart, M. D., Furst, E. J., Hill, W. H., & Krathwohl, D. R. (1956). *Handbook I: cognitive domain*. New York: David McKay, 483-498.

Carrick, R. M., Brinkley, T., Harvey, C., Johnson, A., Penney, T., Sauls, T. K., & Kearney, P. J. (2024). Promoting home safety with older adults: a systematic review of occupational therapy interventions. *Quality in Ageing and Older Adults*, *25*(3), 164-188. https://doi: 10.1108/qaoa-11-2023-0080

Castillo, A. A. P. (2024). Promotion and control of chronic non-communicable diseases in older adults: A Bibliographical Review. *Centro Sur*, *8*(2), 63-79. https://doi: 10.37955/cs.v8i2.346

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for Behavioral Sciences*. New York: Academic Press.

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 4 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2567
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 4 No. 3 September-December 2024

เอกสารอ้างอิง

de Lima, P. A., Silva, M. D. G. F., Ferreira, J. D. F., Morais, P. C. A., Maurício, T. F., & Moreira, R. P. (2017). Atividades Educativas sobre saúde cardiovascular para idosos em domicílio. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, *11*(11), 4498-4504. https://doi: 10.5205/1981-8963-V11I11A15022P4498-4504-2017

Fagbamigbe, A.F., Adeniji, F.I.P. & Morakinyo, O.M. (2022). Factors contributing to household wealth inequality in under-five deaths in low- and middle-income countries: decomposition analysis. *BMC Public Health, 22*(769), 1-21. https://doi.org/10.1186/s12889-022-12988-

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*(2), 175-191. https://doi.org/10.3758/bf03193146

Kukier, J. (2019). Media Education of Seniors as a form of Action Against the Digital Marginalization of People over 65 Years of Age. *21st Century Pedagogy*, *3*(1), 56-61.

Lee, E., & Choi, M. (2024). Factors associated with medication adherence among older adults with multimorbidity: A culture perspective. *Geriatric nursing (New York, N.Y.)*, *55*, 297-303. https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2023.11.018

Martinez, R., Lloyd-Sherlock, P., Soliz, P., Ebrahim, S., Vega, E., Ordunez, P., & McKee, M. (2020). Trends in premature avertable mortality from non-communicable diseases for 195 countries and territories, 1990-2017: a population-based study. *The Lancet Global health*, *8*(4), e511-e523. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30035-8

Navarro, M. D. (2020). Patients' empowerment and the role of patients' education. *Medical research archives*, *8*(12), 1-7.

Nivestam, A., Petersson, P., Westergren, A., & Haak, M. (2021). Older person's experiences of benefits gained from the support and advice given during preventive home visits. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *35*(4), 1096-1103. https://doi: 10.1111/SCS.12923

Odubanjo, O. A., Tipping, B., & Greenstein, L. S. (2024). Medication adherence in geriatric patients attending medical outpatient department. *South African Family Practice*, *66*(1), 6011. https://doi: 10.4102/safp.v66i1.6011

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 4 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2567
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 4 No. 3 September-December 2024

เอกสารอ้างอิง

Office of the Permanent Secretary for Social Development and Human Security. (2018). *Thai elderly population: present. and the future*. Bangkok: Center for Information and Communication Technology. Office of the Permanent Secretary for Social Development and Human Security.

Ramos, P. H. O., da Silva, J. V., Junior, J. D. R. M. L., da Silva Freitas, D., Marques, M. C. P., Barros, L. A. A., & Batista, M. C. A. (2023). *Hypertension in the elderly: Determining factors for non-adherence to drug therapy, potentiated by the Covid-19 pandemic*. Seven Seven Edition.

Togatorop, L., Tarigan, D. A. B., Barus, J. P. M. B., Gea, A. T. M., Sianipar, C. L. E., & Sembiring, I. T. (2024). Edukasi Pentingnya Meningkatkan Pola Hidup Sehat Pada Lansia. *Sevaka: Hasil Kegiatan Layanan Masyarakat*, *2*(1), 06-11.

Verschelden, P., Vanderlinden, J., Lambers, S., & Es, E. (2024). 87 A co-creative healthy lifestyle program for social vulnerable community dwelling older adults. *European Journal of Public Health*, *34*(Supplement_2), ckae114-004.

World Health Organization. (2022). *Invisible numbers: the true extent of noncommunicable diseases and what to do about them*. Geneva: World Health Organization.

Yin, Z., Sun, R., He, R., Liu, H., Yuan, Z., Huang, T & Zhao, J. (2024). Effects of e-educational programmes among older adults with non-communicable diseases: a protocol of systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, *14*(8), e082703. https://doi: 10.1136/bmjopen-2023-082703

Zhang, Y., Teo, W. P., & Theng, Y. L. (2024). Co-creating a synchronous tele-education program with community-dwelling older adults using a participatory approach: a mixed-methods study. *Journal of Applied Gerontology*, *43*(12), 1878-1892.