



รายงานการวิจัย

เรื่อง

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม
สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่เทศบาลนครนนทบุรี

The Effects of Participatory Health Promotion Program for Elderly with
Non-communicable Diseases in Nonthaburi Municipality

โดย

รองศาสตราจารย์ ดร.นิตยา เพ็ญศิริินภา

อาจารย์ ดร.ธีระวุธ ธรรมกุล

อาจารย์ ดร.กนิษฐ ใจวัศศิริ

ได้ขอรับทุนอุดหนุนการวิจัยวิชาการ (กองทุนรัตนโกสินทร์สมโภช 200 ปี)

ประจำปี 2560

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

ชื่อเรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ในพื้นที่เทศบาลนครนนทบุรี

ชื่อผู้วิจัย รองศาสตราจารย์ ดร.นิตยา เพ็ญศิริินภา และคณะ

ปีที่แล้วเสร็จ 2561

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) พัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และ 2) วัดประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่เทศบาลนครนนทบุรี ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน และผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่เทศบาลนครนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเลือกแบบเจาะจงจำนวน 26 คน และตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูง ได้จากสุ่มเลือกศูนย์บริการสาธารณสุข 2 แห่งเป็นพื้นที่ทดลองและอีก 2 แห่งเป็นพื้นที่ควบคุม และจับฉลากเลือกผู้สูงอายุที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ รวมตัวอย่างที่เก็บข้อมูลได้ครบ 84 คน เป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มควบคุม 44 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแนวทางการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย แบบสอบถามความเชื่อในความสามารถตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง กิจกรรมทางกาย แบบทดสอบสุขภาพจิต การวัดสมรรถนะทางกายสำหรับผู้สูงอายุ การตรวจสุขภาพและการตรวจเลือด ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่เป็นแบบสอบถามความเชื่อ และวัดสุขภาพจิตเท่ากับ 0.83 และ 0.86 ตามลำดับ และเครื่องมือในการทดลองเป็นโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นจากการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองนาน 3 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบที

ผลการศึกษาพบว่า 1) โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นมีรูปแบบเน้นกระบวนการเสริมพลังเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเอง โดยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ปัญหาและความเสี่ยงด้านสุขภาพของตน ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีการฝึกทักษะ ให้ร่วมวางแผนและเป้าหมายในการดูแลตัวเองด้านการบริโภคอาหาร ออกกำลังกาย จัดการความเครียด และการใช้ยา จัดกิจกรรม 4 ครั้งห่างกันทุก 1 เดือน มีการจัดกลุ่มย่อยเพื่อกระตุ้นสมาชิกและแข่งขันกันระหว่างกลุ่ม 2) การประเมินประสิทธิผล พบว่ากลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ มีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ในด้านความเชื่อในความสามารถตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง สมรรถนะทางกายด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนล่างและส่วนบน ความอดทนด้านแอโรบิก ความอ่อนตัวส่วนล่าง และความว่องไวและการทรงตัว ระดับน้ำตาลในเลือด และน้ำตาลในเลือดสะสม ไขมันโคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ และเอชดีแอล รวมทั้งสุขภาพจิต เมื่อเปรียบเทียบผลหลังการทดลองระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในประเด็นสมรรถนะทางกายด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนบน ความอดทนด้านแอโรบิก ความอ่อนตัวส่วนล่าง ความอ่อนตัวส่วนบนข้างซ้าย และความว่องไวและการทรงตัว เส้นรอบเอว ความดันโลหิตตัวบน ไขมันไตรกลีเซอไรด์ ไขมันเอชดีแอล และสุขภาพจิต

คำสำคัญ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม การจัดการตนเอง
เทศบาลนครนนทบุรี

Title: The Effects of Participatory Health Promotion Program for Elderly with Non-communicable Diseases in Nonthaburi Municipality

Researchers: Associate Professor Dr.Nittaya Pensirinapa et al.

Year: 2018

Abstract

The objectives of this study were: 1) to develop participatory health promotion program for elderly with non-communicable diseases, and 2) to measure effectiveness of the health promotion program for elderly with non-communicable diseases in Nonthaburi Municipality. Study population was stakeholders and elderly with non-communicable diseases in Nonthaburi Municipality. The first sample group was 26 stakeholders from purposive selection. Another sample was elderly who suffer from diabetes and/or hypertension. They were selected by sampling 2 health centers for an experimental group and other 2 health centers for a control group. Simple random sampling was used for assigning the elderly that match a criteria to be members of the experimental and control groups. Total sample having completed data were 84, 40 in the experimental group and 44 in the control group. Instruments consist of focus group discussion guideline, questionnaires of self-efficacy and self-care behavior, Global Physical Activity Questionnaire, test of mental health, a senior fitness test, physical examination and laboratory test. The psychological tools for self-efficacy and mental health were examined for reliability of 0.83 and 0.86, respectively. The developed health promotion program by stakeholders' involvement was used as an experimental tool. Data were collected at baseline and 3 months after running the health promotion program. Statistics used were descriptive statistic and t-test.

Findings showed that: 1) The developed health promotion program focused on empowerment process that enhanced patients self-care, by learning their own problems and risks, behavioral self-assessment, skills practicing, and participating in planning and goal setting for their self-care including dietary, exercise, stress management, and medication taking. There were monthly 4-learning-sessions for 3 month period. A small group was initiated for self-motivation and competition between the groups. 2) The program's effects, the experimental group demonstrated positive improving outcomes on self-efficacy, self-care behavior, physical fitness (lower and upper muscular strength, aerobic endurance, lower body flexibility and agility/dynamic balance), fasting blood sugar, haemoglobin A1C, cholesterol, triglyceride, LDL, and mental health. Comparing posttest between groups, significant improved of health outcomes with the better scores were found in the experimental group than the control group in physical fitness (upper muscular strength, aerobic endurance, lower body flexibility, left upper body flexibility and agility/dynamic balance), waist circumference, systolic blood pressure, triglyceride, HDL, and mental health.

Key Words: Elderly health care, Non-communicable disease, Participatory health promotion program, Self-management, Nonthaburi Municipality

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยการสนับสนุนงบประมาณของมหาวิทยาลัยสุโขทัย – ธรรมมาธิราช เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่เทศบาลนครนนทบุรี ขอขอบคุณนายกเทศมนตรีนครนนทบุรี รองนายกเทศมนตรีนครนนทบุรี นางมรภฏ บัวแดง ผู้อำนวยการสำนักการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครนนทบุรี และนายแพทย์ปิยะ พงศ์รัตน์ หัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครนนทบุรี ที่ได้ให้ความสำคัญและอนุญาตให้ทำการศึกษารวบรวมข้อมูลในพื้นที่ของศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลนครนนทบุรี อีกทั้งให้การสนับสนุนบุคลากร สถานที่ และงบประมาณในการเจาะตรวจโลหิตผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง ขอขอบคุณนางจินตนา กอนันต์ชัย นางอรัญญา ปุระณมณีวิวัฒน์ นางวินิตตรา แจ้วเสียง และนางนฤกร ยาสุขกิจ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนนทบุรีที่ 6, 5, 1 และ 4 ตามลำดับ ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการติดต่อประสานงานกับชุมชนและกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งร่วมเป็นวิทยากรกลุ่มในการอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับกลุ่มทดลอง ทำให้การดำเนินงานวิจัยเป็นไปอย่างราบรื่น

ขอขอบคุณผู้นำชุมชน แกนนำผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง และครอบครัว ที่ได้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม ช่วยในการติดต่อประสานงานพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายในการเก็บข้อมูลวิจัย ขอขอบคุณผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่เห็นความสำคัญและเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ทำให้การวิจัยดำเนินการได้ต่อเนื่องตามแผน

ขอขอบคุณรองศาสตราจารย์ ดร.บุญยง เกียรติการค้า รองศาสตราจารย์ ดร.นิรัตน์ อิมามี และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรณ์ วัฒนสมบุรณ์ ที่กรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาและให้คำแนะนำการปรับปรุงเครื่องมือการวิจัย และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรุงแก้ไขโครงการและรายงานวิจัยให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่างานวิจัยฉบับนี้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง หน่วยงานสาธารณสุข และผู้กำหนดนโยบาย โดยจะเป็นแนวทางในการพัฒนานโยบายและการบริการที่ส่งผลให้เกิดสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง รวมทั้งช่วยให้ผู้สูงอายุที่ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง อันจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ในระยะยาว คุณงามความดีทั้งหลายที่เกิดจากการวิจัยนี้ขอมอบให้แก่ทุกท่านที่ได้กล่าวนามมาแล้วข้างต้น รวมทั้งผู้ที่ไม่สามารถกล่าวนามได้หมดในที่นี้ ที่ช่วยให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

นิตยา เพ็ญศิริธนา

ธีระวุธ ธรรมกุล และกนิษฐา ใจวัศริ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
สมมติฐานการวิจัย	5
นิยามคำศัพท์	6
ขอบเขตการการวิจัย	7
ประโยชน์ที่ได้รับ	8
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	9
ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ	9
ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุ	12
แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการประเมินผลลัพธ์	17
แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ	21
การมีส่วนร่วมของชุมชนด้านสาธารณสุข	24
บทบาทของเทศบาลในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	29
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	31
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	38
รูปแบบการวิจัย	38
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	38
เครื่องมือวิจัย	40
การเก็บรวบรวมข้อมูล	42
สถิติที่ใช้ในการวิจัย	43

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	44
ส่วนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรคของการสร้างเสริม สุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน เพื่อพัฒนา โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ	44
ส่วนที่ 2 ผลการวิจัยประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบ มีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	52
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	83
สรุปการวิจัย	83
อภิปรายผล	92
ข้อเสนอแนะ	97
บรรณานุกรม	100
ภาคผนวก ก เครื่องมือในการวิจัย	106
1. ประเด็นการสนทนากลุ่มศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรคของการสร้าง เสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน เพื่อพัฒนาโปรแกรม การสร้างเสริมสุขภาพ	107
2. แบบสอบถามเก็บข้อมูลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	108
3. โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่เทศบาลนครนนทบุรี	117
4. สมุดบันทึกสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง	140
ภาคผนวก ข ใบบรรองโครงการวิจัยของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี	149
ภาคผนวก ค ความคิดเห็นของผู้แทนกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการ สร้างเสริมสุขภาพ	151

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เข้าร่วมสนทนากลุ่มจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (N=26)	44
ตารางที่ 4.2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	53
ตารางที่ 4.3 ระดับคะแนนความเชื่อในความสามารถตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง	57
ตารางที่ 4.4 ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายในและระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง	57
ตารางที่ 4.5 ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง	59
ตารางที่ 4.6 ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังภายในและระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง	59
ตารางที่ 4.7 ระดับของกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง	60
ตารางที่ 4.8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนนาทีต่อวันของการมีกิจกรรมทางกายในการทำงานระดับปานกลางถึงหนัก ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายในและระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง	61
ตารางที่ 4.9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนนาทีต่อวันของการมีกิจกรรมทางกายในการเดินทางจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายในและระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง	62
ตารางที่ 4.10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนนาทีต่อวันของการมีกิจกรรมทางกายในยามว่างระดับปานกลางถึงหนักของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายในและระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง	62
ตารางที่ 4.11 ระดับของสมรรถนะทางกายด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนล่างของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง	63

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.12 เปรียบเทียบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนล่างของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง	64
ตารางที่ 4.13 ระดับของสมรรถนะทางกายด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนบนของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง	65
ตารางที่ 4.14 เปรียบเทียบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนบนของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง	65
ตารางที่ 4.15 ระดับของสมรรถนะทางกายด้านความอดทนด้านแอโรบิกของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง	66
ตารางที่ 4.16 เปรียบเทียบความอดทนด้านแอโรบิกของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง	67
ตารางที่ 4.17 ระดับของสมรรถนะทางกายด้านความอ่อนตัวส่วนล่างของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง	68
ตารางที่ 4.18 เปรียบเทียบด้านความอ่อนตัวส่วนล่างของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง	68
ตารางที่ 4.19 ระดับของสมรรถนะทางกายด้านความอ่อนตัวส่วนบนข้างขวาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง	69
ตารางที่ 4.20 เปรียบเทียบความอ่อนตัวส่วนบนข้างขวาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง	69
ตารางที่ 4.21 ระดับของสมรรถนะทางกายด้านความอ่อนตัวส่วนบนข้างซ้ายของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง	70

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.22 เปรียบเทียบความอ่อนตัวส่วนบนข้างซ้ายของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง	71
ตารางที่ 4.23 ระดับของสมรรถนะทางกายด้านความว่องไวและการทรงตัวของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง	71
ตารางที่ 4.24 เปรียบเทียบความว่องไวและการทรงตัวของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง	72
ตารางที่ 4.25 ระดับดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง	73
ตารางที่ 4.26 เปรียบเทียบดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง	73
ตารางที่ 4.27 เปรียบเทียบเส้นรอบเอวของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง	74
ตารางที่ 4.28 เปรียบเทียบค่าความดันโลหิตตัวบนของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง	75
ตารางที่ 4.29 เปรียบเทียบค่าความดันโลหิตตัวล่างของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง	76
ตารางที่ 4.30 เปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง	76
ตารางที่ 4.31 เปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง	77
ตารางที่ 4.32 เปรียบเทียบค่าระดับโคเลสเตอรอลของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง	78
ตารางที่ 4.33 เปรียบเทียบค่าระดับไตรกลีเซอไรด์ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง	79
ตารางที่ 4.34 เปรียบเทียบค่าระดับไขมันความหนาแน่นต่ำของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง	79

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.35 เปรียบเทียบค่าระดับไขมันความหนาแน่นสูงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง	80
ตารางที่ 4.36 ระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง	81
ตารางที่ 4.37 ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทั้งก่อนและหลังการทดลอง	82



ญ

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1.1 กรอบการดำเนินการวิจัย

หน้า

8



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและสำคัญของปัญหาการวิจัย

ในปัจจุบันพบว่าอายุขัยเฉลี่ยของประชากรทั่วโลกยืนยาวมากขึ้น สืบเนื่องจากการพัฒนา ด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข จึงทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่มี ประสิทธิภาพมากขึ้น ในขณะที่อัตราการเกิดของประชากรกลับลดลง โครงสร้างประชากรจึงมีการ เปลี่ยนแปลงโดยสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อย่างก้าว กระโดด โดยในปี 2553 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุ 7.02 ล้านคน (ร้อยละ 10.7 ของประชากรรวม) ในปี 2555 เพิ่มขึ้นเป็น 8.3 ล้านคน (ร้อยละ 12.8 ของประชากรรวม) และในปี 2559 พบว่าประเทศไทย มีสัดส่วนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 9.9 ล้านคน (ร้อยละ 15.2 ของประชากรรวม) (กองยุทธศาสตร์และ แผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2560) และคาดการณ์ว่าในปี 2568 และปี 2574 ประเทศไทยจะมี ผู้สูงอายุ ร้อยละ 20 และ ร้อยละ 28 ตามลำดับ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ, 2556) นั่นแสดงว่าประเทศไทยได้เป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society)

จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ในปี 2557 พบว่าโรคที่มักพบใน ผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ข้ออักเสบ/ข้อเสื่อม โรคถุงลมโป่งพอง/หลอดลมปอด อุดกั้นเรื้อรัง หลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย และอัมพาต โดยมากกว่าร้อยละ 60 และร้อยละ 10 ของผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ตามลำดับ และจากการสำรวจสวัสดิการและอนามัย พ.ศ. 2558 พบว่า ประมาณร้อยละ 56 ของ ผู้สูงอายุ ที่รายงานว่าตนเองมีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดย ผู้สูงอายุเพศชาย และเพศหญิง ร้อยละ 37 และ 42 ตามลำดับ ที่รายงานว่าไม่มีโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรค ขึ้นไป (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) ในด้านปัญหาสังคม พบว่า อัตราการ พึ่งพิงของประชากรสูงอายุต่อคนวัยทำงานเพิ่มขึ้น จากคนวัยทำงาน 100 คนที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ 25.4 คน (ปี 2559) และคาดว่าในปี 2570 และ 2680 จะเพิ่มขึ้นเป็น 40.4 คน และ 54.95 คน ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2560) พบผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง คนเดียวในเขตเทศบาลมีมากถึงร้อยละ 10 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) ซึ่ง ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่สำคัญคือ จำเป็นต้องเพิ่มประสิทธิผลการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในวัยสูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หกล้ม และสุขภาพจิต มีการ เสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อตาม บริบทของพื้นที่ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560)

ปัจจุบันประเทศไทยได้มีการพัฒนาและขยายพื้นที่เขตเมืองมากขึ้น โดยเทศบาลเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นหน่วยงานนิติบุคคลที่มีหน้าที่บริหารจัดการการพัฒนาในพื้นที่ท้องถิ่น ตามระเบียบราชการส่วนท้องถิ่น โดยมีอำนาจหน้าที่ที่ต้องทำในการส่งเสริมการพัฒนาสตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และผู้พิการ และพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 ได้กำหนดให้มีการมอบอำนาจหรือถ่ายโอนภารกิจบริการ สาธารณะให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีการจัดสรรภาษีและอากร เงินอุดหนุนและรายได้ อื่นให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสำหรับภารกิจบริการสาธารณะ ซึ่งหนึ่งในหกด้าน คือ ด้านงาน ส่งเสริมคุณภาพชีวิต นอกจากนี้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ได้สนับสนุน และกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน และภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อ ดำเนินการแสวงหาผลกำไร ดำเนินงานและบริหารจัดการเงินทุนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตาม ความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้าง หลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ ซึ่งเป็นที่มาของ “ระบบหลักประกันสุขภาพในระดับ ท้องถิ่นหรือพื้นที่” ภายใต้การดำเนินงานของเทศบาล โดยงบประมาณการดำเนินงานจะได้จาก 4 แหล่ง คือ 1) กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในส่วนของการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกัน โรค ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด 2) เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับ จากเทศบาลในอัตราส่วนมากน้อยแล้วแต่ขนาดของเทศบาล 3) เงินสมทบจากชุมชนหรือกองทุน ชุมชน และ 4) รายได้อื่น ๆ หรือทรัพย์สินที่กองทุนได้รับมาในกิจการของกองทุน ทั้งนี้กองทุน หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่มีวัตถุประสงค์สำคัญที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุคือ เพื่อ เป็นค่าใช้จ่ายในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน โรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพของหน่วยบริการ และเพื่อส่งเสริมให้กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ป่วย เรื้อรังที่อยู่ในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข อย่างน้อยตามชุดสิทธิ ประโยชน์ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด จะเห็นได้ว่าเทศบาลมีบทบาท ภารกิจสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ การสร้าง เสริมสุขภาพและป้องกันโรค การส่งเสริมให้เข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น การพัฒนาและส่งเสริม คุณภาพชีวิต รวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ (สำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2561)

เทศบาลนครนนทบุรี มีพื้นที่ 38.9 ตารางกิโลเมตร แบ่งการปกครองเป็น 5 ตำบล ได้แก่ ตำบลสวนใหญ่ ตำบลบางเขน ตำบลตลาดขวัญ ตำบลท่าทราย และตำบลบางกระสอบ ปัจจุบันมี ประชากร รวม 255,315 คน มีครัวเรือนรวม 149,383 ครัวเรือน (เทศบาลนครนนทบุรี, 2561) นับว่า พื้นที่ในเขตเทศบาลนครนนทบุรีเป็นสังคมผู้สูงอายุเพราะมีจำนวนประชากรสูงอายุ คิดเป็น ร้อยละ 21.8 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี, 2561) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 14 จากการ สสำรวจสุขภาพของครัวรวมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครนนทบุรี โดยเทศบาลนครนนทบุรี และคณะ

สังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (2558) สุ่มสำรวจประชากรผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครนนทบุรี พบว่าเป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้หมด ร้อยละ 83.7 ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน ร้อยละ 15.9 และช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลยร้อยละ 0.4 เมื่อพิจารณาสุขภาพทางกายพบผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 94.0 เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 84.4 โดยร้อยละ 66.0 ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงนั้นไม่สามารถควบคุมอาการได้ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา และร้อยละ 24.8 ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ภายใน 6 เดือนเช่นกัน ในขณะที่ผลสำรวจระดับดัชนีมวลกาย พบว่าร้อยละ 65.3 น้ำหนักเกินกว่ามาตรฐาน ส่วนการออกกำลังกายพบว่าร้อยละ 55.5 ของผู้สูงอายุที่ไม่ออกกำลังกาย ในด้านสุขภาพจิตพบว่าร้อยละ 15.0 ของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป และร้อยละ 21.9 มีแนวโน้มเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า จะเห็นได้ว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญในวัยสูงอายุ คือโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ที่พบมากกว่าร้อยละ 80 ในกลุ่มผู้สูงอายุ และทั้งสองโรคนี้มีปัจจัยเสี่ยงร่วมกันคือ ภาวะน้ำหนักเกิน ไขมันในเลือดสูง พฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการบริโภค การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ซึ่งหากผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือโรคเบาหวาน ได้รับการส่งเสริมสุขภาพที่ดี สามารถดูแลตนเองในเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม รวมถึงการกินยาตามแพทย์สั่งการรักษา จะช่วยให้สามารถควบคุมโรคได้ ลดการเกิดโรคแทรกซ้อน โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะไตวาย จอตาเสื่อม เป็นการป้องกันความพิการ และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

สำหรับการส่งเสริมสุขภาพในประชากร รวมถึงผู้สูงอายุ จำเป็นต้องส่งเสริมการมีวิถีชีวิตที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ การสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง และการปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพที่เน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในประชากร ซึ่งที่ผ่านมาได้มีการวิจัยทดสอบรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดทฤษฎีต่างๆ มาอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามแนวโน้มต่อไปจำเป็นต้องคำนึงถึงการนำรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพไปใช้ได้ในบริบทที่มีข้อจำกัดด้านสภาพแวดล้อมและเศรษฐกิจ ให้เกิดความสมดุลระหว่างความต้องการใช้ทรัพยากรเพื่อการพัฒนาสุขภาพกับการพัฒนาด้านอื่นๆ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006, p. 3) การสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มักมีปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังควรเน้นให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองโดยช่วยเหลือตนเองได้ มีความแข็งแรง และมีความพึงพอใจในชีวิตให้ได้มากที่สุด การสร้างเสริมสุขภาพนับเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและความเสี่ยงต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006, p. 287) ซึ่งนโยบายการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อปี 2560 ของกระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า การจะให้บรรลุเป้าหมายลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ลดอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานรายใหม่ ในขณะที่ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานต้องสามารถควบคุมโรคได้นั้น มาตรการสำคัญอย่างหนึ่งที่จะทำ ให้เป้าหมายดังกล่าวบรรลุคือการมีส่วนร่วมของชุมชน ไม่ว่าจะเป็นประชาชน ครอบครัว ชุมชน

องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเน้นกลยุทธ์พัฒนากลไกให้ชุมชน ท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วม รวมทั้งพัฒนาศักยภาพของประชาชนและชุมชน (สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย และแผนงานเครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ, 2559, น. 9-11) ซึ่งสามารถนำแนวคิดการการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยกระบวนการ AIC และกระบวนการเสริมพลัง (Empowerment) มาประยุกต์ใช้ (จิรวรรณ หัสโรค์ และคณะ, 2542, น. 49-57; นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2557ก, 2557ข) ในการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุและศักยภาพของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

การศึกษาข้อมูลเบื้องต้นจากผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมของเทศบาลนครนนทบุรี พบว่าปัจจุบันเทศบาลนครนนทบุรีมีศูนย์บริการสาธารณสุขจำนวน 6 แห่ง ให้บริการด้านสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ สำหรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จะเน้นการดูแลผู้ป่วยที่สามารถควบคุมโรคได้ในระดับที่ไม่รุนแรงซึ่งได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าให้มารับการรักษาและรับยาที่ศูนย์บริการสาธารณสุข ทั้งนี้ทางเทศบาลนครนนทบุรี มีบุคลากรผู้ให้บริการจำนวนจำกัด ในขณะที่มีความรับผิดชอบหลายด้าน การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนอกจากการรักษาแล้ว แพทย์จะมีเวลาให้คำแนะนำสั้นๆ บางรายแพทย์จะส่งต่อให้เจ้าหน้าที่ของศูนย์บริการสาธารณสุขให้ความรู้เป็นรายบุคคล โดยยังไม่มีกระบวนการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพที่เน้นให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ รวมถึงยังไม่มีความร่วมมือเชื่อมโยงระหว่างผู้ป่วย ชุมชน และศูนย์บริการสาธารณสุขอย่างชัดเจน ซึ่งส่วนหนึ่งอาจมีปัจจัยมาจากความเป็นสังคมเมืองของเทศบาลที่ประชาชนย้ายถิ่นมาจากหลากหลายพื้นที่ และแต่ละครอบครัวมีภาระหน้าที่การทำงานที่แตกต่างกัน ทำให้การรวมตัวร่วมมือกันเป็นไปได้ยากกว่าประชาชนในชนบท ปรากฏการณ์ดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของมูลนิธิสถาบันและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (2559) ที่พบว่าระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของเครือข่ายปฐมภูมิ 8 แห่ง ทั่วประเทศ พบว่าหน่วยบริการส่วนใหญ่ดำเนินการตามแนวทางที่ส่วนกลางกำหนด ในด้านการสนับสนุนการดูแลตนเองส่วนใหญ่เป็นการให้สุขศึกษารายกลุ่มและรายบุคคล โดยแพทย์และพยาบาลเป็นผู้ประเมิน แล้วส่งต่อให้ทีมสหวิชาชีพให้ความรู้เฉพาะด้าน ทุกแห่งมีการใช้คู่มือหรือสมุดประจำตัวผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อกลับไปบ้านไม่ได้เปิดอ่าน/ดู และไม่พบการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยร่วมวางแผนในการดูแลรักษาและกำหนดเป้าหมายในการดูแลตัวเองร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ พบว่าพยาบาลผู้รับผิดชอบต้องการได้รับการพัฒนาทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ข้อเสนอในการศึกษาครั้งนี้คือ ควรให้การดูแลที่เน้นให้ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง การเพิ่มการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ร่วมกับการให้ชุมชนมีส่วนร่วม จะส่งผลให้เกิดการลดและป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น และนำไปสู่ผลลัพธ์สุขภาพประชาชนที่ดีขึ้น

การทบทวนวรรณกรรม พบว่าการวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่ดำเนินการในพื้นที่ที่ไม่ใช่เขตเมือง การกำหนดรูปแบบและกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพทำโดยผู้วิจัย และมีการประเมินผลของโปรแกรมที่ความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพ หรือพฤติกรรม

สุขภาพ กับและผลลัพธ์ด้านสุขภาพบางอย่าง (อุษา ทศนวิน และคณะ, 2553; ดวงสมร นิลตานนท์ และจุฬารัตน์ โสตะ, 2553; Anurung, 2015) การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งที่การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาล โดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ครอบคลุมทั้งผู้สูงอายุและครอบครัว อสม. ผู้นำชุมชน ผู้บริหารของเทศบาล บุคลากรของศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลและโรงพยาบาลเครือข่าย เพื่อให้โปรแกรมสอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการให้การสนับสนุนผู้ป่วยในการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้กระบวนการเรียนรู้ในโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพจะเน้นการเสริมพลังให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองมีส่วนร่วมในการกำหนดสิ่งที่ต้องการเรียนรู้ ร่วมวางแผนในการดูแลรักษาและกำหนดเป้าหมายในการดูแลตัวเอง การประเมินผลความก้าวหน้าในการดูแลตนเองและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการดูแลตนเองระหว่างผู้ป่วยเป็นระยะๆ รวมทั้งการสร้างแรงจูงใจและกำลังใจ เพื่อเสริมสร้างความเชื่อใจในความสามารถ และส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง (นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2557, น.18; Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006, pp. 291–292) ทั้งนี้รูปแบบโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้นจะมีการทดลองดำเนินการและติดตามประเมินผลในระยะเวลา 3 เดือน เพื่อจะทำให้มีข้อมูลยืนยันถึงผลของการดำเนินงานตามโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยการประเมินผลจะวัดทั้งความเชื่อใจในความสามารถตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง สมรรถนะทางกาย สุขภาพกาย และสุขภาพจิต เพื่อให้มีข้อมูลผลสัมฤทธิ์ต่อสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจขยายผลไปใช้กับศูนย์บริการสาธารณสุขอื่นๆ ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี รวมถึงเทศบาลอื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความเชื่อใจในความสามารถตนเอง มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทำให้สามารถควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ ป้องกันความพิการ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2.2 เพื่อวัดประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

3. สมมติฐานการวิจัย

3.1 ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายหลังจากที่เข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม มีความเชื่อใจในความสามารถตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง สมรรถนะทางกาย สุขภาพกาย และสุขภาพจิต ดีวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

3.2 ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่เข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม มีความเชื่อในความสามารถตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง สมรรถนะทางกาย สุขภาพกายและสุขภาพจิต หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ

4. นิยามศัพท์/นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

4.1 ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60-80 ปี อาศัยในพื้นที่เทศบาลนครนนทบุรี และเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่เกิน 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ได้ติดต่อกัน 2 ครั้ง ซึ่งรับการรักษาที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า หรือได้รับการส่งต่อให้มารับการรักษาและรับยาที่ศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลนครนนทบุรี

4.2 โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม หมายถึง ชุดกิจกรรมการเรียนรู้ที่จัดทำกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่พัฒนาขึ้นจากการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่มุ่งให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการตนเอง จากการเรียนรู้ปัญหาและความเสี่ยงด้านสุขภาพของตน ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง กำหนดสิ่งที่ต้องการเรียนรู้ ร่วมวางแผนในการดูแลรักษาและกำหนดเป้าหมายในการดูแลตัวเอง มีการสนับสนุนโดยชุมชนและสถานบริการสาธารณสุขให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ประเมินผลความก้าวหน้าในการดูแลตนเองและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการดูแลตนเองระหว่างผู้ป่วยเป็นระยะๆ

4.3 ความเชื่อในความสามารถตนเอง หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ต่อความมั่นใจในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในเรื่องการบริหารโภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการใช้ยา โดยสามารถเอาชนะอุปสรรค จัดการ หรือเลือกปฏิบัติในสิ่งที่จะส่งผลดีต่อสุขภาพ

4.4 พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง การกระทำของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในเรื่องการบริหารโภชนาการ การมีกิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด และการใช้ยา ที่จะส่งผลดีต่อสภาวะโรคทำให้สามารถควบคุมโรคและภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ประเมินโดยให้ผู้สูงอายुरายงานการปฏิบัติของตนเอง ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

4.4.1 การบริหารโภชนาการ หมายถึง การกระทำของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในเรื่องการลดการบริโภคอาหารที่มีรสหวานจัด มันจัด และเค็มจัด เพิ่มการบริโภคผัก ผลไม้รสไม่หวาน วัดโดยแบบมาตรฐานค่าที่สะท้อนความถี่ของการปฏิบัติ

4.4.2 กิจกรรมทางกาย หมายถึง กิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ใช้กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ในการทำงาน การเดินทาง และในยามว่าง ในระดับความหนัก ความนาน และความถี่ที่เพียงพอและส่งผลดีต่อสุขภาพ รวมถึงการลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง วัดโดยแบบสอบถามกิจกรรมทางกาย (Global Physical Activity Questionnaire)

4.4.3 การจัดการความเครียด หมายถึง การกระทำของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในเรื่องการมีวิธีผ่อนคลายความเครียด ความกดดันในชีวิต การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน วัดโดยแบบมาตราประมาณค่าที่สะท้อนความถี่ของการปฏิบัติ

4.4.4 การใช้ยา หมายถึง การกระทำของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในเรื่องการกินยาและ/หรือการฉีดยารักษาโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน ตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยไม่มีการปรับยาเอง หรือใช้ยาของผู้อื่น

4.5 สมรรถนะทางกาย หมายถึง ส่วนประกอบของร่างกายผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่แสดงถึงความแข็งแรง ความอดทน และความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ การทรงตัว ความแข็งแรงและความอดทนของระบบไหลเวียนเลือด และระบบหายใจ ทดสอบตาม Senior Fitness Test คือ 1) ลูก-ยืน-นั่ง 30 วินาที 2) ยกน้ำหนักขึ้นลง 30 วินาที 3) ย่ำเท้ายกเข่าสูง 2 นาที 4) นั่งเก้าอี้แตะปลายเท้า 5) มือไขว้หลังแตะกัน และ 6) ลูก-เดิน-นั่ง ไปกลับ 16 ฟุต (กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย, 2552)

4.6 สุขภาพกาย หมายถึง องค์ประกอบของร่างกายที่สะท้อนถึงผลการดูแลตนเองทางกายของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ความดันโลหิต ระดับน้ำตาล และไขมันในเลือด

4.7 สุขภาพจิต หมายถึง สภาวะด้านจิตใจ อารมณ์ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่รู้สึกเป็นสุข และสามารถปรับตัวกับเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงที่เข้ามาในชีวิต วัดด้วยแบบวัดสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต 15 ข้อ

5. ขอบเขตการวิจัย และกรอบการดำเนินการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยให้ภาคประชาชน ท้องถิ่นและสถานบริการสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการออกแบบโปรแกรมและกิจกรรม ร่วมกับนักวิชาการอาจารย์มหาวิทยาลัยที่เป็นนักวิจัย และมีการทดลองใช้เพื่อวัดประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ในพื้นที่ของเทศบาลนครนนทบุรี ระยะเวลาในการทดลองใช้โปรแกรมฯ 3 เดือน



ภาพที่ 1.1 กรอบการดำเนินการวิจัย

6. ประโยชน์ที่ได้รับ

6.1 ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้รับการสร้างเสริมสุขภาพ สามารถควบคุมโรคได้ ลดภาวะแทรกซ้อน

6.2 เทศบาลนครนนทบุรี ได้รูปแบบโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถขยายบริการให้ครอบคลุมพื้นที่

6.3 หน่วยงานท้องถิ่นได้ต้นแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่สามารถประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ที่บริบทคล้ายคลึงกัน

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่เทศบาลนครนนทบุรี ได้มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นกรอบในการศึกษาวิจัย ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุ
3. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการประเมินผลลัพธ์
4. แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ
5. การมีส่วนร่วมของชุมชนด้านสาธารณสุข
6. บทบาทของเทศบาลในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

สหประชาชาติยังไม่ได้มีนิยามที่แน่นอนว่าอายุเท่าใดจึงจะเรียกว่าผู้สูงอายุ แต่สหประชาชาติใช้อายุ 60 ปี ขึ้นไป ในการนำเสนอข้อมูลและตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ สำหรับประเทศไทยกำหนดนิยาม “ผู้สูงอายุ” ไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พศ.2554 มาตรา 3 ว่า “ผู้สูงอายุ” หมายความว่าบุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560)

1.2 สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย

แนวโน้มโครงสร้างประชากรทั่วโลก และของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงโดยสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อย่างก้าวกระโดด เนื่องจากอายุขัยเฉลี่ยคนเราเพิ่มขึ้นและอัตราเกิดลดลง โดยในปี 2553 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุ 7.02 ล้านคน (ร้อยละ 10.7 ของประชากรรวม) ในปี 2555 เพิ่มขึ้นเป็น 8.3 ล้านคน (ร้อยละ 12.8 ของประชากรรวม) และในปี 2559 พบว่าประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 9.9 ล้านคน (ร้อยละ 15.2 ของประชากรรวม) (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2560) และคาดการณ์ว่าในปี 2568 และปี 2574 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุ ร้อยละ 20 และ ร้อยละ 28 ตามลำดับ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2556) นั่นแสดงว่าประเทศไทยได้เป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society)

1.3 การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจในผู้สูงอายุ

วัยผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงทางทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม มีดังต่อไปนี้

1.3.1 การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย วัยผู้สูงอายุ เป็นช่วงวัยที่เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอยลงของอวัยวะและระบบต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งส่งผลสุขภาพร่างกาย จิตใจ และการดำรงวิถีชีวิตประจำวัน การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่สำคัญมีดังนี้

1) **ระบบหายใจ** ประสิทธิภาพในการหายใจของผู้สูงอายุลดลง เนื่องจากความสามารถในการทำงานของปอดและกล้ามเนื้อบริเวณทรวงอกลดลง (Sharma and Goodwin, 2006) รวมทั้งผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของทรวงอกโดยมีการโค้งและงอของกระดูกสันหลังจึงทำให้ช่องอกมีปริมาตรลดลง เวลาหายใจจึงต้องใช้แรงมากขึ้น และยังทำให้ต้องใช้พลังงานในการหายใจมากขึ้นจึงต้องเพิ่มอัตราการหายใจเพื่อให้ได้รับออกซิเจนมากขึ้นด้วย ในขณะที่ภายในปอดผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงเกิดความไม่สมดุลระหว่างการระบายอากาศ (Ventilation) และการกำซาบ (Perfusion) ออกซิเจน และพื้นที่ผิวของถุงลม (Alveolar surface area) ลดลง จึงทำให้การแลกเปลี่ยนแก๊สลดลงด้วย ซึ่งการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุฝึกการหายใจได้ถูกต้อง จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถหายใจได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2) **ระบบหัวใจและหลอดเลือด** หัวใจของผู้สูงอายุมีความแข็งแรงและความสามารถในการบีบหดตัวได้ลดลง เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของมวลกล้ามเนื้อและความยืดหยุ่นลดลง โดยเฉพาะหัวใจห้องล่างซ้ายซึ่งมีการหนาตัวเพิ่มขึ้น (hypertrophy) (Lata & Alia, 2007) ประกอบกับผนังหลอดเลือดที่มีความหนาตัวมากขึ้นและมีความยืดหยุ่นลดลงจากการเกาะของไขมัน เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งกระด้าง (Atherosclerosis) เพิ่มขึ้น เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองตีบได้ จึงทำให้หัวใจต้องทำงานหนักขึ้นเพื่อบีบเลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกายได้เพียงพอ

3) **ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก** มวลกล้ามเนื้อในส่วนต่างๆ ของร่างกายผู้สูงอายุลดลง ความสามารถและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อจึงลดลง ความหนาแน่นของมวลกระดูกลดลงเรื่อยๆ (Seansuwong et al., 2009) กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่อบางลง ความสามารถในการรับแรงกระแทกลดลง รวมถึงเอ็นข้อต่อเริ่มสูญเสียความยืดหยุ่นและเกิดโรคข้อเสื่อมจากการใช้งานมาเป็นระยะเวลานาน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้มีผลต่อการเคลื่อนไหวร่างกาย การทรงตัว การประกอบกิจวัตรประจำวัน รวมถึงเกิดการปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดหลัง ปวดข้อทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้ม กระดูกเปราะ หักง่ายโดยเฉพาะกระดูกข้อมือ กระดูกสันหลังและกระดูกสะโพก (มณีรัตน์ไชยานนท์, 2548) จนเป็นสาเหตุของความพิการและ คุณภาพชีวิตลดลงได้

4) **ระบบทางเดินอาหารและระบบการขับถ่าย** ปัญหาการเสื่อมของฟันทำให้ผู้สูงอายุเคี้ยวอาหารไม่ละเอียด เกิดอาการจุกเสียด ท้องอืด การดูดซึมไม่ดี ร่วมกับการหลั่งน้ำย่อยในระบบ

ทางเดินอาหารที่ลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดสารอาหารบางอย่าง อีกทั้งการเคลื่อนไหวของลำไส้ไม่ดี เกิดปัญหาท้องเสีย หรือท้องผูกได้ง่าย

5) ระบบต่อมไร้ท่อ เซลล์ของต่อมไร้ท่อจะเสื่อมสภาพตามวัย ประกอบกับการมีเลือดมาหล่อเลี้ยงน้อยลง ทำให้ต่อมไร้ท่อทำงานน้อยลง เช่น ตับอ่อนหลังอินซูลินลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสป่วยเป็นโรคเบาหวานได้มากขึ้น

1.3.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและทางสังคมในวัยสูงอายุส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ดังนี้

1) ปัญหาสุขภาพกาย การเสื่อมถอยของร่างกายและการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป ต้องปรับตัว เกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า

2) การไม่สามารถตอบสนองของความต้องการทางเพศ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและฮอร์โมนเพศ ทำให้ไม่สามารถตอบสนองของความต้องการทางเพศได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นเพศชาย ทำให้เกิดความวิตกกังวล

3) การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ไม่ว่าจะเป็นเพื่อน ญาติ คู่สามีหรือภรรยาที่ต้องตายจาก หรือลูกหลานแยกย้ายไปอยู่ที่อื่น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถึงความพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก ทำให้รู้สึกเหงา ซึมเศร้าได้ง่าย

4) การสูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุที่ต้องเกษียณจากงาน ทำให้รายได้ลดลง สูญเสียตำแหน่ง ต้องพึ่งพาคนอื่นมากขึ้น รู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญ และเกิดความวิตกกังวล

5) การสูญเสียสถานภาพทางครอบครัว การที่บุตรธิดามีครอบครัวของตนเอง ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่และบุตรธิดาลดน้อยลง ยิ่งถ้าบุตรธิดามีการแยกครอบครัวไปอยู่ต่างหากจะยิ่งทำให้รู้สึกเหงา โดดเดี่ยว ถูกทอดทิ้ง รู้สึกว่าไม่มีคุณค่า

1.3.3 การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและเศรษฐกิจ การที่มีอายุมากขึ้น บทบาททางสังคมยิ่งลดลง ประกอบกับการมีข้อจำกัดทางกายหรือมีการเจ็บป่วย จะยิ่งมีการพบปะหรือมีกิจกรรมทางสังคมกับเพื่อนหรือผู้อื่นลดลง ส่วนด้านเศรษฐกิจจากการมีรายได้ลดลงหรือไม่มีรายได้เพราะเกษียณจากงาน หากผู้สูงอายุไม่มีเงินออมและไม่มีลูกหลานญาติมิตรช่วยเหลือเกื้อกูล โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จะยิ่งมีปัญหาเศรษฐกิจมาก

1.4 ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ

จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ในปี 2557 พบว่าโรคที่มักพบในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ข้ออักเสบ/ข้อเสื่อม ถุงลมโป่งพอง/หลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย และอัมพาต โดยมากกว่าร้อยละ 60 และร้อยละ 10 ของผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานตามลำดับ

และจากการสำรวจสวัสดิการและอนามัย พ.ศ. 2558 พบว่า ประมาณร้อยละ 56 ของผู้สูงอายุ ที่ รายงานว่าตนเองมีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยผู้สูงอายุเพศ ชาย และหญิง ร้อยละ 37 และ 42 ตามลำดับ ที่รายงานว่ามีโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) ในด้านปัญหาสังคม พบว่า อัตราการพึ่งพิงของ ประชากรสูงอายุต่อคนวัยทำงานเพิ่มขึ้น จากคนวัยทำงาน 100 คนที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ 25.4 คน (ปี 2559) และคาดว่าในปี 2570 และ 2680 จะเพิ่มขึ้นเป็น 40.4 คน และ 54.95 คน ตามลำดับ (กอง ยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

1.5 นโยบายและแนวโน้มเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ

จากสถานการณ์ของโครงสร้างประชากรและปัญหาของผู้สูงอายุที่เป็นปัญหาระดับชาติ ดังกล่าว จึงมีการกำหนดนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ได้แก่ ในแผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) กำหนดเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพะ ผู้สูงอายุ ให้มีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเอง ให้สมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกายและ จิตใจ ซึ่งจะมีผลต่อการลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพทั้งของครอบครัวและประเทศ ใน นโยบายและยุทธศาสตร์การวิจัยของชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2555-2559) (สำนักงานคณะกรรมการ วิจัยแห่งชาติ, 2555) กำหนดให้มีการวิจัยเพื่อพัฒนาสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งเสริมสร้างศักยภาพของประชาชนและชุมชนในการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชนอย่างต่อเนื่อง และในนโยบายรัฐบาล ประจำปี 2558 กำหนดให้มีการเตรียมความพร้อม เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการมีกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อสร้างสรรค์และไม่ก่อ ภาระต่อสังคมในอนาคต โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ให้มีการเร่งรัดการดำเนินการระบบการสร้าง เสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุและผู้อยู่ในภาวะพึ่งพิงให้เกิดผลเป็นรูปธรรม (สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ, 2559) สำหรับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ได้กำหนด ยุทธศาสตร์ห้าด้านเพื่อยกสถานภาพผู้สูงอายุ คือ สุขภาพกาย/จิต ครอบครัวมีสุข สังคมเอื้ออาทร สิ่งแวดล้อมเหมาะสมปลอดภัย และหลักประกันมั่นคง ซึ่งมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2560) ได้มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่สำคัญประเด็นหนึ่ง คือ จำเป็นต้องเพิ่มประสิทธิภาพ ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในวัยสูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาโรคเบาหวาน ความดันโลหิต สูง หกล้ม และสุขภาพจิต มีการเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อตามบริบทของพื้นที่

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นภาวะและภัยคุกคามระดับโลก และเป็นความท้าทายที่บั่นทอนการ พัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย (แผนงานเครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ, 2559) สำหรับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุไทย จากการสำรวจสุขภาพ

ประชาชนด้วยการตรวจร่างกาย พ.ศ.2557 พบโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือ กลุ่มโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 53.2 เบาหวาน ร้อยละ 18.1 โรคอ้วน (ดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ตร.ม.) ร้อยละ 35.4 ภาวะอ้วนลงพุงร้อยละ 49.4 และภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ร้อยละ 46.8 (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2559) ซึ่งกลุ่มโรคนี้มีปัจจัยเสี่ยงร่วมกัน คือ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ขาดการมีกิจกรรมทางกาย ความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา หรือ 3 อ. 2 ส. (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560) และหากผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานดูแลตนเองไม่ดีและรักษาไม่ต่อเนื่องจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุของความพิการและเสียชีวิต ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงเน้นกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2 โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

2.1 โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุไทยที่นำไปสู่การเสียชีวิตจากโรคในระบบไหลเวียนโลหิตและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญที่สุดของผู้สูงอายุไทยด้วย อุบัติการณ์ของโรคและอัตราการเสียชีวิตจากโรคในระบบไหลเวียนโลหิตจะเพิ่มมากยิ่งขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอายุมากขึ้นตามลำดับ โรคความดันโลหิตสูงยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีนัยสำคัญต่อการทำนายการต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุไทย (adjusted odds ratio = 1.37) ดังนั้นแพทย์และนักการสาธารณสุขไทยควรตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพื่อลดผลกระทบของโรคนี้ทั้งในด้านที่เป็นสาเหตุของโรคเรื้อรังและการเสียชีวิตในผู้สูงอายุไทย (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2560)

จากการศึกษาแบบ cohort study พบว่า systolic blood pressure จะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มมากขึ้นทั้งในชายและหญิง ส่วน diastolic blood pressure จะเพิ่มขึ้นตามอายุจนเมื่ออายุประมาณ 60 ปี จากนั้นจะเริ่มคงที่ และจะลดลงเล็กน้อยในชายที่มีอายุมากกว่า 75 ปี โดยผู้หญิงเมื่อเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน systolic blood pressure จะมีอัตราการเพิ่มขึ้นตามอายุมากกว่าในผู้ชาย ผลคือที่อายุ 65 ปีขึ้นไปผู้หญิงจะมี systolic blood pressure สูงกว่าชาย ขณะที่ diastolic blood pressure จะไม่เปลี่ยนแปลงตามอายุ เหตุนี้เองโรคความดันโลหิตสูงชนิดที่เรียกว่า isolated systolic hypertension จึงมักพบในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในหญิงมากกว่าชาย ผลการศึกษาแบบ meta-analysis พบความชุกของโรคนี้ราวร้อยละ 14 ในชาย และร้อยละ 23 ในหญิงที่มีอายุ 65 ปีหรือมากกว่า พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มมากขึ้นจะพบโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ในผู้ที่มีอายุ 65 ถึง 89 ปีจะพบโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 57 ในชาย และร้อยละ 65 ในหญิง สาเหตุของโรคนี้เชื่อว่าเนื่องจากการสูญเสียความยืดหยุ่นและเกิดการอักเสบของหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดมีความต้านทานเพิ่มขึ้น หรือเนื่องจากการลดลงของ adreno-receptor sensitivity ยังพบว่า systolic blood pressure ในผู้สูงอายุจะเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคในระบบไหลเวียนโลหิต ภาวะหัวใจ

วายเป็นภาวะไตวาย และการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ ได้มากกว่าค่า diastolic blood pressure ปัจจุบันผู้สูงอายุที่มี isolated systolic hypertension จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาเสมือนผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั้ง systolic และ diastolic blood pressure และจากการสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยพบว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองจะมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงกว่าที่พบในชุมชนชนบทอย่างมาก (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2560)

กล่าวโดยสรุป จะเห็นแนวโน้มว่าความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุจะพบมากในหญิงมากกว่าชาย ยิ่งอายุมากขึ้นยิ่งพบมากขึ้น พบในสังคมเขตเมืองมากกว่าในชนบท

การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2560)

1) การป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิ (primary prevention) หมายถึงการป้องกันโรคโดยการส่งเสริมสุขภาพ ให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตั้งแต่ยังไม่มีโรค โดยพิจารณาจากปัจจัยเสี่ยงที่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าส่งผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ เช่น การได้รับเกลือโซเดียมมากเกินไป การขาดการออกกำลังกายสม่ำเสมอ ภาวะอ้วน การดื่มสุรา เป็นต้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว นอกจากจะเป็นการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดโรคความดันโลหิตสูงหรือชะลอเวลาการเกิดโรคแล้ว ยังอาจใช้เป็นแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงแบบไม่ใช้ยา ทั้งในระยะแรกของโรคจนถึงผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระยะรุนแรงที่ต้องใช้ยาร่วมด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตที่ถูกต้อง แม้จะมีประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิตไม่มากเท่าการใช้ยาลดความดันโลหิต แต่ก็มีผลดีในการป้องกันโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด และยังช่วยลดการใช้ยาที่มากเกินไป เพื่อลดอุบัติการณ์ของการเกิดผลไม่พึงประสงค์เนื่องจากการใช้ยาซึ่งผู้สูงอายุเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอุบัติการณ์ดังกล่าวมากที่สุด

2) การป้องกันโรคในระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) หมายถึงการป้องกันโรคที่เกิดขึ้นแล้วแต่ไม่ให้ลุกลามมาก โดยการตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อตรวจหาและให้การดูแลรักษาโรคตั้งแต่ในระยะแรก และทำการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยประเมินปัจจัยเสี่ยงหลักอื่นๆ ที่มักพบร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงในเวลาเดียวกัน เพื่อการป้องกันโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือดแบบองค์รวม ตามแนวทางการตรวจสุขภาพสำหรับผู้ใหญ่ไทย โดยราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ได้แนะนำให้มีการวัดความดันโลหิตในผู้ใหญ่ทุก 1 ปี สำหรับการศึกษาดูการตรวจคัดกรองในผู้สูงอายุ จะพบว่าทุกการศึกษาต้องรวมการตรวจวัดความดันโลหิตไว้ด้วยเสมอ

3) การป้องกันโรคในระดับตติยภูมิ (tertiary prevention) หมายถึง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะเป้าหมายในระบบหัวใจและหลอดเลือดที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งการป้องกันความพิการ ภาวะทุพพลภาพระยะยาว ที่อาจจะเกิดขึ้นภายหลัง เช่น ภาวะหัวใจวาย โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะสมองเสื่อมเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมอง (vascular dementia) โรค

ไตวายเรื้อรัง เป็นต้น การป้องกันในระดับนี้ทำได้โดยการดูแลรักษาให้ความดันโลหิตลดลง โดยที่ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรักษาแบบไม่ใช้ยา โดยการปรับเปลี่ยนลักษณะการดำเนินชีวิต (life style modification) และการรักษาแบบใช้ยา วัตถุประสงค์การป้องกันโรคในระดับนี้ครอบคลุมเป้าหมายสองประการหลัก ดังนี้

(1) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะเป้าหมาย ในระบบหัวใจและหลอดเลือดที่เกิดจากระดับความดันเลือดที่สูงอยู่เป็นระยะเวลานาน รวมทั้งการป้องกันความพิการ ภาวะทุพพลภาพระยะยาว ที่ตามมาภายหลัง

(2) การป้องกันผลไม่พึงประสงค์เนื่องจากการใช้ยา เพื่อไม่ให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุด้วยการสั่งใช้ยาที่ถูกต้องและเหมาะสม

2.2 โรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

โรคเบาหวานเป็นกลุ่มของโรคซึ่งมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งอาจจะเกิดจากความผิดปกติของการสร้าง และหรือการออกฤทธิ์ของอินซูลินของร่างกาย อันส่งผลทำให้ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงเกิน อาการของโรคเบาหวานเกิดขึ้นเนื่องมาจากการที่ร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลได้อย่างเหมาะสม ซึ่งโดยปกติน้ำตาลจะเข้าสู่เซลล์ร่างกายเพื่อใช้เป็นพลังงานภายใต้การควบคุมของฮอร์โมนอินซูลิน ซึ่งผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ร่างกายจะไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลที่เกิดขึ้นทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

โรคเบาหวานแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ เบาหวานชนิดที่หนึ่ง และชนิดที่สอง เบาหวานชนิดที่หนึ่งหรือที่เรียกว่า Insulin-dependent diabetes ผู้ป่วยมักจะเกิดอาการก่อนอายุ 30 ปี สาเหตุจากมีการทำลายของเบต้าเซลล์ของตับอ่อน ทำให้มีการหลั่งอินซูลินน้อยลงหรือไม่มีการสร้างอินซูลิน ผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรง และต้องรักษาด้วยการฉีดยาอินซูลิน ส่วนเบาหวานชนิดที่สอง หรือ Non-insulin dependent diabetes เกิดจากที่ร่างกายผลิตอินซูลินไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เนื่องจากภาวะดื้อต่ออินซูลิน (insulin resistance) ผู้ป่วยมักจะมีอายุมากกว่า 30 ปี ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเบาหวานชนิดที่สอง ความสำคัญของโรคเบาหวานชนิดที่สอง คือ ในระยะแรก ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่สองมักไม่ทราบว่าป่วยเป็นเบาหวาน ส่วนใหญ่จะวินิจฉัยจากการเจาะเลือดตรวจร่างกายแล้วพบระดับน้ำตาลในเลือดสูง ผู้ป่วยจะมีอาการชัดเจนต่อเมื่อมีโรคแทรกซ้อนแล้ว การรักษาใช้วิธีการให้ยากินและการควบคุมพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการกินยาอย่างสม่ำเสมอ โรคเบาหวานเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด แต่สามารถควบคุมโรคได้ถ้าผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ดีและต่อเนื่อง อันจะส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เป็นระยะเวลานาน จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะที่สำคัญหลายระบบในร่างกาย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญ

ทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร และเกิดการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจและหลอดเลือด ตาบอด โรคไต โรคเกี่ยวกับเส้นประสาท และการถูกตัดขา

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้คาดคะเนความชุกของผู้ป่วยเบาหวาน โดยคาดว่าจะมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นจาก 220 ล้านคนในปี ค.ศ. 2000 เป็น 151 ล้านคนในปี ค.ศ. 2025 โดยประมาณการว่าประเทศกำลังพัฒนาในแถบทวีปเอเชียจะมีอัตราเพิ่มสูงที่สุด (King, Aubert, & Herman, 1998) ในจำนวนของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด ประมาณร้อยละ 90 จะเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเบาหวานชนิดนี้เป็นปัญหาสำคัญอย่างมากในประเทศกำลังพัฒนาซึ่งขาดแคลนทรัพยากรทางด้านสาธารณสุขในการป้องกันโรค และการให้การรักษาผู้ป่วยอย่างเพียงพอ (Davies, 2004)

จากผลการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ใน พ.ศ. 2552 พบว่าโรคที่ทำให้ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป สูญเสียปีสุขภาวะ 5 อันดับแรก ในเพศชาย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะปวดอุกตันเรื้อรัง โรคเบาหวาน และโรคมะเร็งตับ ส่วนในเพศหญิง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ สมองเสื่อม และโรคซึมเศร้า สำหรับอุบัติการณ์โรคหรืออาการเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุไทยโดยการตรวจร่างกาย 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง กลุ่มอาการเมตาบอลิก โรคอ้วนลงพุง ภาวะอ้วน และโรคข้อเสื่อม ตามลำดับ (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) และการติดตามประเมินผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานทั่วประเทศในปี 2555 พบว่า ประมาณ 3 ใน 4 ของผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ในระบบการรักษาส่วนใหญ่ของประเทศ ได้รับการตรวจ HbA1C โดยมีผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ประมาณ 1 ใน 3 มีระดับ HbA1C อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ สิทธิในการรักษาประเภทของโรงพยาบาล พื้นที่การให้บริการ อายุ และเพศ มีความสัมพันธ์กับอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 การควบคุมระดับ HbA1C < 7% ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความแตกต่างกันในแต่ละประเภทของโรงพยาบาล โดยที่โรงพยาบาลชุมชนสามารถควบคุมได้ดีกว่า โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป (ราม รั้งสินธุ์ และคณะ, 2555) ทำให้เห็นได้ว่าถึงแม้ผู้ป่วยเบาหวานจะได้รับการรักษา แต่ก็มีปัญหาในการควบคุมระดับน้ำตาล และเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา

2.3 สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุ เขตพื้นที่เทศบาลนครนนทบุรี

เทศบาลนครนนทบุรี มีประชากร รวม 255,315 คน มีครัวเรือนรวม 149,383 ครัวเรือน (เทศบาลนครนนทบุรี, 2561) มีจำนวนประชากรสูงอายุ คิดเป็น ร้อยละ 21.8 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี, 2561) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 14 จากการสำรวจสุขภาพของครัวเรือนของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครนนทบุรี โดยเทศบาลนครนนทบุรี และคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (2558) สุ่มสำรวจประชากรผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครนนทบุรี พบว่าเป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้หมด ร้อยละ 83.7 ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน ร้อยละ 15.9 และ

ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลยร้อยละ 0.4 เมื่อพิจารณาสุขภาพทางกายพบผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 94.0 เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 84.4 โดยร้อยละ 66.0 ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงนั้นไม่สามารถควบคุมอาการได้ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา และร้อยละ 24.8 ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ภายใน 6 เดือนเช่นกัน ในขณะที่ผลสำรวจระดับดัชนีมวลกาย พบว่าร้อยละ 65.3 น้ำหนักเกินกว่ามาตรฐาน ส่วนการออกกำลังกาย พบว่าร้อยละ 55.5 ของผู้สูงอายุที่ไม่ออกกำลังกาย ในด้านสุขภาพจิตพบว่าร้อยละ 15.0 ของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป และร้อยละ 21.9 มีแนวโน้มเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า จะเห็นได้ว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญในวัยสูงอายุ คือโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ที่พบมากกว่าร้อยละ 80 ในกลุ่มผู้สูงอายุ และทั้งสองโรคนี้มีปัจจัยเสี่ยงร่วมกัน คือภาวะน้ำหนักเกิน ไขมันในเลือดสูง พฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการบริโภค การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ซึ่งหากผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือโรคเบาหวาน ได้รับการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี สามารถดูแลตนเองในเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม รวมถึงการกินยาตามแพทย์สั่งการรักษา จะช่วยให้สามารถควบคุมโรคได้ ลดการเกิดโรคแทรกซ้อน โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะไตวาย จอตาเสื่อม เป็นการป้องกันความพิการ และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

จากการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นจากผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม พบว่าปัจจุบันเทศบาลนครนนทบุรีมีศูนย์บริการสาธารณสุขจำนวน 6 แห่ง ให้บริการด้านสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ สำหรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จะเน้นการดูแลผู้ป่วยที่สามารถควบคุมโรคได้ในระดับที่ไม่รุนแรงซึ่งได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาล พระนั่งเกล้าให้มารับการรักษาและรับยาที่ศูนย์บริการสาธารณสุข ทั้งนี้ทางเทศบาลนครนนทบุรี มีบุคลากรผู้ให้บริการจำนวนจำกัด ในขณะที่มีความรับผิดชอบหลายด้าน การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนอกจากการรักษาแล้ว แพทย์จะมีเวลาให้คำแนะนำสั้นๆ บางรายแพทย์จะส่งต่อให้เจ้าหน้าที่ของศูนย์บริการสาธารณสุขให้ความรู้เป็นรายบุคคล โดยยังไม่มีกระบวนการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่เชื่อมโยงระหว่างผู้ป่วย ชุมชน และศูนย์บริการสาธารณสุขที่ชัดเจน

3. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการประเมินผลลัพธ์

3.1 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำเป็นต้องดูแลรักษาเป็นเวลานาน ทั้งนี้ผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาโดยแพทย์และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองควบคู่ไปด้วยอย่างต่อเนื่อง จึงมีการให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ ตัวอย่างที่พบ คือการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เนื่องจากการที่ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะ

ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาโดยเฉพาะความเสื่อมของไต ตา หลอดเลือดสมองและหัวใจ แผลที่เท้า จึงจำเป็นต้องมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองโดยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องพฤติกรรมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การกินยา การไม่สูบบุหรี่ ดื่มสุรา การดูแลน้ำหนักตัว การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนเรื่องน้ำตาลในเลือดต่ำ การดูแลเท้าไม่ให้เปื้อนแผล สถานบริการสาธารณสุขที่ดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะที่ดูแลผู้ป่วยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสิทธิประกันสังคม ซึ่งได้รับงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และกองทุนประกันสังคมในลักษณะเหมาจ่าย จึงจำเป็นต้องควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล มาตรการหนึ่งที่สำคัญในการลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน คือการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน

แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) เป็นกลวิธีหนึ่งในการลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ซึ่งนโยบายและการวิจัยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้ให้ความสำคัญกับเรื่องของการจัดการตนเองมากขึ้น ทั้งนี้การจัดการตนเอง หมายถึงความสามารถของบุคคลที่จะจัดการกิจกรรมในการดำรงชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการดูแลโรคเรื้อรัง และนำไปสู่การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตามวิถีการใช้ชีวิตที่บุคคลเป็นผู้เลือกเอง (Khemthong & Saravitaya, 2010) สมาคมนักจัดการศึกษาเรื่องเบาหวานแห่งอเมริกา (2005) ระบุว่าผู้ป่วยจะอยู่กับโรคเบาหวานได้โดยมีผลกระทบต่อสุขภาพน้อย จำเป็นต้องมีการจัดการตนเอง (self-management) เพื่อควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้การจัดการตนเองเน้นให้ผู้ป่วยเบาหวานเลือกและปฏิบัติตามวิถีการที่ตนเลือกเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ส่งผลดีต่อสุขภาพ ซึ่งต้องจัดกระบวนการเรียนรู้เกี่ยวกับสถานะของโรคที่ป่วย การระบุเป้าประสงค์ของบุคคล การชั่งน้ำหนักระหว่างประโยชน์และความเสี่ยงของทางเลือกของการรักษาโรควิธีการต่างๆ การเลือกวิธีการรักษาเอง การพัฒนาทักษะที่สนับสนุนการปฏิบัติตามทางเลือกดังกล่าว และการประเมินความสามารถในการบรรลุเป้าประสงค์ของแผนการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมพลังผู้ป่วย ที่เน้นกลวิธีสำคัญคือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการจัดการตนเองในชีวิตประจำวันเพื่อการควบคุมโรคเบาหวาน การให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยให้ตัดสินใจ ตั้งเป้าหมาย และเลือกวิธีการดูแลตนเอง เน้นการพัฒนาทักษะ และการสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้เกิดการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Funnell & Anderson, 2003; Funnell et al., 2005) การที่ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการตนเองและไม่รับผิดชอบการดูแลโรคเบาหวานของตนในแต่ละวันจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ไม่ดี และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน (Minet et al., 2011)

3.2 การประเมินผลลัพธ์ของการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

3.2.1 การประเมินความสามารถในการจัดการตนเอง การประเมินความสามารถในการจัดการตนเอง สามารถใช้วิธีการประเมินจากความเชื่อในความสามารถตนเอง (Self-efficacy)

ตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1977, 1982) และการประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองของ ผู้ป่วย ซึ่งความเชื่อในความสามารถตนเอง เป็นการรับรู้ว่าคุณสามารถแสดงพฤติกรรม และสามารถ ที่จะเอาชนะอุปสรรคที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการมีพฤติกรรม การดูแลตนเอง (นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2557) โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิต สูงสามารถประเมินความสามารถในการจัดการตนเอง จากความเชื่อในความสามารถตนเองที่จะ ควบคุมการบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด และการใช้ยาตาม แผนการรักษาของแพทย์ ส่วนการประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเอง เน้น 4 พฤติกรรมสำคัญต่อ การควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงได้ คือ 1) พฤติกรรม การบริโภคอาหาร ลดการ บริโภคอาหารจัด มันจัด เค็มจัด เพิ่มผักผลไม้รสไม่หวาน 2) การมีกิจกรรมทางกาย 3) การจัดการ ความเครียด และ 4) การใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ทั้งนี้พฤติกรรมในเรื่องการสูบบุหรี่และ ดื่มสุราในกลุ่มผู้สูงอายุมีน้อย การศึกษาครั้งนี้จึงไม่ได้ประเมินพฤติกรรม การสูบบุหรี่และดื่มสุรา การวิจัยนี้ได้ประยุกต์แบบประเมินความเชื่อในความสามารถตนเอง และแบบประเมินพฤติกรรม การบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด และการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิต สูงที่ใช้ในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโรคเมตาบอลิกของสถานบริการสาธารณสุข ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2557) ส่วนการประเมินพฤติกรรมกิจกรรมทาง กาย (Physical activity) ใช้แบบสอบถามกิจกรรมทางกายระดับโลก (Global Physical Activity Questionnaire: GPAQ) ซึ่งออกแบบและพัฒนาโดยผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลก เป็นชุด คำถามจำนวน 16 ข้อ เพื่อประเมินกิจกรรมทางกายหรือการเคลื่อนไหวออกแรงหรือออกกำลัง ใน 3 หมวด ได้แก่ 1) กิจกรรมในการทำงาน (Activity at work) เป็นการเคลื่อนไหวกิจกรรมทางกายในการ ประกอบอาชีพการงาน 2) กิจกรรมทางกายเกี่ยวกับกิจกรรมการเดินทางจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง (Travel to and from place) เช่น เดิน ขี่จักรยาน และ 3) กิจกรรมทางกายเกี่ยวกับการพักผ่อนหย่อน ใจหรือนันทนาการ (Recreational activities) ในเวลาที่ว่างจากการทำงาน เช่น การเดินแอโรบิก การ รำไม้พลอง นอกจากนี้ยังมีข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมนั่งๆ นอน หรือพฤติกรรมเนือยนิ่ง (Sedentary behaviour) โดยแบบสอบถามกิจกรรมทางกายชนิด GPAQ นี้ สามารถวัดครอบคลุม กิจกรรมเคลื่อนไหวออกแรงในชีวิตประจำวัน ซึ่งมีการนำมาใช้อย่างกว้างขวาง และพบว่ามีความ เทียบตรงสูง (Armstrong & Bull, 2006) จึงเหมาะสมในการนำมาวัดกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุที่ เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

3.2.2 การประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพ สิ่งสำคัญที่เป็นผลลัพธ์จากการจัดการตนเอง ของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง คือ ภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งควรมีการรวบรวม ข้อมูลที่ครอบคลุมทั้งสุขภาพกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (Pender, Murdaugh & Parsons, 2006, pp. 98-113) การศึกษานี้ได้มีการประเมินสมรรถนะทางกาย สุขภาพกาย และสุขภาพจิตที่ เป็นผลลัพธ์ของการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

1) การประเมินสมรรถนะทางกาย โดยใช้การทดสอบความพร้อมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุของกองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย มีองค์ประกอบดังนี้ (กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย, 2552)

(1) การทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Muscular Strength) โดยการให้ลุก-ยืน-นั่ง 30 วินาที (ทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนล่าง) และให้น้ำหนักขึ้นลง 30 วินาที (ทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนบน)

(2) การทดสอบความอดทนด้านแอโรบิก (Aerobic Endurance) โดยการให้เดิน 6 นาที หรือการให้ย่ำเท้ายกเข่าสูง 2 นาที (ในการศึกษานี้ใช้วิธีให้ย่ำเท้ายกเข่าสูง 2 นาที)

(3) การทดสอบความอ่อนตัว (Flexibility) โดยการให้นั่งเก้าอี้แตะปลายเท้า (ทดสอบความอ่อนตัวส่วนล่าง) และใช้มือไขว้หลังแตะกัน (ทดสอบความอ่อนตัวส่วนบน)

(4) การทดสอบความว่องไวและการทรงตัว (Agility/Dynamic Balance) โดยการให้ลุก-เดิน-นั่งไปกลับ 16 พุด โดยจับเวลาเป็นนาทีและวินาที

(5) การวัดส่วนสูง น้ำหนัก รอบเอว (Height, Weight and Waist Circumference) เพื่อดูค่าดัชนีมวลกายและภาวะอ้วนลงพุง

การแปลผลที่ได้จากการวัดในรายการที่ 1) -5) จะนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ค่าปกติตามอายุและเพศของผู้สูงอายุ ที่อ้างอิงจาก Senior Fitness Test Manual (Rikli and Jone, 2001 อ้างถึงในกองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย, 2552, น. 38-39) ซึ่งถ้าค่าที่วัดได้สูงกว่าค่าปกติแสดงว่าสมรรถภาพทางกายในด้านนั้นดี แต่ถ้าต่ำกว่าค่าปกติแสดงว่าสมรรถภาพทางกายในด้านนั้นไม่ดี

2) การประเมินสุขภาพกาย ด้วยการวัดภาวะโภชนาการจากค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และค่าความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (Fasting blood sugar) ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (Hemoglobin A1c : HbA1c) ค่าระดับไขมันในเลือดไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ไขมันโคเลสเตอรอล (Cholesterol) ไขมันชนิดดี หรือแอลดีแอล (High-Density Lipoprotein: HDL) และไขมันชนิดเลว หรือแอลดีแอล (Low-Density Lipoprotein: LDL) ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญที่จะสะท้อนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในเรื่องการบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด และการใช้ยาตามแผนการรักษา

ซึ่งผู้เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ควรควบคุมน้ำหนักให้ค่าดัชนีมวลกายปกติ อยู่ในช่วง 18.5-22.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หากน้อยกว่าค่าปกติถือว่าผอม หากมากกว่าค่าปกติถือว่าอ้วน (23.0-24.9 กก./ตร.ม.) ถึงอ้วน (25.0 กิโลกรัมต่อตารางเมตรหรือมากกว่า) ในด้านรอบเอวหากค่ามากกว่า 80 และ 90 เซนติเมตร ในผู้หญิงและผู้ชายตามลำดับ ถือว่าอ้วน (กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย, 2552, น. 40) นอกจากนี้ควรควบคุมน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารให้ไม่เกิน 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร น้ำตาลสะสมในเลือดน้อยกว่าร้อยละ 7 ความดันโลหิตน้อยกว่า 140/80 มิลลิเมตรปรอท ไขมันแอลดีแอล น้อยกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (รัตนภรณ์

จีระวัฒน์ และคณะ, 2559) ไซมันเอชดีแอล มากกว่า 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ในเพศชาย และมากกว่า 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ในเพศหญิง ไซมันไตรกลีเซอไรด์น้อยกว่า 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2559)

3) การประเมินสุขภาพจิต วัดจากสภาวะด้านจิตใจ อารมณ์ของผู้สูงอายุ ด้วยแบบวัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้นของกรมสุขภาพจิต 15 ข้อ (Thai Mental Health Indicator Version 2007) ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญที่สะท้อนพฤติกรรมการจัดการความเครียดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ข้อคำถามจะประเมินสภาวะด้านจิตใจ อารมณ์ของผู้สูงอายุที่รู้สึกเป็นสุข และสามารถปรับตัวกับเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงที่เข้ามาในชีวิต แต่ละข้อให้คะแนนแบบมาตราประมาณค่า 1-4 คะแนนสามารถนำคะแนนรวมมาแปลผลโดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ 44-50 คะแนน คือค่าสุขภาพจิตปกติ ถ้ามากกว่า 50 คะแนน หรือน้อยกว่า 44 คือ สุขภาพจิตดีกว่าหรือต่ำกว่าสุขภาพจิตปกติของคนทั่วไป ตามลำดับ (อภิชัย มงคล และคณะ, 2552)

4. แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ

4.1 ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพหรือการส่งเสริมสุขภาพ คำว่าการสร้างเสริมสุขภาพ หรือการส่งเสริมสุขภาพ เริ่มต้นจากการประกาศกฎบัตรออกตาวาที่ประเทศแคนาดา ปี 1986 ได้บัญญัติว่า "การส่งเสริมสุขภาพ" หรือ "HEALTH PROMOTION" หมายถึง "กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุม และปรับปรุงสุขภาพของตนเอง ในการบรรลุซึ่งสภาวะอันสมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม" บุคคล และกลุ่มบุคคลจะต้องสามารถระบุ และตระหนักถึงความปรารถนาของตนเอง สามารถตอบสนองต่อปัญหาของตนเอง และสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม หรือปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ อีกทั้งยังสามารถควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ โดยลดปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น ควบคุมอาหารที่ทำให้เสี่ยงต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือด หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และการดื่มสุราที่เป็นสาเหตุที่ทำให้สุขภาพ ขณะเดียวกันก็ให้ความสำคัญ หรือเน้นการเพิ่มปัจจัยที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ เช่น ออกกำลังกายเพิ่มขึ้น

กรีนและครูเตอร์ (Green & Kreuter, 2005) ให้คำจำกัดความของการส่งเสริมสุขภาพ ว่าเป็นผลรวมการสนับสนุนทางการศึกษา ทางการเมือง ทางกฎหมายหรือกฎระเบียบ และทางการจัดองค์กร ที่ผ่านการวางแผนเพื่อสนับสนุนการกระทำและสร้างสภาวะแวดล้อมในการใช้ชีวิต อันนำไปสู่การมีสุขภาพดีของบุคคล กลุ่มบุคคล และชุมชน

โดยสรุป การสร้างเสริมสุขภาพหรือการส่งเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้ประชาชน เพิ่มความสามารถในการจัดการและดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น ในการวิจัยนี้เน้นเรื่องการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน จึงจำเป็นต้องสร้างเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ให้สามารถจัดการตนเอง โดยเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและความเสี่ยง การจัดการตนเองที่

เน้นการควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้วยการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในเรื่องการบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด และการกินยาตามแผนการรักษา

4.2 แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทั้งที่สุขภาพดีและเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ควรอาศัยหลักการเดียวกับแนวปฏิบัติในการสร้างเสริมสุขภาพ 5 ประการ ตามหลักการของกฎบัตรออกดตาวา ดังนี้ (WHO, 1986)

4.2.1 การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อผู้สูงอายุ โดยท้องถิ่นจะต้องมีนโยบายให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งที่สุขภาพดีและเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น มีการส่งเสริมให้มีชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นต้น

4.2.2 การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุ สิ่งแวดล้อมในที่นี้อาจจะเป็นสิ่งแวดล้อมที่เป็นรูปธรรม หรือนามธรรม สิ่งแวดล้อมที่เป็นรูปธรรมที่ใกล้ตัวผู้สูงอายุ ได้แก่ ครอบครัว ที่ให้ความรักความเอาใจใส่ เกื้อหนุนดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การดูแลสิ่งแวดล้อมในบ้านและรอบๆ บ้าน ให้ปลอดภัยจากอุบัติเหตุต่างๆ เช่น มีแสงสว่างเพียงพอ พื้นไม่ลื่น มีราวจับ เพื่อป้องกันการหกล้ม มีที่พักผ่อนหย่อนใจและออกกำลังกายที่ปลอดภัย เป็นต้น

4.2.3 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในลักษณะชุมชนเข้มแข็งที่เข้ามามีส่วนร่วมในจัดทำโครงการและจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หรือสนับสนุนการรวมกลุ่มกันของผู้สูงอายุเพื่อที่จะเรียนรู้และช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการดูแลตนเองด้านสุขภาพโดยมีเจ้าหน้าที่ที่เป็นพี่เลี้ยง มีการรวบรวมปัญหาต่างๆ นำมาวิเคราะห์ วางแผน และดำเนินการ เพื่อส่งเสริมให้เป็นผู้สูงอายุที่สามารถแสดงศักยภาพได้ตามความถนัด เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เช่น กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

4.2.4 การจัดการเรียนรู้ทักษะการดูแลสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ บุคคลในครอบครัว และชุมชน ซึ่งควรครอบคลุมในเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางสรีระต่างๆ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้สูงอายุ ตลอดจนแนวทางการดูแลสุขภาพเพื่อสามารถควบคุมโรคไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

4.2.5 การปรับเปลี่ยนบริการทางด้านสาธารณสุข โดยเน้นการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคหรือบริการเชิงรุกมากขึ้น แทนการเน้นแต่การรักษาพยาบาลหรือบริการแบบตั้งรับ

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ถึงแม้จะเน้นการสร้างเสริมสุขภาพที่มุ่งพัฒนาทักษะในการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการเรียนรู้กำหนดเป้าหมายและวางแผนการดูแลสุขภาพตนเอง ในขณะเดียวกันก็มีการส่งเสริมให้ครอบครัว ชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุข และท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบเสนอแนะรูปแบบโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ และร่วมดูแลสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคมที่เอื้อต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งนี้จะส่งผลให้ศูนย์บริการสาธารณสุขได้รูปแบบ

โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่สามารถนำมาให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร่วมกับเกิดการผลักดันให้เทศบาลมีนโยบายสนับสนุนงบประมาณและกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมากขึ้น ซึ่งครอบคลุมหลักการสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวา

4.3 โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่พบมากในวัยสูงอายุ ทั้งนี้การควบคุมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจำเป็นต้องอาศัยการมีพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องการควบคุมอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด และการใช้ยาตามแผนการรักษา อย่างไรก็ตามอุปสรรคสำคัญของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุมีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ ข้อจำกัดทางกายในการเคลื่อนไหวร่างกาย การมองเห็น การได้ยิน รวมทั้งความรู้สึกโดดเดี่ยว ความรู้สึกหวั่นไหวในวัยสูงอายุ อุปสรรคอีกประการต่อการเข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ต้องคำนึงถึง คือเรื่องการเดินทาง การมาเข้าร่วมกิจกรรมตามเวลาที่กำหนด และเรื่องค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจึงควรเน้นให้ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เพิ่มการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ร่วมกับการให้ชุมชนมีส่วนร่วม (มูลนิธิสถาบันและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน, 2559) จะส่งผลให้เกิดการลดและป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น และนำไปสู่ผลลัพธ์สุขภาพประชาชนที่ดีขึ้น

การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำเป็นต้องมีการกำหนดวัตถุประสงค์ที่มุ่งให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการตนเอง และออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ในลักษณะชุดกิจกรรมหรือโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสม โดยเน้นให้ผู้สูงอายุมีมุมมองด้านบวกกับสุขภาพและวัยสูงอายุของตนเอง ส่งเสริมการมีส่วนร่วมกับกลุ่ม องค์กร รวมถึงสมาชิกในครอบครัว ทั้งนี้โดยทั่วไปผู้สูงอายุมีเวลาที่จะดูแลสุขภาพตนเองได้มากกว่าคนวัยทำงาน จึงเป็นเรื่องท้าทายที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุใช้เวลาและทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนเพื่อการสนับสนุนการดูแลตนเองเพื่อการมีสุขภาพดี หนึ่งในภาวะที่ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นหากมีการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพที่สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเอง และช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้นานที่สุด โดยไม่ต้องพึ่งพาคนอื่นหรือต้องไปพักอยู่ในสถานดูแลคนชรา นับว่าเป็นเรื่องที่มีความสำคัญของทุกชุมชนและสังคม (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006, pp. 287-289) สำหรับการส่งเสริมการจัดการตนเองสามารถใช้กระบวนการเสริมพลังผู้สูงอายุ โดยเมื่อผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้รับการเสริมพลังจะมีความสามารถในการควบคุมหรือกำหนดชีวิตของตนเอง เป้าหมายของการเสริมพลังคือการที่บุคคลมีการกระทำด้วยตนเองเพื่อทำให้เกิดสิ่งที่ดีขึ้นกับชีวิตของตนเอง อาจกล่าวได้ว่าการเสริมพลังเป็นกลวิธีที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี พบว่าเมื่อผู้สูงอายุได้รับการเสริมพลังจะมีความเชื่อในความสามารถตนเอง มีความตระหนัก มีความรู้ และความสามารถที่จะลงมือกระทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ การจัด

โปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพที่มุ่งเสริมพลังจึงเป็นการให้เครื่องมือสำคัญแก่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในการดูแลตนเองนั่นเอง (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006, pp. 290–291)

การวิจัยนี้มุ่งเน้นการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้สามารถจัดการตนเองได้โดยใช้กระบวนการเสริมพลัง อีกทั้งการออกแบบโปรแกรมมีการคำนึงถึงข้อจำกัดและอุปสรรคในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีการส่งเสริมให้ครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบเสนอแนะรูปแบบโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ และให้การสนับสนุนผู้สูงอายุ ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการ

5. การมีส่วนร่วมของชุมชนด้านสาธารณสุข

ตามที่กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อปี 2560 ที่ตั้งเป้าหมายว่าคนไทยเสียชีวิตก่อนวัยอันควรด้วยโรคไม่ติดต่อลดลงร้อยละ 25 ภายในปี 2568 โดยมีตัวชี้วัดที่มุ่งลดอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานรายใหม่ ส่วนผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานแล้วต้องได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และร้อยละ 40 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมโรคได้ โดยมาตรการสำคัญที่จะทำให้เป้าหมายและตัวชี้วัดดังกล่าวบรรลุคือการลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรค การมีข้อมูลเฝ้าระวังสอบสวนโรค การป้องกันระดับชุมชน และการป้องกันในสถานบริการสาธารณสุข ซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชน ไม่ว่าจะเป็นประชาชน ครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นับเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงาน จึงมีการกำหนดให้มียุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพศักยภาพชุมชน ท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย โดยเน้นกลยุทธ์พัฒนากลไกให้ชุมชน ท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วม รวมทั้งพัฒนาศักยภาพของประชาชนและชุมชน (สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย และแผนงานเครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ, 2559, น. 9–11)

5.1 ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านสาธารณสุข แนวคิดการพัฒนาที่ใช้คนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา หรือการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม จะเน้นการพัฒนาศักยภาพของประชาชนในการที่จะเปลี่ยนแปลงสภาพความเป็นอยู่ของตนเอง อันเป็นรากเหง้าของปัญหาต่าง ๆ และทำให้การพัฒนาเกิดประโยชน์กับคนส่วนใหญ่ซึ่งเป็นคนยากไร้หรือคนด้อยโอกาส (WHO, 1999, p. 1) การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา มีความหมายที่หลากหลายซึ่งเป็นตัวกำหนดแนวคิดสำคัญที่จะนำไปสู่การจัดการกระบวนการและเนื้อหาของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการทำงานชุมชนด้านสาธารณสุข โดยของการมีส่วนร่วมของประชาชนด้านสาธารณสุข หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนมาร่วมมือกับภาคีต่างๆ ในการพัฒนาสุขภาพของชุมชน ตั้งแต่การระบุปัญหาหรือความต้องการ การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การวางแผน การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผลโครงการสุขภาพ (นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2557ก)

5.2 ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านสาธารณสุข การมีส่วนร่วมของชุมชนด้านสาธารณสุขมีความสำคัญในด้านต่างๆ ได้แก่ การมีส่วนร่วมเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน ช่วยเพิ่มความครอบคลุม ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ความเสมอภาค และการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพของชุมชน ดังต่อไปนี้ (WHO, 1991, p. 5; อรทัย ก๊กผล, 2546, น. 2-3; นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2557ก) คือ

5.2.1 เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน การมีส่วนร่วมของชุมชนด้านสาธารณสุข นับเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคน ที่จะร่วมตัดสินใจและลงมือปฏิบัติในเรื่องที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง ตลอดจนทำให้ประชาชนมีการนับถือตนเอง มีความเชื่อในความสามารถ และมีความรู้สึกเป็นเจ้าของในโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนของตน

5.2.2 ช่วยเพิ่มความครอบคลุมในการพัฒนาด้านสาธารณสุข เนื่องจากการพัฒนาด้านสาธารณสุขที่อาศัยการดำเนินงานหรือการสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรภายนอก ชุมชนเป็นหลัก จะมีประชาชนเพียงส่วนน้อยที่สามารถเข้าถึงโครงการดังกล่าว ในขณะที่ผู้ที่เข้าถึงโครงการมักเป็นกลุ่มที่มีสิทธิหรือมีโอกาสมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ อยู่แล้ว การมีส่วนร่วมของประชาชนด้านสาธารณสุขจึงช่วยเพิ่มความครอบคลุมในการพัฒนาด้านสาธารณสุข โดยสามารถดึงประชาชนให้เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับกิจกรรมการพัฒนาสุขภาพ ซึ่งเป็นการเพิ่มโอกาสให้ประชาชนเหล่านี้ได้รับประโยชน์จากโครงการหรือบริการสุขภาพ นอกจากนี้การมีส่วนร่วมของชุมชนยังช่วยสร้างความสนใจและทำให้ประชาชนให้การสนับสนุนบริการด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอีกด้วย โดยเฉพาะบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่ประชาชนบางคนอาจให้ความสนใจน้อยกว่าบริการรักษาพยาบาลเมื่อมีการเจ็บป่วย

5.2.3 ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการพัฒนาด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนาที่มีทรัพยากรจำกัด การที่ประชาชนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมด้านสาธารณสุข ได้แก่ การร่วมวางแผน การดำเนินงาน การกำกับ และการประเมินผลโครงการพัฒนาด้านสาธารณสุข ซึ่งจะช่วยเพิ่มการประสานงานด้านทรัพยากร ด้านกิจกรรม และมีการทุ่มเทพลังความสามารถของประชาชนในชุมชนในการพัฒนาด้านสาธารณสุขมากขึ้น นอกจากนี้ยังสามารถช่วยลดความซ้ำซ้อนของการใช้ทรัพยากรและการดำเนินงาน เพราะประชาชนจะสะท้อนความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง ขณะเดียวกันสามารถดำเนินงานโดยมุ่งเน้นเฉพาะจุดที่มีปัญหาหรือความต้องการ ณ เวลาต่างๆ กันได้ แทนที่จะต้องดำเนินการในทุกพื้นที่ทุกกลุ่มประชากร ซึ่งบางกลุ่ม บางพื้นที่อาจไม่มีความจำเป็นในเวลาดังกล่าว จึงช่วยลดค่าใช้จ่ายและเวลาในการดำเนินงาน นับเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของการดำเนินงานด้านสาธารณสุข

5.2.4 ช่วยเพิ่มประสิทธิผลของการพัฒนาด้านสาธารณสุข การมีส่วนร่วมของชุมชนด้านสาธารณสุข ตั้งแต่เริ่มแรก คือ การระบุปัญหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสาธารณสุขของชุมชน จะทำให้สามารถระดมสรรพกำลังของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพในประเด็นเฉพาะเรื่อง

สำคัญ อีกทั้งการให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ แผนงานและกลวิธีการดำเนินงาน ที่สอดคล้องและเหมาะสมกับความรู้ ทักษะและทรัพยากรที่มีอยู่ จะช่วยให้โครงการเหล่านี้มีโอกาสบรรลุผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้มากขึ้น

5.2.5 ช่วยเพิ่มความเสมอภาคในการพัฒนาด้านสาธารณสุข เนื่องจากผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาจะมีโอกาสที่จะได้รับประโยชน์จากการพัฒนานั้นๆ ซึ่งการสนับสนุนให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบโครงการพัฒนาด้านสาธารณสุข มีการรวมตัวกันเคลื่อนไหวในเรื่องต่างๆ และให้การช่วยเหลือสมาชิกของชุมชนที่มีความต้องการสูงหรืออยู่ในสถานะเสี่ยงสูงต่อปัญหาสุขภาพ จะเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงทรัพยากรและบริการด้านสุขภาพที่จำเป็นเพื่อการยกระดับสถานะสุขภาพให้ดีขึ้น การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านสาธารณสุขจึงช่วยให้เจ้าหน้าที่ของรัฐได้ใกล้ชิดกับประชาชน รู้ถึงความต้องการที่แท้จริงของชุมชน และเกิดการตัดสินใจแบบชอบธรรม ทำให้เกิดความเสมอภาคแก่ประชาชนกลุ่มต่างๆ มากขึ้น

5.2.6 ช่วยเพิ่มการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร มีประสบการณ์ในการดำเนินงาน มีความตระหนักในคุณค่าของตน (self-awareness) และมีความมั่นใจในศักยภาพตนเอง ซึ่งช่วยให้ประชาชนหันมาพิจารณาค้นหาปัญหาของตนและมองเห็นหนทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว พบว่าการที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมด้านสาธารณสุขจะช่วยเพิ่มความเชื่อในความสามารถที่จะควบคุมปัญหาต่างๆ ในชีวิตของตนได้มากขึ้น ช่วยให้ชุมชนเรียนรู้เกี่ยวกับสาเหตุของปัญหา การวางแผนและดำเนินการแก้ไขปัญหาได้ด้วยชุมชนเองแทนการมุ่งแต่การพึ่งพาหรือรอคอยให้หน่วยงานภายนอกมาแก้ไขปัญหาให้ กลายเป็นชุมชนที่มีความเข้มแข็ง การมีส่วนร่วมของชุมชนยังเป็นการเตรียมประชาชนให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาในระดับภูมิภาคและระดับชาติต่อไปอีกด้วย

5.3 วิธีการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยกระบวนการ AIC และกระบวนการเสริมพลัง (Empowerment) ดังนี้

5.3.1 กระบวนการ AIC (Appreciation Influence Control) หรือกระบวนการระดมพลังสร้างสรรค์ เป็นทั้งกลวิธีและเทคนิคในการให้ชุมชนมีส่วนร่วม โดยให้คนที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของชุมชนมาประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกัน ซึ่งแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน (จิรวรรณ หัสโรด และคณะ, 2542, น. 49-57; นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2557ก) ซึ่งจะนำมาประยุกต์กับการมีส่วนร่วมในการออกแบบโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังนี้

ขั้นที่หนึ่ง A: Appreciation คือ การทำให้สมาชิกชุมชนที่มาประชุม ได้แก่ ตัวแทนผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่เทศบาลที่รับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มาสะท้อนสถานการณ์ปัญหาปัจจุบันของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน และเป้าหมายสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนที่อยากเห็น ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อเท็จจริง เหตุผล และความรู้สึก ทำ

ให้ทุกคนมีเป้าหมายร่วมกันที่จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ มีสุขภาพดี และเกิดพลังร่วมในระหว่างผู้มาร่วมประชุม

ขั้นที่สอง I: Influence คือ การให้สมาชิกที่มาประชุมใช้ความคิดสร้างสรรค์ ที่แต่ละคนมีอยู่มาช่วยกันกำหนดแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เนื้อหาและรูปแบบการเรียนรู้ที่ต้องการ การสนับสนุนของครอบครัว ชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุข และท้องถิ่น ทำให้ได้ข้อสรุปกิจกรรมและการบริหารจัดการโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ

ขั้นที่สาม C : Control คือ การนำกิจกรรมที่สำคัญมากำหนดเป็นแผนปฏิบัติการอย่างละเอียดว่าโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมว่ามีเป้าหมาย วิธีการหรือขั้นตอนในรายละเอียดอย่างไร มีกำหนดเวลา ผู้รับผิดชอบ และงบประมาณค่าใช้จ่าย แหล่งที่มาของงบประมาณ และการประเมินผลโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้ทุกคนรู้สึกเป็นเจ้าของ และเพื่อเป็นข้อผูกพันกับตนเองและกลุ่ม อันจะนำไปสู่การควบคุมให้เกิดการกระทำที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายหรืออุดมการณ์ร่วมกันต่อไป

จะเห็นได้ว่ากระบวนการ AIC จะก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของสมาชิกชุมชนในการออกแบบโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ ดำเนินการและประเมินผลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตลอดจนการร่วมรับผิดชอบในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ตามแผนที่ได้กำหนดไว้ หรืออาจกล่าวได้ว่าก่อให้เกิดการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญที่จะนำไปสู่การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและการประเมินผล รวมทั้งมีโอกาสให้เกิดการใช้และขยายผลโปรแกรมดังกล่าวภายหลังการศึกษาวิจัยสิ้นสุดลง

5.3.2 กระบวนการเสริมพลัง (Empowerment) เป็นทั้งปรัชญาการศึกษาและเทคนิคในการพัฒนาศักยภาพของบุคคล กลุ่มและชุมชน โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ที่เน้นให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาได้มีส่วนร่วมอย่างแท้จริง โดยใช้วิธีการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้และความคิดเห็นกันระหว่างผู้เรียน ให้ผู้เรียนร่วมกันระบุนโยบายของตน วิเคราะห์หาสาเหตุ และความเป็นมาของปัญหาโดยใช้วิจรรณญาณ การมองภาพหลังคมที่ควรจะเป็น และการพัฒนากลวิธีที่จะแก้ไขอุปสรรคเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ต้องการ การจัดการเรียนรู้ตามรูปแบบดังกล่าวนอกจากจะช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนมีการนับถือตนเองและผู้อื่น มีความเชื่อในความสามารถของตนเองและกลุ่มสูงขึ้น ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้นแล้ว ยังก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือการแก้ไขปัญหาสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในระดับกลุ่มและชุมชนอีกด้วย การเสริมพลัง จึงเป็นกระบวนการพัฒนาศักยภาพบุคคล กลุ่มและชุมชน ให้มีความสามารถในการควบคุมและร่วมมือกันกระทำในการเปลี่ยนแปลงชีวิต และสิ่งแวดล้อมที่ตนอาศัยอยู่ (นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2557ก; นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2557ข) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เน้นการเสริมพลังในระดับบุคคลให้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเอง คือเสริมพลังผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ให้สามารถดูแลตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการมีสุขภาพดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง

การเสริมพลัง มีหลักการที่สำคัญดังต่อไปนี้ (นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2557ข)

1) การเรียนการสอนที่เน้นการเสริมพลังให้แก่บุคคล โดยการสนับสนุนให้บุคคลมองเห็นความสัมพันธ์ของตนเองกับสิ่งแวดล้อม และเชื่อว่าตนและกลุ่มสามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของตนเอง ชุมชน และสังคมได้

2) การเรียนรู้ที่เริ่มต้นจากประสบการณ์ของผู้เรียน แล้วให้ผู้เรียนคิดวิเคราะห์โดยใช้วิจารณ์ญาณเพื่อโยงปัญหาต่าง ๆ ของบุคคลเข้ากับปัจจัยทางสังคมที่เป็นสาเหตุ การเกิดความเข้าใจดังกล่าวจะนำไปสู่การปรับปรุงพฤติกรรมที่บุคคลกระทำอยู่ หรือที่จะกระทำในอนาคตให้เป็นไปในทางที่ถูกต้องและเหมาะสม

3) การเรียนรู้ที่ให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมอย่างแท้จริง โดยควรส่งเสริมให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในทุก ๆ ขั้นตอน ตั้งแต่การเลือกประเด็นในการเรียนรู้ที่เป็นที่สนใจและมีความสำคัญต่อผู้เรียน การวางแผนกิจกรรม การมีส่วนร่วมในการสนทนาและจัดกิจกรรมการเรียนรู้ การประเมินผลตนเอง ตลอดจนการประเมินผลโครงการ

4) การเรียนรู้ร่วมกันเป็นกลุ่ม (Collective Learning) คือการที่ทุกคนสอน ทุกคนเรียน โดยเจ้าหน้าที่ผู้จัดกิจกรรมจะเปลี่ยนบทบาทหน้าที่จากผู้ถ่ายทอดความรู้ มาเป็นผู้สนับสนุนการเรียนรู้หรือผู้ประสานงาน การที่ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิด ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน นอกจากจะทำให้แต่ละคนได้เกิดความรู้ใหม่ที่สอดคล้องกับความเป็นจริงแล้วยังช่วยให้รู้ถึงการเป็นกลุ่ม มีการคิดและกระทำร่วมกัน ซึ่งการรวมกลุ่มกันนี้จะทำให้ผู้เรียนรู้สึกว่ามีพลังสนับสนุนมากพอที่จะกระทำการแก้ไขปัญหาหรือเปลี่ยนแปลงสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ต้องการ

5) การเรียนรู้ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยเป็นการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะ ความรู้สึกรู้จัก และทักษะ ซึ่งอาจเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทันที หรือมีการเปลี่ยนแปลงภายหลังเมื่อได้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ นอกจากนี้กระบวนการเรียนรู้จะนำไปสู่การกระทำเพื่อการเปลี่ยนแปลง โดยจะมีการสนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้เรียนมีการวางแผนร่วมกันเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

6) การเรียนการสอนที่มีความยืดหยุ่น โดยจะมีการปรับเนื้อหา วิธีการ และสื่อการเรียนให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้เรียนและกลุ่ม รวมทั้งการเรียนรู้จะไม่จำกัดเฉพาะในห้องเรียน เนื่องจากผู้เรียนสามารถเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ จากประสบการณ์จริงและจากการลงมือปฏิบัติด้วยตนเองได้ตลอดเวลา

7) การเรียนรู้ที่เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง ซึ่งมีได้สิ้นสุดเพียงแค่นี้ในระยะเวลาการฝึกอบรม โดยผู้เรียนจะต้องนำสิ่งที่เรียนรู้กลับไปปฏิบัติ ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ที่เกิดจากประสบการณ์การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เจ้าหน้าที่จะมีบทบาทเป็นผู้สนับสนุนการจัดกิจกรรมและการเรียนรู้ดังกล่าวของกลุ่ม

8) การเรียนการสอนที่มีความสนุกสนาน ไม่น่าเบื่อ แต่มีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน โดยการ จัดกิจกรรมจะใช้เกม การแสดงออกทางศิลปะ การแสดงท่าทาง การเล่นเกม ฯลฯ ที่ให้ผู้เรียนมี ส่วนร่วม ได้แสดงออก เกิดความสนุกสนาน แทนการฟังบรรยาย หรือเน้นการเขียนการอ่านเป็นหลัก ซึ่งเหมาะสมกับการเรียนรู้ในกลุ่มประชาชนในชุมชนที่มีใช้เป็นนักวิชาการหรือผู้เชี่ยวชาญ การเรียนรู้ ลักษณะดังกล่าวจะทำให้ผู้เรียนให้ความสนใจและเรียนรู้ไปโดยไม่รู้ตัว

จะเห็นได้ว่า การเสริมพลัง เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่มีความต่อเนื่องเป็นวงจรโดยไม่มีที่ สิ้นสุด คือ เริ่มต้นจากประสบการณ์หรือสิ่งที่ปฏิบัติอยู่ แล้วนำมาคิดวิเคราะห์ ไตร่ตรอง (reflection) ว่าปัญหาคืออะไร มีความเป็นมา และมีปัจจัยสาเหตุใดบ้าง โดยโยงให้เห็นความเกี่ยวเนื่องของปัจจัย ต่างๆ ซึ่งจะทำให้เกิดความเข้าใจต่อปัจจัยสาเหตุที่เกี่ยวข้องทั้งหมด อันจะนำไปไปสู่การวาง แผนการปฏิบัติ และการลงมือปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้เรียนจะกลายเป็นประสบการณ์ใหม่ที่นำไปสู่วงจรการเรียนรู้ที่ต่อเนื่องต่อไป การดำเนินงาน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะเมตาบอลิกของหน่วยบริการสุขภาพในกรุงเทพมหานคร ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 กรุงเทพมหานคร และการสนับสนุนวิชาการของมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ซึ่งโครงการดังกล่าวใช้หลักการเสริม พลังที่ให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ให้มีส่วนร่วมในกิจกรรม การเรียนรู้ การกำหนดเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และทางเลือกที่เหมาะสมในการดูแล ตนเองควบคู่กับการรักษา พบว่าได้ผลดีต่อการส่งเสริมความเชื่อในความสามารถปรับเปลี่ยน พฤติกรรม การมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มขึ้น สามารถลดดัชนีมวลกายที่เกิน ลดความดัน โลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดได้ (นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2558)

6. บทบาทของเทศบาลในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

เทศบาลเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นหน่วยงานนิติบุคคลที่มีหน้าที่บริหารจัดการ การพัฒนาในพื้นที่ท้องถิ่นตามระเบียบราชการส่วนท้องถิ่น โดยมีอำนาจหน้าที่ที่ต้องทำในการ ส่งเสริมการพัฒนาสตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และผู้พิการ พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอน การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 ได้กำหนดให้มีการมอบอำนาจหรือ ถ่ายโอนภารกิจบริการสาธารณะให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีการจัดสรรภาษีและอากร เงินอุดหนุนและรายได้อื่นให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำหรับภารกิจบริการสาธารณะหนึ่งใน หกด้านที่มีการถ่ายโอนให้หน่วยงานท้องถิ่น คือ ด้านงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ได้สนับสนุนและกำหนดหลักเกณฑ์ให้ องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน และภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร ดำเนินงานและบริหารจัดการเงินทุนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่

บุคคลในพื้นที่ ซึ่งเป็นที่มาของ “ระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่” ภายใต้การดำเนินงานขององค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล โดยงบประมาณการดำเนินงานจะได้จาก 4 แหล่ง คือ 1) กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในส่วนของการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค 2) เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลในอัตราส่วนมากน้อยแล้วแต่ขนาดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3) เงินสมทบจากชุมชนหรือกองทุนชุมชน และ 4) รายได้อื่น ๆ หรือทรัพย์สินที่กองทุนได้รับมาในกิจการของกองทุน ซึ่งในปี 2557 ได้มีประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2557 โดยให้คณะกรรมการกองทุนอนุมัติเงินกองทุนเพื่อดำเนินงาน 5 ด้าน ซึ่งมีเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ดังนี้ 1) เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ โดยเน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต เพื่อให้กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในพื้นที่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น 2) เพื่อสนับสนุนให้กลุ่มหรือองค์กรประชาชนหรือหน่วยงานอื่นในพื้นที่ได้ดำเนินงานตามแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันโรคให้แก่สมาชิกหรือประชาชนในพื้นที่ 3) เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุกของศูนย์ที่ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

จะเห็นได้ว่าเทศบาลเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีบทบาทภารกิจสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุให้เข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น การพัฒนาและการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ แต่ในทางปฏิบัติพบว่า การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของเทศบาลนครนนทบุรี จะเน้นการจัดกิจกรรมในศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต เช่น การรำไทเก๊ก ร้องเพลง กิจกรรมงานอดิเรก เป็นต้น และการส่งเสริมการรวมกลุ่มในชุมชนเป็นชมรมผู้สูงอายุ แต่พบว่าผู้สูงอายุส่วนน้อยที่เข้าถึงบริการดังกล่าว สำหรับบริการการรักษาพยาบาลพบว่าปัจจุบันเทศบาลนครนนทบุรีมีศูนย์บริการสาธารณสุขจำนวน 6 แห่ง ให้บริการด้านสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ สำหรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะเน้นการดูแลผู้ป่วยที่สามารถควบคุมโรคได้ในระดับที่ไม่รุนแรงซึ่งได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าให้มารับการรักษาและรับยาที่ศูนย์บริการสาธารณสุข ทั้งนี้ทางเทศบาลนครนนทบุรี มีบุคลากรผู้ให้บริการจำนวนจำกัด ในขณะที่มีความรับผิดชอบหลายด้าน การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนอกจากการรักษาแล้ว แพทย์จะมีเวลาให้คำแนะนำสั้นๆ บางรายแพทย์จะส่งต่อให้เจ้าหน้าที่ของศูนย์บริการสาธารณสุขให้ความรู้เป็นรายบุคคล โดยยังไม่มีการวางระบบการ

ให้บริการสร้างเสริมสุขภาพที่เน้นให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ รวมถึงยังไม่มีความร่วมมือเชื่อมโยงระหว่างผู้ป่วย ชุมชน และศูนย์บริการสาธารณสุขอย่างชัดเจน

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีดังนี้

7.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้ที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ขวัญดาว กล่ำรัตน์ (2554) ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย เก็บรวบรวมจากผู้สูงอายุเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย จำนวน 400 คน ได้มาด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ผลการศึกษพบว่าผู้สูงอายุมีความรู้ การดูแลสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และความเชื่อในความสามารถตนเองอยู่ในระดับสูง รวมถึงมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่ส่งผลทางบวกและมีนัยสำคัญทางสถิติต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การช้่นำตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงแหล่งเรียนรู้ และความเชื่อในความสามารถตนเอง

สุนันทา คุ่มเพชร (2545) ศึกษาอิทธิพลของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง การมีส่วนร่วมในชุมชนและความต้องการบริการสวัสดิการสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุในอำเภอเมืองระนอง จังหวัดระนอง พบว่ากิจกรรมประจำวันส่วนบุคคล ที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขหรือมีสุขภาพจิตดี ได้แก่ การทำงานและการพักผ่อน การออกกำลังกาย และการทำกิจกรรมทางศาสนา ส่วนกิจกรรมประจำวันทางสังคม ที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขหรือมีสุขภาพจิตดี ได้แก่ การพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว การทำกิจกรรมกลุ่ม และการช่วยเหลือผู้อื่น สิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกภูมิใจ ได้แก่ การได้ช่วยเหลือผู้อื่น ช่วยเหลือตนเองได้ ลูกหลานเป็นคนดีและสังคมยอมรับ สิ่งที่ทำให้มีความทุกข์ ได้แก่ การมีโรคภัยไข้เจ็บ การสูญเสียคนรัก และมีหนี้สิน ทั้งนี้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ศรีษฐา อ่อนแก้ว (2554) ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องการดูแลสุขภาพภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองวัดไชยทิศและตากสินสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษพบว่าผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่มีการดูแลเอาใจใส่สุขภาพร่างกายของตนเอง โดยการเข้ามาสร้างเสริมสุขภาพของชุมชนส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความกระตือรือร้นในการดูแลตัวเอง ใส่ใจตัวเองเพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุเข้าร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนและรับรู้ในการจัดกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ แม้ว่าบางครั้งร่างกายจะไม่เอื้ออำนวยให้เข้าร่วมกิจกรรมแต่รับทราบในการทำงานและกิจกรรมของชุมชนตลอด ชุมชนมีการประชาสัมพันธ์ข่าวสารให้กับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในการดูแลสุขภาพภาวะที่

ทางชุมชนจัดขึ้น ซึ่งนอกจากผู้สูงอายุในชุมชนมีการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นแล้ว ยังส่งผลให้รู้จักช่วยเหลือคนอื่นในชุมชนเพิ่มเติม เกิดการแบ่งปันกันช่วยเหลือกันระหว่างผู้สูงอายุในชุมชนเพิ่มมากขึ้น คนในชุมชนมีจิตอาสาเพิ่มมากขึ้น

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง มีปัจจัยด้านการสนับสนุนอยู่ในระดับมาก ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง และปัจจัยด้านการสนับสนุน ไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (มุสดี ด่านกุล และคณะ, 2554) นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน รายได้ และระดับน้ำตาลในเลือดครั้งสุดท้าย โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์การผันแปรของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 25.4 (อมรรัตน์ ภิรมย์ชม และอนงค์ หาญสกุล, 2555) การศึกษาในต่างประเทศพบว่า ผู้ป่วยที่มีความเชื่อในความสามารถในการควบคุมอาหาร และมีพฤติกรรมการควบคุมอาหารได้ดี สามารถทำนายการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี รวมทั้งผู้ที่มีความเชื่อในความสามารถแห่งตนสูง จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีกว่า (Al-Khawaldeh, 2012)

7.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ศรุตดา ศรีสว่าง (2558) ศึกษาเรื่องแนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดกิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุ ตำบลหลักหก อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ผลการศึกษาพบว่า สภาพการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดกิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุอยู่ในระดับน้อย ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการวางแผนจัดกิจกรรม การดำเนินการจัดกิจกรรม การได้รับประโยชน์จากการจัดกิจกรรม และการประเมินผลการจัดกิจกรรมในภาพรวม ประโยชน์ที่ได้รับที่ชัดเจนคือ ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมนันทนาการ คือ ทำให้มีเพื่อนมากขึ้น ปัญหาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดกิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุ ที่สำคัญ ได้แก่ (1) ในการวางแผนคิดริเริ่ม เพราะคิดว่าไม่ใช่หน้าที่ความรับผิดชอบ (2) ผู้สูงอายุไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินการจัดกิจกรรม เพราะไม่สะดวกในการเดินทางมากที่สุด (3) ปัญหาการได้รับประโยชน์จากการจัดกิจกรรมน้อย เพราะไม่เห็นประโยชน์ที่จะได้รับ และ (4) ปัญหาการมีส่วนร่วมในการประเมินผลการจัดกิจกรรม เพราะผู้สูงอายุไม่มั่นใจว่าตนมีความรู้ ความสามารถเพียงพอ

จารึก เพ็ชรคง (2550) ระบุถึงปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพประชาชนของเทศบาลจังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้แก่ การไม่มีเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยเจ้าหน้าที่มีงานอื่นที่ต้องรับผิดชอบเป็นจำนวนมาก ทำให้ไม่มีเวลาการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพเทศบาลจึงควรมีการกำหนดนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพอย่างชัดเจน โดยเฉพาะการจัดบุคลากร

ให้รับผิดชอบงานอย่างต่อเนื่อง การจัดสรรงบประมาณให้เพียงพอ การเพิ่มพูนทักษะในการปฏิบัติงานแก่เจ้าหน้าที่ การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพให้พร้อม มีการประสานงานขอความร่วมมือจากสถานีอนามัย

อรรวรรณ แพนคง และสุนทรีย์ คำเพ็ง (2553) ศึกษาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยให้ผู้แทนจากชุมชนและประชาชนได้ร่วมลงมือปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งมีทั้งหมด 3 โครงการ ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม จำนวน 4 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง 2) โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม จำนวน 4 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้งๆ ละ 1 ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที และโปรแกรมอบรมอาสาสมัคร ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม จำนวน 5 วันๆ ละ 4 ชั่วโมง ระยะเวลาการทดลอง 4 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

8.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้ที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้สามารถจัดการตนเอง

มูลนิธิสถาบันและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (2559) ได้ถอดบทเรียนระบบการทำงานและกระบวนการที่ทำให้เกิดผลสำเร็จในการดำเนินงานเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย สำหรับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มป่วย เน้นระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงให้สามารถจัดการภาวะโรคได้ ลดความเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อน และมีการติดตามประเมินอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาเกี่ยวกับเครือข่ายปฐมภูมิ 8 แห่ง ทั่วประเทศ พบว่าผู้ป่วยของหน่วยบริการโรงพยาบาลชุมชนมีส่วนร่วมในการควบคุมโรคได้ดีกว่าโรงพยาบาลศูนย์ หน่วยบริการส่วนใหญ่ดำเนินการตามแนวทางที่ส่วนกลางกำหนด แต่มีการวิเคราะห์ปัญหาในพื้นที่เพิ่มเติม มีเกณฑ์และรูปแบบการให้บริการที่ชัดเจน ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการให้บริการ คือ การสนับสนุนจากผู้บริหาร โดยให้อำนาจหน้าที่ และสนับสนุนงบประมาณและบุคลากร การให้บริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทุกแห่งดำเนินการโดยพยาบาล ซึ่งผ่านการอบรม Case Manager มีการจัดทีมสหวิชาชีพให้ความรู้กับผู้ป่วย ส่วนมากแพทย์ไม่ใช้แพทย์ประจำซึ่งส่งผลต่อความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ในด้านการสนับสนุนการดูแลตนเองส่วนใหญ่เป็นการให้สุขศึกษารายกลุ่มและรายบุคคล โดยแพทย์และพยาบาลเป็นผู้ประเมิน แล้วส่งต่อให้ทีมสหวิชาชีพให้ความรู้เฉพาะด้าน ทุกแห่งมีการใช้คู่มือหรือสมุดประจำตัวผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อกลับไปบ้านไม่ได้เปิดอ่าน/ดู และไม่พบการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยร่วมวางแผนในการดูแลรักษาและกำหนดเป้าหมายในการดูแลตัวเองร่วมกับบุคลากรทาง

การแพทย์ พบว่าพยาบาลผู้รับผิดชอบต้องการได้รับการพัฒนาทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ข้อเสนอในการศึกษาครั้งนี้คือ ควรให้การดูแลที่เน้นให้ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง การเพิ่มการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ร่วมกับการให้ชุมชนมีส่วนร่วม จะส่งผลให้เกิดการลดและป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น และนำไปสู่ผลลัพธ์สุขภาพประชาชนที่ดีขึ้น

นิตยา เพ็ญศิริรักษา และและปิยวิวัฒน์ เกตุวงศา (2559) ประเมินความยั่งยืนในการดูแลตนเองและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร 4 แห่ง ซึ่งเน้นกระบวนการเสริมพลังให้ผู้ป่วยมีความเชื่อในความสามารถตนเอง มีทักษะในการดูแลสุขภาพ ตัดสินใจและวางแผนใช้ทางเลือกที่เหมาะสม มีการทบทวนผลการปฏิบัติของตนเอง และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัจจัยแห่งความสำเร็จกับสมาชิกคนอื่นในกลุ่ม โดยการเรียนรู้ใช้เวลาครั้งละ 3 ชั่วโมงและพบกันเดือนละครั้งตามการนัดมารับยาที่โรงพยาบาล รวมทั้งทั้งหมด 5 ครั้งหรือ 4 เดือน และมีการติดตามความยั่งยืนหลังสิ้นสุดโครงการระยะเวลา 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่า การเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในระยะติดตาม 6 เดือน โดยพบว่าการเปลี่ยนแปลงของความเชื่อในความสามารถตนเอง และพฤติกรรมดูแลตนเอง อันส่งผลดีต่อดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิตตัวบน และฮีโมโกลบินเอวันซีที่ลดลง อย่างไรก็ตามการที่ผู้ป่วยมีโรคร่วมอื่นๆ นอกจากเบาหวาน เป็นเพศชาย และการได้รับกิจกรรมหรือความรู้หลังจากจบโครงการมีผลให้ผู้ป่วยเบาหวานจัดการตนเองได้ดีขึ้น รวมทั้งสถานพยาบาลที่จัดทำโครงการมีผลต่อความแตกต่างของการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบข้อมูลวิจัยสนับสนุนให้มีการจัดบริการส่งเสริมการดูแลตนเองให้ผู้ป่วยเบาหวานเพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล โดยดันแคนและคณะ (Duncan et al., 2009) พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพและได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่เน้นการจัดการตนเองของผู้ป่วยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ร้อยละ 5.7 ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของรัฐ ที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ร้อยละ 14.0 ซึ่งการน้อยกว่าดังกล่าวเป็นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่มีประกันสุขภาพมีการเบิกค่ารักษาพยาบาลจากการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันที่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลน้อยกว่า แต่เบิกค่าบริการในระดับปฐมภูมิแบบผู้ป่วยนอกและบริการส่งเสริมสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับการศึกษาผลของการจัดโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่ส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยการวิจัยกึ่งทดลองในประเทศไทย มีโปรแกรมหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ การใช้รูปแบบโปรแกรมค่ายเบาหวาน ที่ประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความเชื่อในความสามารถตนเอง มาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมค่ายเบาหวานแบบเข้าไป-เย็นกลับ มีระยะเวลา 3 วัน กิจกรรมค่าย

ประกอบด้วยการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การฝึกทักษะการดูแลตนเอง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การใช้ตัวแบบ การช่วยเหลือซึ่งกันและกันของสมาชิกในกลุ่มในการวางแผนเป้าหมาย และการวางแผนแก้ปัญหาในการดูแลตนเอง และกิจกรรมการเดินแรลลี่ ประเมินผลหลังเข้าค่ายเบาหวาน 1 เดือน พบว่าสามารถเพิ่มความเชื่อในความสามารถตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเข้าในกลุ่มทดลองได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อุษา ทศนวิน และคณะ, 2553) และการศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตน ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากแกนนำชุมชนและจากครอบครัวในการออกเยี่ยม โดยโปรแกรมจัดกิจกรรม 12 สัปดาห์ สัปดาห์แรกเป็นการอบรมความรู้ สัปดาห์ที่ 2 ถึง 11 ใช้กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการเยี่ยมบ้านโดยผู้วิจัย สัปดาห์ที่ 12 เป็นการสรุปกิจกรรมและประเมินผล รวมระยะเวลาดำเนินการ 3 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ ความเชื่อในความสามารถตนเอง ความคาดหวังในการดูแลตนเอง การปฏิบัติในการดูแลตนเอง และการจัดการความเครียด เพิ่มขึ้นและดีกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดวงสมร นิลตานนท์ และจุฬารัตน์ ไสตะ, 2553) และศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อายุ 50-59 ปี จัดกิจกรรมเสริมพลัง 4 ครั้งห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ ประเมินผลเมื่อครบ 8 สัปดาห์ พบกลุ่มทดลองมีการรับรู้พลังอำนาจของตนเองในการป้องกันโรคเบาหวาน ความรู้สึกมีคุณค่าของตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ยุวดี รอดจากภัย, สมพล กิตติเรืองเกียรติ, และประสิทธิ์ กมลพรมงคล, 2555)

ในกรณีผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีการประเมินผลกลวิธีสนับสนุนให้ผู้สูงอายุในชนบทไทยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงให้สามารถจัดการตนเอง โดยให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและตั้งเป้าหมายในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ วัดผลหลังจัดกิจกรรมทันที 3 เดือน และ 6 เดือน ผลการทดลองพบว่ามีความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในด้านความดันโลหิต เส้นรอบเอว การปฏิบัติตัวในการรักษาโรค การบริโภคอาหารเค็ม และคุณภาพชีวิตในมิติด้านสมรรถภาพทางกาย ซึ่งบางตัวแปรแตกต่างกันทุกระยะเวลาที่วัด บางตัวแปรพบความแตกต่างบางระยะเวลา (Anuruang, 2015)

นอกจากนี้การศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมที่จัดให้กับผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร มีการฝึกออกกำลังกายแบบถ้ำคีตตตตามวัดผล 3 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม สมรรถนะทางกายของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อและข้อกระดูกหัวไหล่และแขน และมีความอดทนของระบบไหลเวียนโลหิตและการหายใจมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย

อัตราการเต้นของหัวใจขณะพัก และความดันโลหิตลดลง รวมถึงมีคุณภาพชีวิตตามการรับรู้ ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม (กนิษฐ ใจศิริ, 2559)

การศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับผลของโปรแกรมสนับสนุนการดูแลตนเองในผู้ที่มีภาวะโรคเมตาบอลิก กลุ่มตัวอย่างอายุ 50-75 ปี จัดกิจกรรมห่างกันสัปดาห์ละครั้ง 4 สัปดาห์ และเดือนที่ 2 และ 3 รวม 6 ครั้ง ติดตามผลเดือนที่ 3 และ 6 ผลการทดลองพบกลุ่มทดลองมีผลที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมในเรื่องการมีกิจกรรมทางกายในระยะ 3 เดือน และ 6 เดือน มีผลดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมในด้านการลดระดับน้ำตาลในเลือด และไขมันเอชดีแอล เฉพาะหลังการทดลอง 6 เดือน แต่ไม่พบผลที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญด้านพฤติกรรมการกิน เส้นรอบเอว ความดันโลหิตตัวบนและตัวล่าง รวมทั้งระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ (Suwankruhasn et al., 2013) เช่นเดียวกับการวิจัยแบบกึ่งทดลองในต่างประเทศ ที่พบว่า การเสริมพลังเพื่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ดำเนินการ 3 เดือน ทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองลดน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีค่าน้ำตาลสูงตั้งแต่แรก (Pena-Purcell et al., 2011) และการศึกษาผลของสุขศึกษาที่เน้นการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ พบว่าหลังการทดลอง 6 เดือน ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีน้ำตาลในเลือด (FBS) น้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และคะแนนความวิตกกังวลลดลงดีกว่ากลุ่มควบคุม ในขณะที่ค่าความดันโลหิต อัตราส่วนเอวกับสะโพก และไขมันในเลือดไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Chai et al., 2018)

จากการทบทวนวรรณกรรมผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองหรือการเสริมพลังผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุในประเทศไทยและต่างประเทศ โปรแกรมส่วนใหญ่ผู้วิจัยเป็นผู้ออกแบบโดยใช้แนวคิดของทฤษฎีความเชื่อในความสามารถตนเองและการเสริมพลัง กิจกรรมส่วนใหญ่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่มาพบกันเป็นระยะๆ แต่ความถี่แตกต่างกัน เช่น ทุกสัปดาห์ ทุกสองสัปดาห์ ทุกเดือน และจำนวนครั้งที่จัดกิจกรรมแตกต่างกันตั้งแต่ 3-12 ครั้ง บางโปรแกรมมีการไปเยี่ยมบ้านโดยผู้วิจัยทุกสัปดาห์เพื่อเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม สำหรับผลการประเมินโปรแกรมพบว่ากลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมในด้านความเชื่อในความสามารถตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง สุขภาพกาย และสุขภาพจิต ที่แตกต่างกันในแต่ละกลุ่มและระยะเวลาที่ประเมินผล ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่พบว่าผลการวิจัยที่แตกต่างกันเกี่ยวข้องกับกิจกรรมในโปรแกรมทั้งด้านเนื้อหา ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมเรียนรู้ จำนวนครั้งของกิจกรรม ระยะห่างของกิจกรรมแต่ละครั้ง รวมถึงผลลัพธ์ที่ประเมิน และวิธีการประเมิน (Schinckus et al., 2014)

สรุปได้ว่าการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้สามารถจัดการตนเอง มีความสำคัญต่อการควบคุมโรค ที่ส่งผลดีต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง สุขภาพกายและสุขภาพจิต การที่ผู้ป่วยจะจัดการตนเองได้ดี สามารถประเมินจากความเชื่อในความสามารถตนเอง พฤติกรรมดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย การจัดการ

ความเครียด การกินยาตามแผนการรักษา และผลลัพธ์ต่อสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะทางกาย ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด และสุขภาพจิต โดยรูปแบบโปรแกรมจะมีการจัดกิจกรรมที่ใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีการจัดกิจกรรมที่ต่อเนื่อง 3-12 ครั้ง โดยส่วนใหญ่ใช้เวลาประเมินผลหลังดำเนินการ 3 เดือน สำหรับการศึกษานี้ใช้พื้นที่เทศบาล ซึ่งเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีหน้าที่จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีความพร้อมเรื่องงบประมาณ แต่มีข้อจำกัดด้านจำนวนบุคลากร และทักษะในการจัดกิจกรรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่เหมาะสมกับการดำเนินงานโดยศูนย์บริการสาธารณสุข และสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน โดยให้ผู้ใช้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบโปรแกรม และมีการประเมินผลการทดลองใช้และปรับปรุงโปรแกรมก่อนนำไปขยายผลต่อไป



บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่เทศบาลนครนนทบุรี มีวิธีการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยมี 2 ขั้นตอน คือขั้นตอนแรกเป็นการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อที่ให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วม ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ กับขั้นตอนที่สอง เป็นการนำโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นในขั้นตอนแรกมาทดลองใช้โดยใช้การวิจัยแบบกึ่งทดลอง

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร คือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน และผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่เทศบาลนครนนทบุรี

2.2 กลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มแรก เป็นตัวอย่างในขั้นตอนศึกษาสถานการณ์ก่อนดำเนินการเพื่อพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการสนทนากลุ่มย่อย ตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงประกอบด้วย ผู้แทนผู้สูงอายุและครอบครัว (7 คน) ผู้นำชุมชน (3 คน) อาสาสมัครสาธารณสุข (5 คน) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เป็นทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุขและโรงพยาบาลที่ดูแลเครือข่าย (9 คน) ผู้บริหารของศูนย์บริการสาธารณสุขและเทศบาล (2 คน) รวม 26 คน

กลุ่มที่สอง เป็นตัวอย่างในขั้นตอนการทดลองใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้น มี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม โดยศึกษากับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เก็บข้อมูล 2 ครั้ง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

จากการคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G* Power สำหรับการวิจัยที่ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสองกลุ่ม โดยงานวิจัยที่ผ่านมาในเรื่องโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง พบขนาดอิทธิพลที่ระดับ .55 (Anurung, 2015) กำหนดค่าแอลฟา 0.05 และอำนาจการทดสอบ 0.80 โดยใช้การทดสอบทางเดียว ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 42 คน ดังนั้นเพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่างจึงได้เพิ่มเป็นกลุ่มละ 45 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 90 คน

เกณฑ์ในการคัดเข้า มีดังนี้

- 1) เป็นผู้ที่มีอายุ 60-80 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
- 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่เกิน 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ได้ติดต่อกัน 2 ครั้ง ซึ่งได้รับการรักษาที่ศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลนครนนทบุรี หรือโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายของศูนย์บริการสาธารณสุข
- 3) เป็นประชาชนไทย มีทะเบียนบ้านในเขตเทศบาลนครนนทบุรี สามารถสื่อสารพูดคุยได้ตอบภาษาไทยได้เป็นอย่างดี
- 4) สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และสามารถทำกิจกรรมตามโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ
- 5) สมัครใจเข้าร่วมในการศึกษาติดตามเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์

เกณฑ์ในการคัดออก มีดังนี้

- 1) มีปัญหาในการสื่อสารและการรับรู้
- 2) ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ไม่ให้ออกกำลังกาย และประเมินพบว่าไม่มีความพร้อมที่จะออกกำลังกาย
- 3) มีความบกพร่องทางร่างกายที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ การเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย
- 4) ไม่สามารถเก็บข้อมูลตามตัวแปรที่ศึกษาครบทั้งก่อนและหลังการทดลอง

การเลือกตัวอย่างใช้วิธีการพิจารณาลักษณะของศูนย์บริการสาธารณสุข 6 แห่ง ของเทศบาลนครนนทบุรี ที่มีขนาด ลักษณะการบริการและศักยภาพใกล้เคียงกัน ได้ 4 แห่ง โดยศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 5 และ 6 กับศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 1 และ 4 มีพื้นที่ที่อยู่ในโซนที่ห่างกัน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทำการจับฉลากให้ศูนย์บริการสาธารณสุข ในโซนที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง และโซนที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุม ได้แก่ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 5 และ 6 เป็นกลุ่มทดลอง และศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 1 และ 4 เป็นกลุ่มควบคุม จากนั้นให้พยาบาลประจำศูนย์บริการสาธารณสุข ผู้นำชุมชนและ อสม. ประชาสัมพันธ์ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ เพื่อนำรายชื่อผู้สูงอายุดังกล่าวมาทำการสุ่ม โดยการจับฉลากให้ได้ตัวอย่างตามเกณฑ์จำนวน 45 คนสำหรับกลุ่มทดลอง และ 45 คน สำหรับกลุ่มควบคุม

3. เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นชุดกิจกรรมการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่พัฒนาจากการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน รวมถึงเจ้าหน้าที่ของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครนนทบุรี

การพัฒนาโปรแกรมฯ มี 5 ขั้นตอน คือ **ขั้นตอนแรก** ทีมวิจัยทำการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับทฤษฎีและรูปแบบโปรแกรม **ขั้นตอนที่สอง** จัดการสนทนากลุ่มให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสะท้อนข้อมูลสถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ความต้องการเนื้อหาและกิจกรรมการเรียนรู้ที่ต้องการ ระยะเวลา ความถี่ จำนวนครั้งในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ รวมถึงสถานที่ในการจัดกิจกรรม การหากลุ่มเป้าหมาย และการสนับสนุนดำเนินงานและประเมินผลโปรแกรมโดยแกนนำผู้สูงอายุ อสม. ผู้นำชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุข และผู้บริหารของเทศบาลนครนนทบุรี โดยทีมวิจัยได้นำข้อมูลปัญหาความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมาประกอบกับการทบทวนวรรณกรรม เพื่อร่างโปรแกรมฯ แล้วให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียข้อสรุปเป็นรูปแบบโปรแกรมที่ต้องการ **ขั้นตอนที่สาม** ทีมวิจัยจัดทำรายละเอียดโปรแกรมฯ กำหนดการและแผนการจัดกิจกรรม เอกสารและสื่อประกอบการจัดกิจกรรม **ขั้นตอนที่สี่** ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์และการส่งเสริมสุขภาพ 3 ท่าน ตรวจสอบโปรแกรมฯ ด้านความตรงและความสอดคล้องเหมาะสม **ขั้นตอนที่ห้า** ทีมวิจัยปรับปรุงแก้ไขและจัดทำรายละเอียดเพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

3.2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.2.1 แนวทางการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เกี่ยวกับสถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน เพื่อนำมาใช้ออกแบบโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ สถานการณ์ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในเทศบาลนครนนทบุรี บริการส่งเสริมสุขภาพและการรักษาพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน การมีส่วนร่วมของชุมชน กับเครือข่ายบริการสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน รูปแบบและเนื้อหากิจกรรมในโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่ต้องการ ระยะเวลาการจัดกิจกรรมและสถานที่ที่เหมาะสมกับกิจกรรม และสะดวกกับกลุ่มเป้าหมาย แนวทางการหากลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมโครงการ และวิธีการจูงใจให้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม การให้กลุ่มควบคุมได้มีโอกาสเข้าร่วมโปรแกรมในระยะต่อไป ข้อเสนอแนะ หรือข้อควรระวังอื่นๆ

3.2.2 แบบสอบถามวัดความเชื่อในความสามารถตนเอง วัดการรับรู้ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ต่อความมั่นใจในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในเรื่องการบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียดและการใช้ยา แบบวัดเป็นมาตรประมาณค่า 1-10 คะแนน ตั้งแต่เชื่อว่าทำไม่ได้แน่นอน (1 คะแนน) ถึงเชื่อมั่นว่าทำได้แน่นอน (10 คะแนน)

3.2.3 แบบสอบถามวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง วัดการกระทำของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในเรื่องการบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด และการใช้ยา ที่จะส่งผลดีต่อสภาวะโรคทำให้สามารถควบคุมโรคและภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ประเมินโดยให้ผู้สูงอายुरายงานการปฏิบัติของตนเอง ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาตามความถี่ ไม่ทำเลย ทำ 1-2 วัน ทำ 3-4 วัน ทำ 5-7 วัน ค่าคะแนน 0-3 ตามลำดับ

ส่วนพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย วัดกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้สูงอายุที่ใช้กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ในการทำงาน การเดินทาง และในยามว่าง ในระดับความหนัก ความนาน และความถี่ที่เพียงพอและส่งผลดีต่อสุขภาพ รวมถึงการลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง โดยแบบสอบถามกิจกรรมทางกาย (Global Physical Activity Questionnaire) มีการนำข้อมูลกิจกรรมทางกายมาแปลงเป็นค่า Metabolic Equivalent (MET) นาทีต่อสัปดาห์ แล้วนำไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์ คะแนนกิจกรรมทางกายต่ำกว่า 600 MET นาทีต่อสัปดาห์ เป็นระดับต่ำ 600-1,499 MET นาทีต่อสัปดาห์ เป็นระดับปานกลาง และถ้า 1,500 MET นาทีต่อสัปดาห์ขึ้นไป เป็นระดับสูง

3.2.4 การวัดสมรรถนะทางกาย ประเมินความแข็งแรง ความอดทน และความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ การทรงตัว ความแข็งแรงและความอดทนของระบบไหลเวียนเลือด และระบบหายใจ ทดสอบตาม Senior Fitness Test คือ 1) ลุก-ยืน-นั่ง 30 วินาที 2) ยกน้ำหนักขึ้นลง 30 วินาที 3) ย่ำเท้ายกเข่าสูง 2 นาที 4) นั่งเก้าอี้แต่ละปลายเท้า 5) มีข้อไขว้หลังแตะกัน และ 6) ลุก-เดิน-นั่ง ไปกลับ 16 ฟุต (กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย, 2552)

3.2.5 การวัดสุขภาพกาย ประเมินจากดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไขมันในเลือดหลังอดอาหาร

3.2.6 แบบวัดสุขภาพจิต วัดสภาวะด้านจิตใจ อารมณ์ของผู้สูงอายุที่รู้สึกเป็นสุข และสามารถปรับตัวกับเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงที่เข้ามาในชีวิต ใน 1 เดือนที่ผ่านมา วัดด้วยแบบวัดสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต 15 ข้อ (อภิชัย มงคล และคณะ, 2552) ให้ตอบตามการรับรู้ที่ไม่มีเหตุการณ์ มีเล็กน้อย มีมาก และมีมากที่สุด ให้คะแนน 1-4 คำถามเชิงลบ (ข้อที่ 3, 4, 5) จะแปลงคะแนนกลับกันเป็น 4-1 นำคะแนนรวมมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์เป็นระดับสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (51-60 คะแนน) สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (44-50 คะแนน) และสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (ตั้งแต่ 43 คะแนนลงมา)

ทั้งนี้เครื่องมือต่างๆ จะมีการทดสอบคุณภาพก่อนนำไปใช้ โดยโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ และแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นจะมีการประเมินความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีการปรับแก้ไขเนื้อหาหรือข้อคำถามที่ได้รับข้อเสนอแนะ ทั้งนี้รายละเอียดของโปรแกรม มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของทั้งโปรแกรม 0.95 ส่วนแบบสอบถามความเชื่อในความสามารถตนเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีค่าดัชนีความสอดคล้อง 0.94 และ 0.95 ตามลำดับ มีการนำแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญไปการทดลองใช้ในกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในอำเภอปากเกร็ด จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงของครอนบาชแอลฟาในส่วนของความเชื่อในความสามารถ เท่ากับ 0.83 ส่วนของสุขภาพจิตเท่ากับ 0.86 ส่วนแบบสอบถามวัดพฤติกรรมและวัดกิจกรรมทางกาย เนื่องจากเป็นข้อเท็จจริง จึงได้พิจารณาด้านความเข้าใจภาษาที่ใช้และความสอดคล้องกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง และนำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะเสนอโครงการวิจัยให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี พิจารณาให้การรับรองในการประชุมครั้งที่ 3/2560 วันที่ 16 พฤษภาคม 2560

4.2 ประสานงานกับเทศบาลนครนนทบุรี และศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อติดต่อกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และจัดประชุมสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครนนทบุรีในวันที่ 21 กรกฎาคม 2560

4.3 อบรมและฝึกปฏิบัติเจ้าหน้าที่ช่วยเก็บข้อมูล ซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา จำนวน 10 คน ทั้งในเรื่องของการวัดสมรรถนะทางกาย การชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต และการสัมภาษณ์ข้อมูลความเชื่อในความสามารถตนเอง กิจกรรมทางกาย และพฤติกรรมการดูแลตนเอง

4.4 ประสานงานกับศูนย์บริการสาธารณสุขและผู้นำชุมชนในการติดต่อให้กลุ่มตัวอย่างงดน้ำงดอาหารเพื่อมาเจาะเลือด และให้ข้อมูลก่อนการทดลอง โดยทีมวิจัยลงเก็บข้อมูลในชุมชนเพื่อให้สะดวกแก่ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีการชี้แจงวัตถุประสงค์และผลกระทบที่อาจได้รับการจากการศึกษาวิจัย และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนทำการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง โดยมีผู้สูงอายุ ในกลุ่มทดลองจำนวน 45 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 45 คน

4.4 จัดกิจกรรมตามโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพให้กับกลุ่มทดลองจำนวน 4 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 เดือน ระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน 2560 ที่ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เทศบาลนครนนทบุรี

4.5 เก็บข้อมูลหลังการทดลอง 3 เดือนโดยกลุ่มควบคุมลงเก็บข้อมูลและเจาะเลือดในชุมชน ส่วนกลุ่มทดลองเก็บข้อมูลในวันสุดท้ายของการจัดกิจกรรม พบว่ากลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกิจกรรม

ตามโปรแกรมฯ และมีข้อมูลก่อนและหลังการทดลองครบ มีจำนวน 40 คน ส่วนกลุ่มควบคุมที่มีข้อมูลก่อนและหลังการทดลองครบมีจำนวน 44 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างบางรายย้ายบ้านไปอยู่ต่างจังหวัด หรือมีอุบัติเหตุที่ต้องพักรักษาตัวไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรม หรือให้ข้อมูลหลังการทดลองได้

5. สถิติที่ใช้ในการวิจัย

5.1 **สถิติเชิงพรรณนา** ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดต่ำสุด

5.2 **สถิติเชิงอนุมาน** ได้แก่ paired t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรตามก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม และ Independent t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05



บทที่ 4

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่เทศบาลนครนนทบุรี จะนำเสนอข้อมูลเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนแรกเป็นผลการศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน เพื่อนำมาใช้พัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ และส่วนที่สองเป็นผลการวิจัยประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยนำเสนอคุณลักษณะประชากรของตัวอย่างในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ข้อมูลตัวแปรที่ศึกษาก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ดังนี้

ส่วนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน เพื่อพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ

การศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนในมุมมองของผู้สูงอายุและครอบครัว ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้บริหารของเทศบาล เพื่อนำข้อมูลมาใช้พัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่เน้นการส่งเสริมการจัดการตนเอง ที่สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของหน่วยบริการและชุมชน โดยจัดการประชุมสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวน 26 คน ซึ่งมีคุณลักษณะส่วนบุคคลตามตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เข้าร่วมสนทนากลุ่มจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (N=26)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	6	23.1
หญิง	20	76.9
อายุ		
>50 ปี	7	26.9
50-59 ปี	7	26.9
60-69 ปี	7	26.9
≥70 ปี	5	19.1

Mean=57.5, SD=12.2 min 30 max 76

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	2	7.7
คู่	22	84.5
หม้าย	1	3.8
หย่า/แยก	1	3.8
การศึกษา		
ประถมศึกษา	5	19.2
มัธยมศึกษา/ปวช.	5	19.2
อนุปริญญา/ปวส.	4	15.4
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	12	46.2
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน/แม่บ้าน	10	38.5
ข้าราชการบำนาญ	2	7.7
ข้าราชการ	2	7.7
พนักงานเทศบาล	8	30.8
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	1	3.8
รับจ้าง	3	11.5
ผู้แทนกลุ่ม		
ผู้บริหารของเทศบาล	2	7.7
ทีมสหวิชาชีพของศูนย์บริการสาธารณสุข	8	30.8
ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า	1	3.8
ผู้นำชุมชน	3	11.5
อสม.	5	19.2
ผู้ป่วย และครอบครัวผู้ป่วย	7	27.0

พบว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม จำนวน 26 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.9 เพศชาย ร้อยละ 23.1 อายุเฉลี่ย 57.5 ปี (SD=12.2) อายุน้อยที่สุด 30 ปี มากที่สุด 76 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 84.5 การศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่ามีมากที่สุด ร้อยละ 46.2 รองลงมาคือประถมศึกษา และมัธยมศึกษา เท่ากันร้อยละ 19.2 เป็นผู้ไม่มีอาชีพหรือเป็นแม่บ้าน/พ่อบ้านมากที่สุด ร้อยละ 38.5 รองลงมา มีอาชีพเป็นพนักงานเทศบาล ร้อยละ 30.8 สำหรับการเป็นผู้แทนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วยผู้แทนทีมสหวิชาชีพของศูนย์บริการสาธารณสุขมากที่สุด ร้อยละ 30.8 รองลงมา เป็นผู้แทนผู้ป่วยและครอบครัว ร้อยละ 27.0 ผู้แทน อสม. ร้อยละ 19.2 ผู้แทนผู้นำชุมชน ร้อยละ 11.5 ที่เหลือเป็นผู้บริหารของเทศบาลและศูนย์บริการสาธารณสุข และทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย ทั้งนี้ผู้ที่เป็นผู้นำชุมชนและ อสม. บางรายป่วยเป็นโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูงด้วย

ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มแยกตามตัวแทนกลุ่มผู้ให้ข้อมูล มีดังต่อไปนี้

1. กลุ่มผู้ป่วย และผู้นำชุมชนและอสม.ที่ป่วย

1.1 สถานการณ์ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในเทศบาลนครนนทบุรี ด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต พฤติกรรมการดูแลตนเอง

คนที่ 1-ป่วยมาตั้งแต่ปี 2548 รักษาที่พระนั่งเกล้า ช่วงนี้ดีขึ้นที่เข้าพรรษา ใต้ดสุรา พักดี

คนที่ 2-ชอบทานอาหาร ตามใจปาก ทำอาหารเองก็ลำบาก เพราะสามีเป็นอัมพาตจากอุบัติเหตุ เบาหวานเคยขึ้นมา 300 ช่วง 2 เดือนนี้ลดน้ำตาลได้ เพราะคุมของหวานและข้าวได้

คนที่ 3-เป็นความดันสูงมา 15 ปี ยังคุมได้เหมือนเดิม ตลอดเวลา ลดความเค็ม ลดสุรา มีความเครียดนิดหน่อยไม่มาก เรื่องยาไม่เคยลืม เพราะหมอดี (กินเม็ดเดียวยังบ่นเลย)

คนที่ 4- เป็นไขมันสูง ทานยาบ้างไม่ทานบ้าง เพราะลืม ซึ่งเป็นยาหลังอาหารเข้า แต่มักทานอาหารตอนสายๆ ทานไม่เป็นเวลา ส่วนใหญ่ความดันจะเกิดตอนเครียด ออกกำลังกายไม่ได้ เพราะเจ็บขา

คนที่ 5- เป็นไขมันสูง น้ำตาลในเลือดประมาณ 120 มาประมาณ 10 ปี เลียงดไม่ทานข้าว เย็น แต่ช่วงนั้นทานเหล้าทุกวัน พอเป็นโรคหัวใจเลยลดเหล้า เหลือประมาณ 3 วันต่อสัปดาห์ ขอหมอว่าอยากสังสรรค์กับลูก อยากทำเพราะมีเป้าหมายเองไม่ถูกบังคับ ที่ทำทั้งหมดนี้เพราะอยากมีชีวิตอยู่ดูหลานๆ เติบโต

คนที่ 6-เมื่อ 2 ปีที่แล้วเป็นเบาหวาน แต่ตอนนี้ไม่ได้ทานยาแล้วเพราะคุมอาหารเน้นผลไม้ไม่หวาน ไม่ทานเค็ม แต่ยังมีความดันอยู่ประมาณ 130 ยังกินยาอยู่ แต่ยังทานทุเรียนอยู่บ้าง

คนที่ 7-มีน้ำตาล 115 ความดัน 139 ห้ามใจตนเอง ทานทุเรียนพุดเดียว อาหารแค่กินพอให้หายอยาก

คนที่ 8-เป็นครูเกษียณ ไม่เคยมีอาการมาก่อนแต่พอไปทำบัตรจ่ายตรงจึงได้ตรวจ จึงพบว่าตัวเองเป็นเบาหวาน ความดันสูง และหมอให้ทานยา เลยยังงงๆ ว่าทำไมถึงเป็นโรคและทำไมต้องทานยาเพราะคุมทั้งๆ ที่ดูแลเรื่องอาหารและออกกำลังกายเป็นประจำ เคยรักษาที่รพ.บาราศฎร์ มา 6 ปีแล้ว ไม่อยากทานยา

คนที่ 9-เป็นเบาหวาน ความดันสูง หัวใจมา 15 ปี เรื่องอาหารเรารู้ทฤษฎีมาหมดแล้ว แต่ปฏิบัติไม่ได้ เพราะเราไม่มีวินัยต่อตนเอง แต่ก่อนทำงานธนาคาร ไปตรวจงานลูกน้องจะเลี้ยงเยอะ ก็เลยอดไม่อยู่ ตอนนี้นำทั้งบอลลูน บายพาสเส้นเลือดหัวใจไปแล้ว

1.2 บริการส่งเสริมสุขภาพและการรักษาพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

- คุณหมอ (พยาบาล) จากศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 6 ไปเยี่ยมชุมชนทุกวันพฤหัสบดี มีประธานชุมชน อสม.เป็นแบบอย่างที่ดี และชักชวนให้ผู้สูงอายุไปออกกำลังกาย

1.3 ระยะเวลาและสถานที่ ที่เหมาะสมและสะดวกในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

-ควรพบกันเดือนละครั้งเพื่อมาอบรมเรียนรู้ และให้นำกลับไปปฏิบัติ

-ครั้งแรกอยากให้เห็นเรื่องอาหาร และเรื่องออกกำลังกายใช้เวลา 1 วัน และหลังจากนั้นเจอกันประมาณครั้งละครึ่งวัน เดือนละครั้ง ถ้ามาเข้าร่วมกิจกรรมต่อเนื่องนาน 3 เดือน พอจะทำได้ โดยจัดที่ศูนย์ผู้สูงอายุของเทศบาลค่อนข้างสะดวก เพราะทุกคนรู้จัก เดินทางมาง่าย

2. กลุ่มครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วย

2.1 การดูแลผู้ป่วยจากคนในครอบครัว

ผู้ดูแลผู้ป่วยคนที่ 1-คอยเตือนให้ไปออกกำลังกาย ไม่ให้ทานอาหารมัน มีความยากลำบาก คือ คนใช้คือ พุดไม่ค่อยเชื่อฟัง

ผู้ดูแลผู้ป่วยคนที่ 3-ช่วยสนับสนุน โดยจะให้ลดของมันๆ ตนพอมีความรู้ในเรื่องการปรุงอาหาร แต่ก็ซื้ออาหารปรุงเสร็จมาให้ผู้ป่วยทานบ้าง มีวิธีคือการพูดบ่อยๆ แต่พูดแล้วจะไม่ค่อยเชื่อ เพราะผู้ป่วยมีเพื่อนเยอะ

ผู้ดูแลผู้ป่วยคนที่ 4-ลูกชายดูแลแม่ แม่ชอบกินมันๆ และเค็ม เพราะแม่เป็นคนชายกับข้าวเลยชิมบ่อย ลูกเลยช่วยชิมอาหารแทน อยากให้แม่ลดหวานๆหน่อย

3. กลุ่มผู้นำชุมชน และอสม.

3.1 การดูแลผู้ป่วยจากคนในชุมชน

อสม. ที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย - ดูแลผู้พิการคนหนึ่งที่เป็นคนที่บ้านแนะนำยากมาก แก่ดื้อมาก คุณหมอบไปช่วยลงเยี่ยมก็เป็นเหมือนเดิม บางครั้งก็ต้องหลอกล่อ ชวนเพื่อนๆ มาหลอกแกเพราะแกไม่ค่อยเชื่อคนในบ้าน หาวิธีออกกำลังกายๆ มาแนะนำให้แกทำ ถ้ามีตัวอย่างคนที่ดีและไม่ดี มาคุยกับแกอาจจะช่วยได้ แกยังยึดติดกับยาที่โรงพยาบาล คนอิสลามเขายึดติดกับอาหารหวาน-มัน มาโดยตลอด

ประธานชมรมผู้สูงอายุและเป็นรองประธานชุมชน – ตนเองออกกำลังกายมานานแล้ว การออกกำลังกายทำให้ได้เจอเพื่อน ทำกิจกรรมทุกวันในชุมชนทรายทอง คิดว่าการจะให้คนในชุมชนมาร่วมกิจกรรมออกกำลังกายจะต้องมีคนชวนเขามาร่วม บางคนอายุ ก็ต้องมีคนคอยแนะนำว่าให้เดินบ่อยๆ ไม่ต้องอายุ

ประธานชุมชน-ตนจะอายุ 70 ปีแล้วยังไม่เป็นอะไร

3.2 การมีส่วนร่วมของชุมชน ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

อสม.ที่เป็นผู้ป่วยด้วย – อสม.จะต้องเป็นตัวอย่างและเป็นหัวหน้าที่พาผู้ป่วยทำด้วย ทุกเดือนเรามีประชุมอยู่แล้ว เราก็จะเสริมเรื่องการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหารเข้าไปด้วย

ผู้นำชุมชน –ผู้นำชุมชนควรนัดมาการทำกิจกรรม ช่วยกระตุ้น บอกรัน มีการแข่งขันกัน น่าจะช่วยให้ได้ผลดี

3.4 รูปแบบและเนื้อหาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่ต้องการ

-ควรนัดผู้สูงอายุมารวมกลุ่มกัน ทำกิจกรรม มีการตั้งเป้าหมายชีวิตแต่ละคนให้ชัด และให้แข่งขันกัน

3.5 แนวทางการหากกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมโครงการและวิธีจูงใจให้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม

-อสม. ในพื้นที่ที่ได้รับเลือกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะช่วยให้ในการหากกลุ่มเป้าหมาย และอธิบาย นัดหมายเรื่องการเก็บข้อมูลและการเจาะเลือดโดยต้องงดน้ำงดอาหารมาด้วย

-สำหรับกลุ่มควบคุมที่มีการเก็บข้อมูลและเจาะเลือด 2 ครั้ง โดยไม่ได้เข้าอบรม ควรได้มีโอกาสเข้าร่วมโปรแกรมในระยะต่อไป สามารถใช้งบประมาณจากกองทุนผู้สูงอายุ สามารถดำเนินการต่อไปได้ เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาวิจัย 3 เดือนแล้ว จะได้จูงใจให้เขาร่วมมือมาให้ข้อมูล

-ควรให้ อสม. และผู้นำชุมชนที่เป็นโรคเบาหวานและความดันสูงมาร่วมโครงการด้วยจะได้นำกลุ่มมาและร่วมในการกระตุ้นกลุ่มด้วย

4. กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เป็นทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุขและโรงพยาบาลที่ดูแลเครือข่าย

4.1 บริการส่งเสริมสุขภาพและการรักษาพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า คนที่ 1 –โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า มีการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ร่วมกับการรักษา มีทีมสหวิชาชีพ ไปร่วมเยี่ยมบ้าน ทางโรงพยาบาลฯ วางแผนจำหน่ายเคส เพื่อที่จะส่งต่อและดูแลช่วยกันกับน้องที่อนามัย

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า คนที่2 –เราใช้รูปแบบ Case management ด้วย
โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าเป็นโรงพยาบาลศูนย์ การรักษาจะเป็นมาตรฐานเดียวกัน จะดูแลเป็นราย
เคส ปัญหาหลักของคนไข้ส่วนใหญ่คิดว่าโรคมีสาเหตุมาจากพันธุกรรม แต่จริงๆ มันอยู่ในพันธุกรรม
ทำอย่างไรจะให้ไปอยู่ในชีวิตประจำวัน ซึ่งที่ผ่านมามากท่านคงจะให้ความรู้ ถ้าเป็นไปได้อยากให้พูด
ถึงกลไกการเกิดโรค มากกว่าวิธีปฏิบัติ เพื่อให้เขาเข้าใจกลไก ให้เขากลับ และอยากที่จะปฏิบัติตัวเอง
เรื่องอาหารที่ส่วนใหญ่จะสอนว่ากินอาหารที่ส่วน

พยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุข – มีบริการลงไปเยี่ยมชุมชนและเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

4.2 ปัญหาอุปสรรคที่พบ

พยาบาลของศูนย์บริการสาธารณสุข –เราเป็นสังคมเมือง อสม.มีความรู้ คนไข้ขาด
ความรู้ในเรื่องการทานอาหารที่ทดแทนแลกลเปลี่ยนและปริมาณที่จะทานได้เท่าไร ส่วนการออกกำลังกาย
กายคนไข้ทำงานเหนื่อยแล้ว จึงไม่ออกกำลังกาย อยากจะให้มีความรู้ แนะนำการออกกำลังกายที่
เหมาะสม

-ทางชุมชนยังคุมเรื่องพฤติกรรมกรกินไม่ได้จริงๆ เพราะเขามีงานบุญเรื่อยๆ และมีแต่
อาหารหวาน มัน เค็ม ก็เลยบอกให้ทานพอเป็นพิธีอย่าทานมาก

4.3 แนวทางการแก้ไข หรือสิ่งที่ต้องการเพิ่มเติม

พยาบาลของศูนย์บริการสาธารณสุข –ควรหารูปแบบให้ผู้นำและชุมชนได้มีส่วนร่วม

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า –ปัญหาหลักของคนไข้ส่วนใหญ่คิดว่ามาจาก
พฤติกรรมกรกิน ซึ่งที่ผ่านมามีการให้ความรู้ ทำอย่างไรจะให้การปฏิบัติไปอยู่ในชีวิตประจำวัน
อยากให้พูดถึงกลไกการเกิดโรค เพื่อให้เขาเข้าใจกลไก ให้เขากลับและอยากที่จะปฏิบัติตัวเอง

4.4 แนวทางการหากลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมโครงการและวิธีจูงใจให้เข้าร่วมกิจกรรมตาม โปรแกรม

-พยาบาลของศูนย์บริการสาธารณสุข –ควรให้ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลช่วย
หากลุ่มตัวอย่างให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะใกล้เคียงกัน

-การทำวิจัยต้องเก็บข้อมูลก่อน-หลัง การนัดหมายเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ควรเข้าไป
เก็บในชุมชนเพื่อให้สะดวกกับผู้สูงอายุ และพื้นที่ของศูนย์บริการสาธารณสุขมีข้อจำกัด ไม่ว่าง จึง
ควรให้ผู้นำชุมชนนัดหมายสถานที่ในชุมชนที่สะดวก

-การที่จะให้ตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณลักษณะใกล้เคียงกัน ควรจะนัด
วันเก็บข้อมูลของกลุ่มควบคุมหลังกลุ่มทดลอง เนื่องจากต้องรอการจับคู่กับกลุ่มทดลองก่อน เช่น
ผู้ชาย ผู้หญิง ช่วงอายุ โรคที่ป่วย ดังนั้นต้องนัดวันเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองก่อน จึงนัดอีกครั้งว่าจะ
เก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมเวลาไหนของแต่ละพื้นที่ศูนย์บริการสาธารณสุข โดยขอให้นำนัดล่วงหน้าให้ทุก
ฝ่ายสะดวกพร้อมกัน

-เนื่องจากผู้ป่วยต้องงดรับประทานอาหารมาเจาะเลือดด้วย จึงขอให้แต่ละกลุ่มมี 2 ทีมเพื่อให้เจาะเลือดและเก็บข้อมูลได้ทันช่วงเช้าในสองพื้นที่ และขอให้ทางทีมวิจัยจัดเตรียมอาหารเช้าให้ผู้ป่วยได้รับประทานหลังการเจาะเลือด ก่อนที่จะเก็บข้อมูลอื่นๆ ต่อ

-ขอให้นัดหมายวันจัดกิจกรรมล่วงหน้า หากกลุ่มทดลองจะต้องเข้าร่วมกิจกรรม 4 ครั้ง ห่างกันทุก 1 เดือน เราควรนัดกันล่วงหน้าเพื่อให้ทราบกำหนดการและจองสถานที่ และสามารถเชิญชวนให้ผู้ป่วยเข้าร่วมอบรม เปิดปฏิทินกันเพื่อสรุปวันที่เหมาะสมสำหรับศูนย์ฯ และชุมชน ตกลงครั้งที่ 1 วันที่ 24 สิงหาคม ครั้งที่ 2 วันที่ 22 กันยายน ครั้งที่ 3 วันที่ 20 ตุลาคม ครั้งที่ 4 วันที่ 24 พฤศจิกายน 2560 โดยพยาบาลในศูนย์บริการสาธารณสุขที่เป็นพื้นที่ทดลองยินดีเข้าร่วมการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม

-สำหรับกลุ่มควบคุมจะได้รับโปรแกรมหลังจากกลุ่มทดลอง (ซึ่งเป็นงบประมาณของเทศบาล) หากเจ้าหน้าที่สนใจขอเข้ามาสังเกตการณ์การจัดกิจกรรมครั้งนี้ด้วย

4.5 ข้อสังเกต หรือข้อควรระวังอื่นๆ

-ปัญหาคือผู้ป่วยที่ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 6 ส่วนใหญ่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี ถ้าเกินกว่านี้ จะเดินทางมาไม่ไหว และผู้ป่วยบางรายไม่ได้รักษาที่ศูนย์บริการสาธารณสุข เพราะศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 6 เพิ่งเปิดใหม่ จึงขอให้ผู้ป่วยที่รับบริการรักษาที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้ามาเพิ่มโดยเป็นคนในพื้นที่ จะได้มี อสม.มาดูแลด้วย แต่ผู้ป่วยอาจต้องเจาะเลือดหลายครั้งเพราะต้องเจาะกับโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าด้วย

-โรงพยาบาลไม่มีปัญหาในเรื่องจำนวนผู้ป่วย แต่ในเงื่อนไขงานวิจัยต้องอยู่ในพื้นที่เขตเทศบาล ในเบื้องต้นต้องลองดูก่อนว่าขาดหรือไม่ หากต้องการเพิ่มเติมจากโรงพยาบาล ต้องการจำนวนกี่คน โรงพยาบาลยินดีหากกลุ่มตัวอย่างให้

5. กลุ่มผู้บริหารของศูนย์บริการสาธารณสุขและเทศบาลนครนนทบุรี

-เทศบาลนครนนทบุรี ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ที่ผ่านมามีการสำรวจพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานมาก ยินดีให้การสนับสนุนการทำโครงการ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสุขภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีต้นแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี

-ศูนย์บริการสาธารณสุขยินดีให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในโครงการวิจัยนี้ โดยสนับสนุนในเรื่องการตรวจเลือดเพื่อประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งผู้ป่วยอยู่ในพื้นที่ที่เราให้บริการอยู่แล้ว

-การจูงใจและกระตุ้นให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง ควรให้มี อสม.ที่ป่วยเป็นหัวหน้าทีม เพราะมีศักยภาพและอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยในชุมชน โดยสามารถแบ่งเป็นทีมย่อยๆ น่าจะได้ผลดี

จากการศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและครอบครัว ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้บริหารของเทศบาล ทำให้ทุกฝ่ายเกิดความตระหนักในปัญหาและความจำเป็นที่ต้องมีการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยเทศบาล ผู้นำชุมชน อสม. ยินดีให้ความร่วมมือ ในการกำหนดพื้นที่และหากกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย การเสนอแนะรูปแบบการอบรมที่ควรจัดเดือนละครั้ง ครั้งแรกเน้นเรื่องอาหาร ออกกำลังกาย ใช้เวลา 1 วัน และหลังจากนั้นเจอกันครั้งวัน เดือนละครั้ง นาน 3 เดือน จัดที่ศูนย์ผู้สูงอายุของเทศบาล รวมทั้งควรให้ อสม.หรือผู้นำชุมชนกระตุ้นผู้ป่วยให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีการแข่งขันกัน ทั้งนี้ผู้นำชุมชน อสม. แกนนำชมรมผู้สูงอายุ ยินดีประสานงานนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลและเข้าร่วมกิจกรรม เนื่องจากการประสานงานศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลยินดีสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการเจาะเลือดตรวจก่อนและหลังการทดลอง เพื่อวัดผลลัพธ์ด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งเมื่อได้ร่างโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มีรายละเอียดกิจกรรม ได้ให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความตรงและความสอดคล้องของเนื้อหาและกระบวนการ กับผลลัพธ์ที่ต้องการ โดยผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริงในการจัดกิจกรรมกับกลุ่มทดลอง

จากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง การเสริมพลังผู้ป่วย และข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ผู้สูงอายุและครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน รวมถึงเจ้าหน้าที่ของศูนย์บริการสาธารณสุขและผู้บริหารเทศบาลนครนนทบุรี ได้นำมาจัดทำโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยโปรแกรมจะเน้นกระบวนการเสริมพลังเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง โดยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ปัญหาและความเสี่ยงด้านสุขภาพของตน ประเมินพฤติกรรมดูแลตนเอง กำหนดสิ่งที่ต้องการเรียนรู้ ร่วมวางแผนในการดูแลรักษาและกำหนดเป้าหมายในการดูแลตัวเองด้านการบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย จัดการความเครียด การใช้เวลา ครั้งแรกใช้เวลา 1 วัน ครั้งที่ 2-4 ใช้เวลาครึ่งวัน โดยแต่ละครั้งห่างกัน 1 เดือน เพื่อให้มีโอกาสได้นำสิ่งที่เรียนรู้ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และนำประสบการณ์มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในกลุ่ม กิจกรรมเน้นการมีส่วนร่วมในการคิดวิเคราะห์ประสบการณ์การดูแลตนเอง ความเสี่ยง การตั้งเป้าหมายและการวางแผนการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับเงื่อนไขและวิถีชีวิต มีการส่งเสริมการรวมกลุ่มเพื่อนที่อยู่ในชุมชนเดียวกันให้การสนับสนุนซึ่งกันและกัน โดยจัดทีมย่อย 5 คน มีการเลือกหัวหน้าทีมและวางแผนการกระตุ้นสมาชิกทีมในการดูแลตนเอง มีการเสริมแรงด้วยการให้รางวัลแก่บุคคลและทีมที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีผลลัพธ์สุขภาพที่ดีในการพบปะกันแต่ละครั้ง กิจกรรมโดยสรุปใน 5 ครั้ง ของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน แล้ว มีดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 สร้างความสัมพันธ์ผู้สูงอายุ เรียนรู้เรื่องโรคเบาหวาน-โรคความดันโลหิตสูง และระดับความเสี่ยงของตน วิเคราะห์ประสบการณ์การดูแลตนเองเพื่อกำหนดทางเลือกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เรียนรู้โภชนาการเพื่อสุขภาพ สร้างกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ตั้งเป้าหมายการดูแลตนเอง และนัดหมายครั้งต่อไป (ใช้เวลา 5 ½ ชั่วโมง)

กิจกรรมครั้งที่ 2 แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลตนเองในเดือนที่ผ่านมาและผลลัพธ์ด้านสุขภาพมอบรางวัลบุคคลและทีมที่มีผลลัพธ์ที่ดี เรียนรู้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ฝึกทักษะการมีกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ วางแผนการดูแลตนเองในเดือนถัดไป (ใช้เวลา 3 ชั่วโมง)

กิจกรรมครั้งที่ 3 แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลตนเองในเดือนที่ผ่านมาและผลลัพธ์ด้านสุขภาพมอบรางวัลบุคคลและทีมที่มีผลลัพธ์ที่ดี ฝึกทักษะการบริหารสมองชะลอโรคสมองเสื่อม กิจกรรมสุขภาพจิต-หัวเราะบำบัด เรียนรู้เรื่องยา สมุนไพร และรู้เท่าทันสื่อ วางแผนการดูแลตนเองในเดือนถัดไป (ใช้เวลา 3 ชั่วโมง)

กิจกรรมครั้งที่ 4 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัจจัยสำเร็จของการดูแลตนเองจากบุคคลและทีมผู้ที่มีผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาธิตการบริหารร่างกาย กิจกรรมวางแผนการดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืนสำหรับบุคคลและกลุ่ม สรุปการเรียนรู้จากโครงการมอบวุฒิบัตรและปิดการอบรม มอบรางวัลบุคคลและทีมที่มีผลการดูแลสุขภาพได้ดีอย่างต่อเนื่องตลอด 3 เดือน (ใช้เวลา 3 ชั่วโมง)

ทั้งนี้มีการจัดทำสมุดบันทึกสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อใช้ในการบันทึกข้อมูลสุขภาพที่เก็บข้อมูลในแต่ละครั้ง และดูพัฒนาการที่เปลี่ยนแปลง บันทึกการเรียนรู้และแผนการนำความรู้และทักษะไปใช้ในการดูแลตนเอง การทำพันธสัญญา (รายละเอียดในภาคผนวก)

โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนี้ ได้นำไปทดลองใช้ในขั้นตอนที่สองที่เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ส่วนที่ 2 ผลการวิจัยประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การประเมินประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพฯ มีการนำเสนอคุณลักษณะประชากรของตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ข้อมูลตัวแปรที่ศึกษาก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง และการเปรียบเทียบตัวแปรที่ศึกษาก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลครบทั้งก่อนและหลังการทดลองจำนวน 84 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มควบคุม 44 คน พบว่าคุณลักษณะประชากร ข้อมูลโรคประจำตัว และการได้รับการบริการรักษาพยาบาล สถานที่รักษาโรค การได้รับความรู้เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวในการรักษา การได้รับการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สมาชิกในครอบครัวที่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอาศัยอยู่ด้วย ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลสุขภาพ รวมถึงการเป็นสมาชิกและเข้าร่วมเครือข่ายผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน แสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน (n=40)	ร้อยละ	จำนวน (n=44)	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	11	27.5	20	45.4
หญิง	29	72.5	24	54.6
อายุ				
60-70ปี	21	52.5	23	52.3
>70 ปี	19	47.5	21	47.7
Mean±S.D., Max.,Min.	68.9 ± 5.4, 60, 79		68.3±5.4, 60, 80	
สถานภาพสมรส				
โสด	3	7.5	2	4.6
คู่	18	45.0	30	68.2
หม้าย	15	37.5	9	20.4
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	4	10.0	3	6.8
การศึกษาสูงสุด				
ไม่ได้เรียน	6	7.5	0	0.0
ประถมศึกษา	21	52.5	27	61.4
มัธยมศึกษา/ปวช	10	25.0	12	27.3
อนุปริญญา/ปวส.	3	7.5	3	6.8
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	3	7.5	2	4.5

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน (n=40)	ร้อยละ	จำนวน (n=44)	ร้อยละ
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน	24	60.0	27	62.8
ข้าราชการบำนาญ	3	7.5	4	9.3
ทำงานบริษัทเอกชน/โรงงาน	2	5.0	3	7.0
ค้าขาย/ประกอบอาชีพส่วนตัว	4	10.0	6	13.9
รับจ้างทั่วไป	7	17.5	3	7.0
โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ป่วย				
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
เบาหวาน	15	37.5	19	43.2
ความดันโลหิตสูง	33	82.5	31	70.4
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	10	25.0	13	29.5
สถานที่รับการรักษา				
ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลนครนครนนทบุรี	23	57.5	7	15.9
โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า	9	22.5	20	45.5
สถานบริการสุขภาพอื่นๆ	8	20.0	17	38.6
การรับการรักษาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง รอบ 1 ปี (ก่อนเข้าโครงการ)				
ไม่ไปเลย	0	0.0	4	9.1
ไปบ้างผิต้นบ้าง	2	5.0	2	4.5
ไปตามนัดประจำ	38	95.0	38	86.4
ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวในการรักษาจากสถานบริการที่ไปรับการรักษา (ก่อนเข้าโครงการ)				
จำนวนครั้งเฉลี่ยที่ได้รับความรู้ ในรอบปีที่ผ่านมา ± S.D (ก่อนเข้าโครงการ)	2.6±2.8		4.7±4.8	

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน (n=40)	ร้อยละ	จำนวน (n=44)	ร้อยละ
ได้รับการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับ วิธีการปฏิบัติตัว (ก่อนเข้าโครงการ)	15	37.5	17	38.6
จำนวนครั้งเฉลี่ยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข \pm S.D (ก่อนเข้าโครงการ)	9.4 \pm 13.3		4.8 \pm 4.4	
คนในครอบครัวที่ทำหน้าที่ช่วยอยู่ด้วย				
- อยู่ตามลำพังคนเดียว	4	10.0	5	11.4
- อยู่กับสามีหรือภรรยา เพียง 2 คน	2	5.0	3	6.8
- อยู่กับสามีหรือภรรยา ลูก หลาน ญาติ	34	85.0	33	75.0
- อื่นๆ เช่น แม่บ้าน /ไม่ระบุ	0	0.0	3	6.8
บุคคลหลักที่ทำหน้าที่ช่วยดูแลเรื่องสุขภาพ				
ดูแลตนเองอย่างเดียว	13	32.5	24	54.5
สามี หรือภรรยา	4	10.0	7	15.9
บุตร	18	45.0	11	25.0
ญาติ	4	10.0	0	0.0
อื่นๆ /ไม่ระบุ	1	2.5	2	4.6
การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ หรือชมรม	22	55.0	24	54.5
ผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง				
ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมชมรม (ก่อนร่วม โครงการ)	10	25.0	11	25.0

จากตารางที่ 4.2 พบว่าคุณลักษณะประชากร กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงร้อยละ 72.5 มากกว่ากลุ่มควบคุมที่เป็นเพศหญิงร้อยละ 54.6 อายุเฉลี่ยกลุ่มทดลอง \pm SD เท่ากับ 68.9 \pm 5.4 ปี กลุ่มควบคุม 68.3 \pm 5.4 ปี โดยเมื่อดูแยกตามกลุ่มอายุพบว่าทั้งสองกลุ่มมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน สถานภาพสมรส คู่ มากที่สุด รองลงมาเป็นหม้าย ทั้งสองกลุ่มมีการศึกษาสูงสุด ระดับประถมศึกษา มากที่สุดร้อยละ 52.5 ในกลุ่มทดลอง และ 61.4 ในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นแม่บ้านร้อยละ 60.0 ในกลุ่มทดลอง และ 62.8 ในกลุ่มควบคุม

ด้านโรคเรื้อรังและการได้รับการบริการรักษาพยาบาล โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 82.5 ในกลุ่มทดลอง และ 70.4 ในกลุ่มควบคุม รองลงมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 37.5 ในกลุ่มทดลอง และ 43.2 ในกลุ่มควบคุม ผู้สูงอายุที่เป็นทั้งโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน มีร้อยละ 25.0 ในกลุ่มทดลอง และ 29.5 ในกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองรักษาโรคที่ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลนครนนทบุรีมากที่สุดร้อยละ 57.5 ส่วนกลุ่มควบคุมรักษาโรคที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้ามากที่สุด ร้อยละ 45.5 และในรอบ 1 ปี กลุ่มทดลองไปรักษาตามนัดประจำ ร้อยละ 95.0 ส่วนกลุ่มควบคุมไปรักษาตามนัดประจำร้อยละ 86.4 ก่อนเข้าโครงการไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวในการรักษาจากสถานบริการที่ไปรับการรักษา ร้อยละ 22.5 และ 29.5 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามลำดับ จำนวนครั้งเฉลี่ยที่ได้รับความรู้ ในรอบปีที่ผ่านมา \pm S.D เท่ากับ 2.6 ± 2.8 ครั้ง และ 4.7 ± 4.8 ครั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มได้รับการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวใกล้เคียงกัน ร้อยละ 37.5 และ 38.6 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามลำดับ จำนวนครั้งเฉลี่ยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข \pm S.D เท่ากับ 9.4 ± 13.3 และ 4.8 ± 4.4 ครั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามลำดับ

ด้านสมาชิกในครอบครัวที่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอาศัยอยู่ด้วย พบว่าส่วนใหญ่อยู่กับสามีหรือภรรยา และลูก/หลาน/ญาติ ร้อยละ 85.0 และ 75.0 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามลำดับ อย่างไรก็ตามมีผู้ที่อยู่คนเดียวตามลำพัง ร้อยละ 10.0 และ 11.43 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามลำดับ โดยในกลุ่มทดลอง มีผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลสุขภาพคือบุตร มากที่สุด รองลงมาคือดูแลตนเอง ร้อยละ 45.0 และ 32.5 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม ดูแลตนเองมากที่สุด รองลงมาคือบุตรดูแล ร้อยละ 54.5 และ 25.0 ตามลำดับ

ด้านเครือข่ายผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่ามีผู้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ หรือชมรมผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 55.0 และ 54.5 ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ตามลำดับ โดย 1 ใน 4 ของทั้งสองกลุ่มที่ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมชมรมดังกล่าว

2. ความเชื่อในความสามารถตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง สมรรถนะทางกาย สุขภาพกาย และสุขภาพจิต

ในส่วนนี้นำเสนอคะแนนตัวแปรตามในรูปแบบของระดับคะแนน และคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และมีการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มเดียวกัน กับการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง หากพบความแตกต่างของคะแนนตัวแปรตามก่อนการทดลอง ภายหลังจากทดลองจะทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยค่าเฉลี่ยของความแตกต่างระหว่างคะแนนก่อนและหลังการทดลองในแต่ละกลุ่ม

2.1 ความเชื่อในความสามารถตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ตารางที่ 4.3 ระดับคะแนนความเชื่อในความสามารถตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับคะแนนความเชื่อ ในความสามารถตนเอง	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อน		หลัง		ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ดี (≥80%)	23	57.5	32	80.0	25	56.8	34	77.3
ปานกลาง (≥60% ถึง <80%)	16	40.0	8	20.0	17	38.6	7	15.9
ต่ำ (≤60%)	1	2.5	0	0.0	2	4.6	3	6.8
รวม	40	100.0	40	100.0	44	100.0	44	100.0

ระดับคะแนนความเชื่อในความสามารถตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อนการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใกล้เคียงกัน โดยระดับดีมีสัดส่วนมากที่สุดร้อยละ 57.5 และ 56.8 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 40.0 และ 38.6 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ ภายหลังจากการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถตนเองระดับดีมีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 80.0 และ 77.3 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ ที่เหลืออยู่ในระดับดี ร้อยละ 20.0 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 15.9 ในกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มควบคุมยังคงมีระดับต่ำ ร้อยละ 6.8 ดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.4 ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายในและระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	คะแนนเฉลี่ย±S.D		ผลต่างคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่ม	P-value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
กลุ่มทดลอง	99.4±16.23	105.1±11.22	5.7	0.003
กลุ่มควบคุม	98.6±16.60	101.9±20.82	3.3	0.041
ผลต่างคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม	0.8	3.2	2.4	
P-value	0.817	0.191	0.272	

ระดับคะแนนความเชื่อในความสามารถตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อนการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใกล้เคียงกัน โดยระดับดีมีสัดส่วนมากที่สุดร้อยละ 57.5 และ 56.8 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 40.0 และ 38.6 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ ภายหลังจากการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อใน

ความสามารถตนเองระดับดีมีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 80.0 และ 77.3 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามลำดับ ที่เหลืออยู่ในระดับดี ร้อยละ 20.0 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 15.9 ในกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มควบคุมยังคงมีระดับต่ำ ร้อยละ 6.8 ดังตารางที่ 4.3

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังภายในกลุ่ม ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่าทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเพิ่มขึ้น ภายหลังจากทดลอง โดยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย \pm S.D ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 99.4 ± 16.23 และ 105.1 ± 11.22 ตามลำดับ โดยเพิ่มขึ้น 5.7 คะแนน และเมื่อทดสอบพบว่าหลังการทดลองมีความเชื่อในความสามารถตนเองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.003) ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่ามีคะแนนเฉลี่ย \pm S.D ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 98.6 ± 16.60 และ 101.9 ± 20.82 ตามลำดับ โดยเพิ่มขึ้น 3.2 คะแนน เมื่อทดสอบพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มควบคุมมีความเชื่อในความสามารถตนเองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.041) ดังตารางที่ 4.4

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทั้งก่อนและหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ย \pm S.D ใกล้เคียงกัน คือ 99.4 ± 16.23 และ 98.6 ± 16.60 คะแนนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามลำดับ เมื่อทดสอบแล้วไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังจากทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ย \pm S.D ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม คือ 105.1 ± 11.22 และ 101.9 ± 20.82 คะแนน ตามลำดับ โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม 3.2 คะแนน แต่เมื่อทดสอบไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4.4

2.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

พฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการบริโภค ลดอาหารหวานจัด มันจัด เค็มจัด บริโภคผัก ผลไม้รสไม่หวานเพิ่มขึ้น การจัดการความเครียดและการกินยาตามการรักษาของแพทย์ ผลการวิจัย แสดงในตารางที่ 4.5 และ 4.6 ส่วนข้อมูลพฤติกรรมกิจกรรมทางกาย แสดงในตารางที่ 4.7 และ 4.8 ดังนี้

ตารางที่ 4.5 ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับคะแนน	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อน		หลัง		ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ดี (≥80%)	31	77.5	35	87.5	34	77.3	37	84.1
ปานกลาง (≥60% ถึง <80%)	9	22.5	5	12.5	10	22.7	6	13.6
ต่ำ (≤60 %)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.3
รวม	40	100.0	40	100.0	44	100.0	44	100.0

ระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใกล้เคียงกัน โดยระดับดีมีสัดส่วนมากที่สุดร้อยละ 77.5 และ 77.3 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 22.5 และ 22.7 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ ภายหลังจากการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองมีระดับดีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 87.5 และ 84.1 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ ที่เหลืออยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 12.5 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 13.6 ในกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มควบคุมยังคงมีระดับต่ำ ร้อยละ 2.3 ดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.6 ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายในและระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	คะแนนเฉลี่ย±S.D		ผลต่างคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่ม	P-value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
กลุ่มทดลอง	63.7±4.99	66.8±5.34	3.1	0.002
กลุ่มควบคุม	63.3±4.65	64.3±10.94	1.0	0.283
ผลต่างคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม	0.4	2.5	2.1	
P-value	0.683	0.093	0.142	

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังภายในกลุ่ม ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ± S.D ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 63.7±4.99 และ 66.8±5.34 ตามลำดับ โดยเพิ่มขึ้น 3.1 คะแนน และเมื่อทดสอบพบคะแนนหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.002) ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่ามีคะแนนเฉลี่ย ± S.D ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 63.3±4.65 และ 64.3±10.94 ตามลำดับ โดยเพิ่มขึ้น 1.0 คะแนน และเมื่อทดสอบไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4.6

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทั้งก่อนและหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ย \pm S.D. ใกล้เคียงกัน คือ 63.7 ± 4.99 และ 63.3 ± 4.65 คะแนนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ เมื่อทดสอบแล้วไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ย \pm S.D. ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม คือ 66.8 ± 5.34 และ 64.3 ± 10.94 คะแนน ตามลำดับ โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม 2.5 คะแนน แต่เมื่อทดสอบไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4.6

สำหรับกิจกรรมทางกายที่วัดพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกแรงในชีวิตประจำวันในระดับปานกลางขึ้นไป ทั้งรูปแบบการเดินทาง การทำงาน และในยามว่าง พบว่าเมื่อจัดระดับการมีกิจกรรมทางกายสูง ปานกลาง ต่ำ เมื่อเทียบกับเกณฑ์ (Metabolic Equivalents: METs) พบดังตารางที่ 4.7 และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนนาทีต่อวันของกิจกรรมทางกายรูปแบบการทำงาน การเดินทาง และในยามว่าง ในระดับปานกลางถึงระดับหนัก ซึ่งเป็นระดับที่พึงประสงค์และมีผลดีต่อสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่มแสดงใน ตารางที่ 4.8-4.10

ตารางที่ 4.7 ระดับของกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับคะแนน กิจกรรมทางกาย	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อน		หลัง		ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สูง	11	27.5	10	25.0	10	22.7	10	22.7
ปานกลาง	12	30.0	22	55.0	13	29.5	18	40.9
ต่ำ	17	42.5	8	20.0	21	47.7	16	36.4
รวม	40	100.0	40	100.0	44	100.0	44	100.0

ระดับของกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อนการทดลอง ของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับต่ำมีมากที่สุด ร้อยละ 42.5 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 30.0 ส่วนกลุ่มควบคุม อยู่ในระดับต่ำมีมากที่สุด ร้อยละ 47.7 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 29.5 ภายหลังการทดลองพบว่าระดับของกิจกรรมทางกาย ในกลุ่มทดลองอยู่ในระดับปานกลางมีมากที่สุด ร้อยละ 55.0 รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 25.0 ส่วนกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลางมีมากที่สุด ร้อยละ 40.9 รองลงมา คือ ระดับต่ำ ร้อยละ 36.4 ดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนนาที่ต่อวันของการมีกิจกรรมทางกายในการทำงานระดับปานกลางถึงหนัก ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายในและระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	คะแนนเฉลี่ย±S.D		ผลต่างค่าเฉลี่ยภายในกลุ่ม	P-value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
กลุ่มทดลอง	42.8±17.34	16.5±2.98	-26.4	0.071
กลุ่มควบคุม	14.6±4.57	25.5±4.25	11.1	0.021
ผลต่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม	28.2	-9.3	37.5	
P-value	0.105	0.042	0.019	

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนนาที่ต่อวันของการมีกิจกรรมทางกายในการทำงานระดับปานกลางถึงหนักของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังภายในกลุ่ม ระหว่างก่อนและหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย ± S.D ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 42.8±17.34 และ 16.5±2.98 นาที่ ตามลำดับ โดยลดลง 26.4 นาที่ต่อวัน และเมื่อทดสอบไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่า มีค่าเฉลี่ย ± S.D ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 14.6±4.57 และ 25.5±4.25 นาที่ ตามลำดับ โดยเพิ่มขึ้น 11.1 นาที่ และเมื่อทดสอบพบหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยจำนวนนาที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.021) ดังตารางที่ 4.8

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนนาที่ต่อวันของการมีกิจกรรมทางกายในการทำงานระดับปานกลางถึงหนักของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทั้งก่อนและหลังการทดลองพบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย±S.D เท่ากับ 42.8±17.34 และ 14.6±4.57 นาที่ ตามลำดับ เมื่อทดสอบแล้วไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ย±S.D ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม คือ 16.5±2.98 และ 25.5±4.25 นาที่ ตามลำดับ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยจำนวนนาที่ต่อวันของการมีกิจกรรมทางกายในการทำงานระดับปานกลางถึงหนัก แยกว่ากลุ่มควบคุม 9.3 นาที่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.042) ดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนนาที่ต่อวันของการมีกิจกรรมทางกายในการเดินทางจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายในและระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	คะแนนเฉลี่ย±S.D		ผลต่างค่าเฉลี่ยภายในกลุ่ม	P-value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
กลุ่มทดลอง	8.7 ±2.23	14.4 ±2.43	5.7	0.033
กลุ่มควบคุม	9.3 ±3.07	12.5±2.97	3.1	0.230
ผลต่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม	-0.6	1.9	2.6	
P-value	0.873	0.309	0.314	

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนนาที่ต่อวันของการมีกิจกรรมทางกายในการเดินทางจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่งด้วยการเดินหรือขี่จักรยานติดต่อกันอย่างน้อยครั้งละ 10 นาที ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังภายในกลุ่ม ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย ± S.D ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 8.7 ±2.23 และ 14.4 ±2.43 นาที ตามลำดับ โดยเพิ่มขึ้น 5.7 นาทีต่อวัน ซึ่งดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.033) ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่ามีค่าเฉลี่ย ± S.D ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 9.3 ±3.07 และ 25.5±4.25 นาที ตามลำดับ โดยเพิ่มขึ้น 11.1 นาทีต่อวัน และเมื่อทดสอบไม่พบการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4.9

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนนาที่ต่อวันของการมีกิจกรรมทางกายในการเดินทางจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่งของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทั้งก่อนและหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย±S.D เท่ากับ 8.7 ±2.23 และ 9.3 ±3.07 นาที ตามลำดับ เมื่อทดสอบแล้วไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังจากการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ย±S.D ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม คือ 14.4 ±2.43 และ 12.5±2.97 นาที ตามลำดับ แต่ทดสอบแล้วไม่พบว่ากลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนนาที่ต่อวันของการมีกิจกรรมทางกายในยามว่างระดับปานกลางถึงหนักของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายในและระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	คะแนนเฉลี่ย±S.D		ผลต่างค่าเฉลี่ยภายในกลุ่ม	P-value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
กลุ่มทดลอง	9.0±2.17	24.6±7.19	15.6	0.011
กลุ่มควบคุม	15.7±4.43	20.2±4.30	4.5	0.073
ผลต่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม	-6.7	4.36	11.1	
P-value	0.194	0.297	0.059	

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนนาที่ต่อวันของการมีกิจกรรมทางกายในยามว่างระดับปานกลางถึงหนัก เช่น การเล่นกีฬา ออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมนันทนาการ ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังภายในกลุ่ม ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย \pm S.D ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 9.0 ± 2.17 และ 24.6 ± 7.19 นาที ตามลำดับ โดยเพิ่มขึ้น 15.6 นาทีต่อวัน ซึ่งดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.011) ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่ามีค่าเฉลี่ย \pm S.D ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 15.7 ± 4.43 และ 20.2 ± 4.30 นาที ตามลำดับ โดยเพิ่มขึ้น 4.5 นาที และเมื่อทดสอบพบไม่พบการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4.10

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนนาที่ต่อวันของการมีกิจกรรมทางกายในยามว่างของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทั้งก่อนและหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย \pm S.D เท่ากับ 9.0 ± 2.17 และ 15.7 ± 4.43 นาที ตามลำดับ เมื่อทดสอบแล้วไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ย \pm S.D ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม คือ 24.6 ± 7.19 และ 20.2 ± 4.30 นาที ตามลำดับ แต่ทดสอบแล้วไม่พบว่าดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4.10

2.3 สมรรถนะทางกาย

ผลการวัดสมรรถนะทางกายผู้สูงอายุ (Senior fitness test) นำเสนอตามประเภทการทดสอบ โดยนำผลที่วัดได้ไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์ตามกลุ่มอายุและเพศ เพื่อแสดงระดับสมรรถนะทางกายในแต่ละด้านว่าปกติ สูงกว่าเกณฑ์ และต่ำกว่าเกณฑ์ กับใช้ค่าคะแนนดิบที่วัดได้มาคำนวณเป็นคะแนนเฉลี่ยเพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ดังนี้

ตารางที่ 4.11 ระดับของสมรรถนะทางกายด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนล่างของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับคะแนน	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อน		หลัง		ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สูงกว่าเกณฑ์	8	20.0	18	45.0	14	31.8	18	40.9
ปกติ	25	62.5	20	50.0	21	47.7	21	47.7
ต่ำกว่าเกณฑ์	7	17.5	2	5.0	9	20.5	5	11.4
รวม	40	100.0	40	100.0	44	100.0	44	100.0

การทดสอบโดยให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ลุก-ยืน-นั่ง (Chair Stand Test) 30 วินาที เพื่อวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนล่าง พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองอยู่ในระดับปกติมีมากที่สุด ร้อยละ 62.5 รองลงมาคือ ระดับสูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 20.0 ส่วนกลุ่มควบคุม อยู่ใน

ระดับปกติมีมากที่สุด ร้อยละ 47.7 รองลงมาคือ ระดับสูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 31.8 ภายหลังจากทดลองพบว่ากลุ่มทดลองอยู่ในระดับปกติร้อยละ 50.0 ส่วนระดับสูงกว่าเกณฑ์ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 45.0 สำหรับกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง อยู่ในระดับปกติเท่าเดิม ร้อยละ 47.7 ระดับสูงกว่าเกณฑ์ เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 40.9 ดังตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.12 เปรียบเทียบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนล่างของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย±S.D		ผลต่างคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่ม	P-value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
กลุ่มทดลอง	13.9±3.89	16.6±4.17	2.7	0.001
กลุ่มควบคุม	14.7±5.48	16.7±4.34	1.9	0.006
ผลต่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม	-0.8	-0.1	0.8	
P-value	0.409	0.486	0.224	

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจากค่าวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนล่างของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระหว่างก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย ± S.D ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 13.9±3.89 และ 16.6±4.17 ตามลำดับ โดยดีขึ้น 2.78 คะแนน และเมื่อทดสอบพบค่าเฉลี่ยหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.001) ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่าค่าเฉลี่ย ± S.D ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 14.7± 5.48และ 16.7± 4.34 ตามลำดับ โดยดีขึ้น 1.96 คะแนน และเมื่อทดสอบพบค่าเฉลี่ยหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.006) ดังตารางที่ 4.12

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทั้งก่อนและหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย±S.D เท่ากับ 13.9±3.89 และ 14.7±5.48 คะแนนตามลำดับ โดยกลุ่มควบคุมมีคะแนนดีกว่ากลุ่มทดลอง 0.8 คะแนน เมื่อทดสอบแล้วไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังจากการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ย±S.D ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าใกล้เคียงกัน คือ 16.6±4.17 และ 16.7±4.34 คะแนน ตามลำดับ โดยต่างกัน 0.1 คะแนน และเมื่อทดสอบไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.13 ระดับของสมรรถนะทางกายด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนบน ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับคะแนน	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อน		หลัง		ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สูงกว่าเกณฑ์	10	25.5	24	60.0	22	50.0	17	38.6
ปกติ	22	55.0	15	37.5	20	45.5	22	50.0
ต่ำกว่าเกณฑ์	8	20.0	1	2.5	2	4.5	5	11.4
รวม	40	100.0	40	100.0	44	100.0	44	100.0

การทดสอบโดยให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ยกน้ำหนักขึ้นลง (Arm curl test) 30 วินาที เพื่อวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนบน พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มทดลองอยู่ในระดับปกติ มีมากที่สุด ร้อยละ 55.0 รองลงมาคือ ระดับสูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 25.5 ส่วนกลุ่มควบคุม อยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์มีมากที่สุด ร้อยละ 50.0 รองลงมาคือ ระดับปกติ ร้อยละ 45.5 ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองอยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 60.0 ระดับปกติร้อยละ 37.5 ส่วนกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 50.0 ระดับสูงกว่าเกณฑ์ ลดลงเป็นร้อยละ 38.6 ดังตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.14 เปรียบเทียบความแข็งแรงของความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนบนของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย±S.D		ผลต่างค่าเฉลี่ยภายในกลุ่ม	P-value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
กลุ่มทดลอง	16.9±5.01	20.7±4.54	3.8	<0.001
กลุ่มควบคุม	20.3±4.86	18.8±4.73	-1.5	0.040
ผลต่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม	-3.4	1.9	5.25	
P-value	0.002	0.033	<0.001	

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจากค่าวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนบนของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระหว่างก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย ± S.D ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 16.9±5.01 และ 20.7±4.54 ตามลำดับ โดยดีขึ้น 3.8 คะแนน และเมื่อทดสอบพบคะแนนหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่ามีค่าเฉลี่ย ± S.D ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 20.3±4.86

และ 18.8 ± 4.73 ตามลำดับ โดยเฉลี่ย 1.5 คะแนน และเมื่อทดสอบพบหลังการทดลองคะแนนลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value 0.04) ดังตารางที่ 4.14

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนบนของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่มทั้งก่อนและหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย \pm S.D เท่ากับ 16.9 ± 5.01 และ 20.3 ± 4.86 คะแนนตามลำดับ โดยกลุ่มควบคุมมีคะแนนดีกว่ากลุ่มทดลอง 3.37 คะแนน เมื่อทดสอบแล้วพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value 0.002) ภายหลังจากทดลองพบว่าค่าเฉลี่ย \pm S.D ของกลุ่มทดลองสูงขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุม มีค่าลดลง คือ 20.7 ± 4.54 และ 18.8 ± 4.73 คะแนนตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างระหว่างคะแนนก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองดีขึ้นเท่ากับ 3.8 คะแนน ส่วนกลุ่มควบคุมเฉลี่ย 1.5 คะแนน และเมื่อทดสอบพบหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการทดลองดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) ดังตารางที่ 4.14

ตารางที่ 4.15 ระดับของสมรรถนะทางกายด้านความอดทนด้านแอโรบิก ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับคะแนน	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อน		หลัง		ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สูงกว่าเกณฑ์	27	67.5	36	90.0	31	70.4	42	95.4
ปกติ	7	17.5	3	7.5	9	20.5	1	2.3
ต่ำกว่าเกณฑ์	6	15.0	1	2.5	4	9.1	1	2.3
รวม	40	100.0	40	100.0	44	100.0	44	100.0

การทดสอบโดยให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ย่ำเท้ายกเข้าสูง (Step Test) 2 นาที เพื่อวัดความอดทนด้านแอโรบิก หรือความทนทานของหัวใจและระบบหายใจ พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองอยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์มีมากที่สุด ร้อยละ 67.5 รองลงมาคือ ระดับปกติ ร้อยละ 17.5 ส่วนกลุ่มควบคุม อยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์มีมากที่สุด ร้อยละ 70.4 รองลงมาคือ ระดับปกติ ร้อยละ 20.5 ภายหลังจากทดลองพบว่า ใน กลุ่มทดลองมีระดับสูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 90.0 ระดับปกติ ร้อยละ 7.5 ส่วนกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง อยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 95.4 ระดับปกติและต่ำกว่าเกณฑ์เท่ากัน ร้อยละ 2.3 ดังตารางที่ 4.15

ตารางที่ 4.16 เปรียบเทียบความอดทนด้านแอโรบิกของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย±S.D		ผลต่างค่าเฉลี่ยภายในกลุ่ม	P-value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
กลุ่มทดลอง	120.9±40.85	161.6±45.87	40.7	<0.001
กลุ่มควบคุม	149.6±61.15	164.9±50.61	15.3	0.049
ผลต่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม	-28.7	-3.3	25.4	
P-value	0.013	0.376	0.01	

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจากค่าวัดความอดทนด้านแอโรบิกของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระหว่างก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย ± S.D ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 120.9±40.85 และ 161.6±45.87 ตามลำดับ โดยดีขึ้น 40.7 คะแนน และเมื่อทดสอบพบคะแนนหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่ามีค่าเฉลี่ย ± S.D ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 149.6±61.15 และ 164.9±50.61 ตามลำดับ โดยดีขึ้น 15.43 คะแนน และเมื่อทดสอบพบหลังการทดลองคะแนนดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.049) ดังตารางที่ 4.16

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความอดทนด้านแอโรบิกของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทั้งก่อนและหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย±S.D เท่ากับ 120.9±40.85 และ 149.6±61.15 คะแนน ตามลำดับ โดยกลุ่มควบคุมมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มทดลอง 28.7 คะแนน เมื่อทดสอบแล้วพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.013) ภายหลังจากทดลองพบว่าค่าเฉลี่ย±S.D ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมสูงขึ้นเป็น 161.6±45.87 และ 164.9±50.61 ตามลำดับ โดยมีผลต่างของคะแนนก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมดีขึ้น 40.7 และ 15.43 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบพบหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนระหว่างก่อนและหลังการทดลองดีขึ้นดีมากว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.01) ดังตารางที่ 4.16

ตารางที่ 4.17 ระดับของสมรรถนะทางกายด้านความอ่อนตัวส่วนล่าง ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับคะแนน	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อน		หลัง		ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สูงกว่าเกณฑ์	1	2.5	8	20.0	2	4.5	2	4.5
ปกติ	32	80.0	28	70.0	32	72.7	26	59.1
ต่ำกว่าเกณฑ์	7	17.5	4	10.0	10	22.7	16	36.4
รวม	40	100.0	40	100.0	44	100.0	44	100.0

การทดสอบโดยให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เอื้อมมือแตะปลายเท้า (Chair Sit-and-Reach Test) เพื่อวัดความอ่อนตัวส่วนล่าง พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองอยู่ในระดับปกติมีมากที่สุด ร้อยละ 80.0 รองลงมาคือ ระดับต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 17.5 ส่วนกลุ่มควบคุม อยู่ในระดับปกติมีมากที่สุด ร้อยละ 72.7 รองลงมาคือ ระดับต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 22.7 ภายหลังจากทดลองพบว่าในกลุ่มทดลองอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 70.0 ระดับสูงกว่าเกณฑ์ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20.0 ส่วนกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 59.1 ระดับต่ำกว่าเกณฑ์ เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 36.4 ดังตารางที่ 4.17

ตารางที่ 4.18 เปรียบเทียบความอ่อนตัวส่วนล่างของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย±S.D		ผลต่างค่าเฉลี่ยภายในกลุ่ม	P-value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
กลุ่มทดลอง	0.6±6.08	4.2±8.19	3.6	0.005
กลุ่มควบคุม	-1.6±8.31	-4.6±11.44	-3.0	0.008
ผลต่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม	2.0	8.8	6.6	
P-value	0.173	<0.001	<0.001	

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจากค่าวัดความอ่อนตัวส่วนล่างของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระหว่างก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย ± S.D ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 0.6±6.08 และ 4.2±8.19 ตามลำดับ โดยดีขึ้น 3.6 คะแนน และเมื่อทดสอบพบคะแนนหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.005) ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่ามีค่าเฉลี่ย ± S.D ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ -1.6±8.31 และ -4.6±11.44 ตามลำดับ โดยแยลง 3.0 คะแนน และเมื่อทดสอบพบกลุ่มควบคุมมีคะแนนแยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.008) ดังตารางที่ 4.18

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความอ่อนตัวส่วนล่างของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่มทั้งก่อนและหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย±S.D เท่ากับ 0.6 ± 6.08 และ -1.6 ± 8.31 คะแนนตามลำดับ โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนดีกว่ากลุ่มควบคุม 2.20 คะแนน เมื่อทดสอบแล้วไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังจากการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ย±S.D ของกลุ่มทดลองสูงขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุม มีค่าลดลง คือ 4.2 ± 8.19 และ -4.6 ± 11.44 คะแนน ตามลำดับ โดยค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม 8.8 คะแนน และเมื่อทดสอบพบหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) ดังตารางที่ 4.18

ตารางที่ 4.19 ระดับของสมรรถนะทางกายด้านความอ่อนตัวส่วนบนข้างขวาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับคะแนน	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อน		หลัง		ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สูงกว่าเกณฑ์	3	7.5	5	12.5	5	11.4	2	4.5
ปกติ	23	57.5	13	32.5	13	29.5	14	31.9
ต่ำกว่าเกณฑ์	14	35.0	22	55.0	26	59.1	28	63.6
รวม	40	100.0	40	100.0	44	100.0	44	100.0

การทดสอบโดยให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เข็มมือขวาแตะด้านหลัง (Right Back Scratch Test) เพื่อวัดความอ่อนตัว (flexibility) ของส่วนบนข้างขวา พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองอยู่ในระดับปกติมีมากที่สุด ร้อยละ 57.5 รองลงมาคือ ระดับต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 35.0 ส่วนกลุ่มควบคุม อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ มีมากที่สุด ร้อยละ 59.1 รองลงมาคือ ระดับปกติ ร้อยละ 29.5 ภายหลังจากการทดลองพบว่า ในกลุ่มทดลองอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 55.0 ระดับปกติ ร้อยละ 32.5 ส่วนกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 63.6 ระดับปกติ ร้อยละ 31.9 ดังตารางที่ 4.19

ตารางที่ 4.20 เปรียบเทียบความอ่อนตัวส่วนบนข้างขวาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย±S.D		ผลต่างค่าเฉลี่ยภายในกลุ่ม	P-value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
กลุ่มทดลอง	-7.5 ± 9.17	-13.1 ± 11.26	-5.6	0.001
กลุ่มควบคุม	-14.9 ± 16.90	-18.5 ± 14.29	-3.6	0.053
ผลต่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม	7.4	5.4	2.0	
P-value	0.014	0.031	0.154	

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจากค่าวัดความอ่อนตัวส่วนบนข้างขวาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระหว่างก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย \pm S.D ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ -7.5 ± 9.17 และ -13.1 ± 11.26 คะแนน ตามลำดับ โดยเฉลี่ย 5.62 คะแนน และเมื่อทดสอบพบคะแนนหลังการทดลองเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.001) ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่ามีค่าเฉลี่ย \pm S.D ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ -14.94 ± 16.90 และ -18.5 ± 14.29 คะแนน ตามลำดับ โดยเฉลี่ย 3.56 คะแนน เมื่อทดสอบไม่พบการเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4.20

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความอ่อนตัวส่วนบนข้างขวาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทั้งก่อนและหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย \pm S.D เท่ากับ -7.5 ± 9.17 และ -14.94 ± 16.90 คะแนนตามลำดับ โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนดีกว่ากลุ่มควบคุม 7.43 คะแนน เมื่อทดสอบแล้วพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.014) ภายหลังจากการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ย \pm S.D ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเฉลี่ยเป็น -13.1 ± 11.26 และ -18.5 ± 14.29 โดยมีผลต่างของคะแนนก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เท่ากับ -5.62 และ -3.56 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบพบว่าหลังการทดลอง คะแนนที่เปลี่ยนแปลงภายในกลุ่ม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ดังตารางที่ 4.20

ตารางที่ 4.21 ระดับของสมรรถนะทางกายด้านความอ่อนตัวส่วนบนข้างซ้ายของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับคะแนน	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อน		หลัง		ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สูงกว่าเกณฑ์	2	5.0	1	2.5	4	9.1	0	0.0
ปกติ	12	30.0	12	30.0	4	9.1	6	13.6
ต่ำกว่าเกณฑ์	26	65.0	27	67.5	36	81.8	38	86.4
รวม	40	100.0	40	100.0	44	100.0	44	100.0

การทดสอบโดยให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เอื้อมือซ้ายแตะด้านหลัง (Left Back Scratch Test) เพื่อวัดความอ่อนตัว (flexibility) ของส่วนบนข้างซ้าย พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์มีมากที่สุด ร้อยละ 65.0 รองลงมาคือ ระดับปกติ ร้อยละ 30.0 ส่วนกลุ่มควบคุม อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ มีมากที่สุด ร้อยละ 81.8 รองลงมาคือ ระดับปกติและสูงกว่าเกณฑ์เท่ากัน ร้อยละ 9.1 ภายหลังจากการทดลองพบว่า ในกลุ่มทดลองอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 67.5 ระดับปกติ ร้อยละ 30.0 ส่วนกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 86.4 ระดับปกติ ร้อยละ 13.6 ดังตารางที่ 4.21

ตารางที่ 4.22 เปรียบเทียบความอ่อนตัวส่วนบนข้างซ้าย ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย±S.D		ผลต่างค่าเฉลี่ย ภายในกลุ่ม	P-value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
กลุ่มทดลอง	-17.2±10.74	-19.0±10.23	-1.8	0.080
กลุ่มควบคุม	-21.9±18.56	-27.0±16.29	-5.1	0.055
ผลต่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม	4.7	8.0	3.3	
P-value	0.154	0.004	0.085	

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจากค่าความอ่อนตัวส่วนบนข้างซ้าย ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระหว่างก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย ± S.D ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ -17.2±10.74 และ -19.0±10.23 คะแนน ตามลำดับ โดยเฉลี่ย 1.8 คะแนน และเมื่อทดสอบไม่พบการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่ามีค่าเฉลี่ย ± S.D ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ -21.9±18.56 และ -27.0±16.29 คะแนน ตามลำดับ โดยเฉลี่ย 5.1 คะแนน เมื่อทดสอบไม่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4.22

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความอ่อนตัวส่วนบนข้างซ้าย ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทั้งก่อนและหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย ±S.D เท่ากับ -17.2±10.74 และ -21.9±18.56 คะแนน ตามลำดับ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดีกว่ากลุ่มควบคุม 4.7 คะแนน เมื่อทดสอบแล้วไม่พบความแตกต่างกันทางสถิติ ภายหลังจากทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ย±S.D ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเฉลี่ย เป็น -19.0±10.23 และ -27.0±16.29 คะแนน ตามลำดับ โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนดีกว่า 8.02 คะแนน ทดสอบแล้วพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.004) ดังตารางที่ 4.22

ตารางที่ 4.23 ระดับของสมรรถนะทางกายด้านความว่องไวและการทรงตัว ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับคะแนน	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อน		หลัง		ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สูงกว่าเกณฑ์	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	13.6
ปกติ	3	7.5	9	22.5	5	11.4	8	18.2
ต่ำกว่าเกณฑ์	37	92.5	31	77.5	39	88.6	30	68.2
รวม	40	100.0	40	100.0	44	100.0	44	100.0

การทดสอบโดยให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรือร้ง ลูก-เดิน-นั่งไปกลับ 16 ฟุต (16-Foot Up-and-Go Test) เพื่อทดสอบความว่องไวและการทรงตัว (Agility and dynamic Balance) พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์มีมากที่สุด ร้อยละ 92.5 รองลงมาคือ ระดับปกติ ร้อยละ 7.5 ส่วนกลุ่มควบคุม อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ มีมากที่สุด ร้อยละ 88.6 รองลงมาคือ ระดับปกติ ร้อยละ 11.4 ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 77.5 ระดับปกติ ร้อยละ 22.5 ส่วนกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 68.6 ระดับปกติ ร้อยละ 18.2 ระดับสูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 13.6 ดังตารางที่ 4.23

ตารางที่ 4.24 เปรียบเทียบความด้านความว่องไวและการทรงตัว ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรือร้ง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย±S.D		ผลต่างค่าเฉลี่ยภายในกลุ่ม	P-value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
กลุ่มทดลอง	9.9±2.54	7.8±1.79	-2.1	<0.001
กลุ่มควบคุม	9.4±2.81	8.5±3.34	-0.9	0.068
ผลต่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม	0.5	-0.7	1.2	
P-value	0.311	0.123	0.03	

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจากค่าวัดความว่องไวและการทรงตัวเมื่อเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรือร้ง ระหว่างก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย ± S.D ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 9.9±2.54 และ 7.8±1.79 คะแนน ตามลำดับ โดยคะแนนดีขึ้นเพราะใช้เวลาลดลง 2.1 คะแนน และเมื่อทดสอบพบคะแนนดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่ามีค่าเฉลี่ย ± S.D ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 9.4±2.81 และ 8.5±3.34 คะแนน ตามลำดับ โดยคะแนนดีขึ้นเล็กน้อย 0.9 คะแนน เมื่อทดสอบไม่พบการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4.24

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความว่องไวและการทรงตัวของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรือร้ง ระหว่างกลุ่มทั้งก่อนและหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย ±S.D เท่ากับ 9.9±2.54 และ 9.4±2.81 คะแนน ตามลำดับ โดยกลุ่มควบคุมมีคะแนนดีกว่า เพราะใช้เวลาน้อยกว่ากลุ่มทดลอง 0.5 คะแนน เมื่อทดสอบแล้วไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ย±S.D ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมดีขึ้น เป็น 7.8±1.79 และ 8.5±3.34 ตามลำดับ โดยกลุ่มทดลองดีกว่า 0.7 คะแนน ทดสอบแล้วไม่พบว่าภายหลังการทดลอง แต่หากพิจารณาคะแนนความแตกต่างภายในกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างค่าเฉลี่ยดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อทดสอบคะแนนความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม จะพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนลดลงดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.03) ดังตารางที่ 4.24

2.4 สุขภาพกาย

สุขภาพกายที่เป็นตัวแปรตามที่เป็นผลลัพธ์ของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วยค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาล และไขมันในเลือด นำเสนอผลโดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยที่วัดได้ก่อนและหลังการทดลอง ทั้งภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ดังนี้

ตารางที่ 4.25 ระดับดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับ ดัชนีมวลกาย (กก./ตร.ม.)	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อน		หลัง		ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปกติ (< 23.0)	9	22.5	11	27.5	10	22.7	10	22.7
ต่ำ (23-24.9)	13	32.5	12	30.3	9	20.5	12	27.3
อ้วน (25-29.9)	14	35.0	15	37.5	22	50.0	20	45.5
อ้วนมาก (≥30)	4	10.0	2	5.0	3	6.8	2	4.5
รวม	40	100.0	40	100.0	44	100.0	44	100.0

ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อนการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองอยู่ในระดับอ้วน มีมากที่สุด ร้อยละ 35.0 รองลงมาในระดับต่ำ ร้อยละ 32.5 ส่วนกลุ่มควบคุมระดับอ้วน ร้อยละ 50.0 รองลงระดับต่ำ ร้อยละ 20.5 ระดับปกติ ร้อยละ 27.5 ภายหลังการทดลองพบว่า ในกลุ่มทดลองอยู่ในระดับอ้วน ร้อยละ 37.5 รองลงระดับต่ำ ร้อยละ 30.3 ระดับปกติ ร้อยละ 27.5 ส่วนกลุ่มควบคุม อยู่ในระดับอ้วน ร้อยละ 45.5 รองลงระดับต่ำ ร้อยละ 27.3 ระดับปกติ ร้อยละ 22.7 ดังตารางที่ 4.25

ตารางที่ 4.26 เปรียบเทียบดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย±S.D		ผลต่างค่าเฉลี่ย ภายในกลุ่ม	P-value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
กลุ่มทดลอง	25.0±2.99	24.9±2.99	-0.1	0.354
กลุ่มควบคุม	25.3±2.97	25.0±3.17	-0.3	0.396
ผลต่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม	-0.3	-0.1	0.2	
P-value	0.673	0.455	0.295	

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระหว่างก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย \pm S.D ก่อนและหลังการทดลองเท่ากับ 25.0 ± 2.99 และ 24.9 ± 2.99 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่ามีค่าเฉลี่ย \pm S.D ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 25.3 ± 2.97 และ 25.0 ± 3.17 ตามลำดับ เมื่อทดสอบไม่พบการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ของทั้งสองกลุ่ม ดังตารางที่ 4.26

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่มทั้งก่อนและหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย \pm S.D เท่ากับ 25.0 ± 2.99 และ 25.3 ± 2.97 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบแล้วไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังจากทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ย \pm S.D ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็น 24.9 ± 2.99 และ 25.0 ± 3.17 ตามลำดับ ทดสอบแล้วไม่พบว่าภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4.26

ตารางที่ 4.27 เปรียบเทียบเส้นรอบเอวของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย \pm S.D		ผลต่างค่าเฉลี่ยภายในกลุ่ม	P-value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
กลุ่มทดลอง	87.2 \pm 9.17	87.0 \pm 7.16	-0.2	0.410
กลุ่มควบคุม	90.2 \pm 13.52	90.0 \pm 8.66	-0.2	0.449
ผลต่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม	-3.0	-3.0	0.0	
P-value	0.242	0.044	0.500	

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระหว่างก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย \pm S.D ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 87.2 ± 9.17 และ 87.0 ± 7.16 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่ามีค่าเฉลี่ย \pm S.D ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 90.2 ± 13.52 และ 90.0 ± 8.66 ตามลำดับ เมื่อทดสอบไม่พบการเปลี่ยนแปลงคะแนนที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ของทั้งสองกลุ่ม ดังตารางที่ 4.27

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย \pm S.D เท่ากับ 87.2 ± 9.17 และ 90.2 ± 13.52 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบแล้วไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังจากทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ย \pm S.D ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็น 87.0 ± 7.16 และ 90.0 ± 8.66 ตามลำดับ โดยค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกับก่อนการทดลองและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานมีการกระจายน้อยลง ทำให้เมื่อทดสอบแล้วพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.044) ดังตารางที่ 4.27

ด้านความดันโลหิต ได้นำเสนอผลแยกระหว่างค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) กับค่าความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure) เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่ม ดังนี้

ตารางที่ 28 เปรียบเทียบค่าความดันโลหิตตัวบนของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย±S.D		ผลต่างค่าเฉลี่ย ภายในกลุ่ม	P-value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
กลุ่มทดลอง	137.1±16.15	135.1±16.39	2.1	0.243
กลุ่มควบคุม	132.8±17.52	139.1±20.23	-6.4	0.047
ผลต่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม	4.4	-4.1	8.4	
P-value	0.238	0.156	0.040	

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระหว่างก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย ± S.D ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 137.1±16.15 และ 135.1±16.39 ตามลำดับ โดยค่าเฉลี่ยลดลง 2.1 มิลลิเมตรปรอท เมื่อทดสอบไม่พบการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนในกลุ่มทดลองที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่ามีค่าเฉลี่ย ± S.D ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 132.8±17.52 และ 139.1±20.23 ตามลำดับ โดยค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 6.4 มิลลิเมตรปรอท เมื่อทดสอบพบว่าในกลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงค่าความดันโลหิตตัวบนที่แยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.047) ดังตารางที่ 4.28

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่มทั้งก่อนและหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย ±S.D เท่ากับ 137.1±16.15 และ 132.8±17.52 ตามลำดับ ทดสอบแล้วไม่พบความแตกต่างกันของค่าเฉลี่ย ภายหลังจากทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ย±S.D ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็น 135.1±16.39 และ 139.1±20.23 ตามลำดับ ทดสอบแล้วไม่พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม แต่ถ้าทดสอบความแตกต่างของค่าความดันระหว่างก่อนและหลังการทดลองของแต่ละกลุ่ม จะพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างค่าความดันโลหิตตัวบนระหว่างก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.040) ดังตารางที่ 4.28

ตารางที่ 4.29 เปรียบเทียบค่าความดันโลหิตตัวล่างของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย±S.D		ผลต่างค่าเฉลี่ยภายในกลุ่ม	P-value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
กลุ่มทดลอง	73.4±9.22	77.7±9.67	4.3	0.006
กลุ่มควบคุม	72.8±8.21	78.7±12.8	5.9	0.007
ผลต่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม	0.6	-1.0	1.6	
P-value	0.758	0.335	0.300	

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure) ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระหว่างก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย ± S.D ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 73.4±9.22 และ 77.7±9.6 ตามลำดับ โดยค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 4.3 มิลลิเมตรปรอท เมื่อทดสอบพบการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่างในกลุ่มทดลองที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.006) ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่ามีค่าเฉลี่ย ± S.D ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 72.8±8.21 และ 78.7±12.8 โดยค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 5.9 มิลลิเมตรปรอท เมื่อทดสอบพบว่าในกลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงค่าความดันโลหิตตัวล่างที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.007) ดังตารางที่ 4.29

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่างของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่มทั้งก่อนและหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย ±S.D เท่ากับ 73.4±9.22 และ 72.8±8.21 ตามลำดับ ทดสอบแล้วไม่พบความแตกต่างกันของค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง ภายหลังจากทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ย±S.D ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้น เป็น 77.7±9.67 และ 78.7±12.8 ตามลำดับ ทดสอบแล้วไม่พบกลุ่มทดลองมีค่าที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4.29

ตารางที่ 4.30 เปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย±S.D		ผลต่างค่าเฉลี่ยภายในกลุ่ม	P-value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
กลุ่มทดลอง	119.5±32.09	107.5±30.60	-12.0	0.001
กลุ่มควบคุม	118.4±19.60	104.8±29.31	-13.5	<0.001
ผลต่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม	1.2	2.6	1.4	
P-value	0.840	0.345	0.390	

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (Fasting Blood Sugar) ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระหว่างก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย \pm S.D ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 119.5 ± 32.09 และ 107.5 ± 30.60 ตามลำดับ โดยค่าเฉลี่ยลดลง 12 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เมื่อทดสอบพบการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดในกลุ่มทดลองที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value 0.001) ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่ามีค่าเฉลี่ย \pm S.D ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 118.4 ± 19.60 และ 104.8 ± 29.31 ตามลำดับ โดยค่าเฉลี่ยลดลง 13.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เมื่อทดสอบพบการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดในกลุ่มควบคุมที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) ดังตารางที่ 4.30

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่มทั้งก่อนและหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย \pm S.D เท่ากับ 119.5 ± 32.09 และ 118.4 ± 19.60 ตามลำดับ ทดสอบแล้วไม่พบความแตกต่างกันของค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง ภายหลังจากการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ย \pm S.D ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมลดลง เป็น 107.5 ± 30.60 และ 104.8 ± 29.31 ตามลำดับ ทดสอบแล้วไม่พบกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4.30

ตารางที่ 4.31 เปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย \pm S.D		ผลต่างค่าเฉลี่ย ภายในกลุ่ม	P-value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
กลุ่มทดลอง	6.3 ± 0.79	6.2 ± 0.81	-0.1	0.018
กลุ่มควบคุม	6.4 ± 0.98	6.1 ± 0.81	-0.3	0.002
ผลต่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม	-0.1	0.1	0.2	
P-value	0.760	0.370	0.121	

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสะสม หรือ HbA1C ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระหว่างก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย \pm S.D ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 6.3 ± 0.79 และ 6.2 ± 0.81 เมื่อทดสอบพบการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดสะสมในกลุ่มทดลองที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value 0.018) ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่ามีค่าเฉลี่ย \pm S.D ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 6.4 ± 0.98 และ 6.1 ± 0.81 ตามลำดับ เมื่อทดสอบพบการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดสะสม ในกลุ่มควบคุมที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value 0.002) ดังตารางที่ 4.21

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสะสมผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทั้งก่อนและหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย \pm S.D เท่ากับ 6.3 ± 0.79 และ 6.4 ± 0.98 ตามลำดับ ทดสอบแล้วไม่พบความแตกต่างกันของค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง ภายหลังจากการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ย \pm S.D ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมลดลง เป็น 6.2 ± 0.81 และ 6.1 ± 0.81 ตามลำดับ ทดสอบแล้วไม่พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4.31

ตารางที่ 4.32 เปรียบเทียบค่าระดับโคเลสเตอรอลของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย \pm S.D		ผลต่างค่าเฉลี่ยภายในกลุ่ม	P-value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
กลุ่มทดลอง	208.9 \pm 46.30	196.1 \pm 40.60	-12.8	0.007
กลุ่มควบคุม	202.5 \pm 36.10	196.4 \pm 58.40	-6.1	0.236
ผลต่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม	6.4	-0.3	6.7	
P-value	0.481	0.489	0.253	

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับไขมันโคเลสเตอรอล (Cholesterol) ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระหว่างก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย \pm S.D ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 208.9 ± 46.30 และ 196.1 ± 40.60 ตามลำดับ เมื่อทดสอบพบการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยไขมันโคเลสเตอรอลในกลุ่มทดลองที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.007) ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่ามีค่าเฉลี่ย \pm S.D ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 202.5 ± 36.10 และ 196.4 ± 58.40 ตามลำดับ เมื่อทดสอบไม่พบการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยโคเลสเตอรอลในกลุ่มควบคุมที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4.32

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับไขมันโคเลสเตอรอลของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทั้งก่อนและหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย \pm S.D เท่ากับ 208.9 ± 46.30 และ 202.5 ± 36.10 ตามลำดับ ทดสอบแล้วไม่พบความแตกต่างกันของค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง ภายหลังจากการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ย \pm S.D ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมลดลงเป็น 196.1 ± 40.60 และ 196.4 ± 58.40 ตามลำดับ ทดสอบแล้วไม่พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของไขมันโคเลสเตอรอลที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4.32

ตารางที่ 4.33 เปรียบเทียบค่าระดับไตรกลีเซอไรด์ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย±S.D		ผลต่างค่าเฉลี่ย ภายในกลุ่ม	P-value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
กลุ่มทดลอง	153.3±76.63	121.3±49.17	-32.0	0.002
กลุ่มควบคุม	119.3±52.10	144.8±66.20	25.5	0.002
ผลต่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม	34.0	-23.5	57.5	
P-value	0.018	0.035	<0.001	

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระหว่างก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย ± S.D ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 153.3±76.63 และ 121.3±49.17 ตามลำดับ เมื่อทดสอบพบการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยไขมันไตรกลีเซอไรด์ในกลุ่มทดลองที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.002) ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่ามีค่าเฉลี่ย ± S.D ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 119.3±52.10 และ 144.8±66.20 ตามลำดับ เมื่อทดสอบพบการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยไขมันไตรกลีเซอไรด์ในกลุ่มควบคุมที่แย่ลงหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.002) ดังตารางที่ 4.33

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย ±S.D เท่ากับ 153.3±76.63 และ 119.3±52.10 ตามลำดับ ทดสอบแล้วพบความแตกต่างกันของค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.018) ภายหลังจากทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ย±S.D ของกลุ่มทดลองลดลง เป็น 121.3±49.17 แต่กลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นเป็น 144.8±66.20 ตามลำดับ เมื่อทดสอบค่าเฉลี่ยความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการทดลอง จะพบว่าภายหลังจากการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างของระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ภายหลังจากทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ดังตารางที่ 4.33

ตารางที่ 4.34 เปรียบเทียบค่าระดับไขมันความหนาแน่นต่ำของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย±S.D		ผลต่างค่าเฉลี่ย ภายในกลุ่ม	P-value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
กลุ่มทดลอง	133.0±58.35	118.4±36.40	-14.6	0.045
กลุ่มควบคุม	124.6±29.40	126.9±47.10	2.3	0.355
ผลต่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม	8.4	-8.5	16.9	
P-value	0.398	0.181	0.054	

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับไขมันความหนาแน่นต่ำหรือแอลดีแอล (Low Density Lipoprotine Cholesterol: LDL) ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระหว่างก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย \pm S.D ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 133.0 ± 58.35 และ 118.4 ± 36.40 ตามลำดับ เมื่อทดสอบพบการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยไขมันแอลดีแอล ในกลุ่มทดลองที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.045) ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่ามีค่าเฉลี่ย \pm S.D ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 124.6 ± 29.40 และ 126.9 ± 47.10 ตามลำดับ เมื่อทดสอบไม่พบการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยไขมันแอลดีแอลในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4.34

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับไขมันแอลดีแอลของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่มทั้งก่อนและหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย \pm S.D เท่ากับ 133.0 ± 58.35 และ 124.6 ± 29.40 ตามลำดับ ทดสอบแล้วไม่พบความแตกต่างกันของค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง ภายหลังกการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ย \pm S.D ของกลุ่มทดลองลดลง เป็น 118.4 ± 36.40 แต่กลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นเป็น 126.9 ± 47 ตามลำดับ เมื่อทดสอบไม่พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยไขมันแอลดีแอลที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4.34

ตารางที่ 4.35 เปรียบเทียบค่าระดับไขมันความหนาแน่นสูงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย \pm S.D		ผลต่างค่าเฉลี่ย ภายในกลุ่ม	P-value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
กลุ่มทดลอง	52.0 ± 15.42	53.5 ± 12.00	1.5	0.132
กลุ่มควบคุม	53.9 ± 14.34	51.0 ± 14.37	-2.9	0.011
ผลต่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม	-1.9	2.5	4.4	
P-value	0.558	0.165	0.008	

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับไขมันความหนาแน่นสูงหรือเอชดีแอล (High Density Lipoprotine Cholesterol: HDL) ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระหว่างก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย \pm S.D ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 52.0 ± 15.42 และ 53.5 ± 12.00 ตามลำดับ เมื่อทดสอบไม่พบการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยไขมันเอชดีแอล ในกลุ่มทดลองที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่ามีค่าเฉลี่ย \pm S.D ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 53.9 ± 14.34 และ 51.0 ± 14.37 ตามลำดับ เมื่อทดสอบพบการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยไขมันเอชดีแอลที่แยกลงในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4.35

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับไขมันเอชดีแอล ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย \pm S.D เท่ากับ 52.0 ± 15.42 และ 53.9 ± 14.34 ตามลำดับ ทดสอบแล้วไม่พบความแตกต่างกันของค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง ภายหลังจากทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ย \pm S.D ของกลุ่มทดลองเพิ่มเป็น 53.5 ± 12.00 แต่กลุ่มควบคุมลดลงเป็น 51.0 ± 14.37 เมื่อทดสอบไม่พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยไขมันเอชดีแอลที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ถ้าทดสอบค่าเฉลี่ยความแตกต่างระหว่างค่าไขมันก่อนและหลังการทดลองของแต่ละกลุ่ม จะพบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างของค่าไขมันเอชดีแอลที่เปลี่ยนแปลงภายหลังจากทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.008) ดังตารางที่ 4.35

2.5 สุขภาพจิต

คะแนนสุขภาพจิตที่จัดระดับตามเกณฑ์เป็นระดับดี ระดับปกติ และระดับต่ำกว่าคนทั่วไป และการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตทั้งภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองแสดงในตารางที่ 4.36 และ 4.37

ตารางที่ 4.36 ระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับคะแนนสุขภาพจิต	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อน		หลัง		ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ดี	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
ปกติ	40	100.0	40	100.0	44	100.0	42	95.4
ต่ำ	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	4.6
รวม	40	100.0	40	100.0	44	100.0	44	100.0

ระดับคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อนการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งหมดอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 100.0 ภายหลังจากทดลองพบว่าระดับของค่าเฉลี่ยสุขภาพจิต ในกลุ่มทดลองอยู่ในระดับปกติทั้งหมดเช่นเดิม แต่ในกลุ่มควบคุม พบว่ามีร้อยละ 4.6 ที่มีระดับคะแนนสุขภาพจิตเปลี่ยนจากปกติมาเป็นระดับต่ำภายหลังจากทดลอง ดังตารางที่ 4.36

ตารางที่ 4.37 ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทั้งก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	คะแนนเฉลี่ย±S.D		ผลต่างคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่ม	P-value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
กลุ่มทดลอง	51.5±5.57	55.8±4.82	4.3	<0.001
กลุ่มควบคุม	52.2±5.78	52.7±9.76	0.4	0.384
ผลต่างคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม	0.7	3.1	3.9	
P-value	0.511	0.037	0.017	

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังภายในกลุ่ม ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย \pm S.D ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 51.5±5.57 และ 55.8±4.82 ตามลำดับ โดยเพิ่มขึ้น 4.3 คะแนน และเมื่อทดสอบพบมี คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001) ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่ามีคะแนนเฉลี่ย \pm S.D ก่อนและหลังการทดลองใกล้เคียงกัน เท่ากับ 52.2±5.78 และ 52.7±9.76 ตามลำดับ โดยเพิ่มขึ้น 0.4 คะแนน และเมื่อทดสอบไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4.37

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทั้ง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ย \pm S.D ใกล้เคียงกัน คือ 51.5±5.57 และ 52.2±5.78 คะแนนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ ต่างกันเพียง 0.7 คะแนน เมื่อทดสอบแล้วไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังจากการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ย \pm S.D ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม คือ 55.8±4.82 และ52.7±9.76 คะแนน ตามลำดับ โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า 3.1 คะแนน และเมื่อทดสอบแล้วพบกลุ่มทดลองมี คะแนนสุขภาพจิตหลังการทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.037) ดังตารางที่ 4.37

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่เทศบาลนครนนทบุรี ซึ่งสามารถสรุปผลการวิจัย อภิปรายและมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. สรุปผลการวิจัย

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และวัดประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพดังกล่าว

ประชากร คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่เทศบาลนครนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างกลุ่มแรกเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วยผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุข และผู้บริหารเทศบาลนครนนทบุรี เลือกแบบเจาะจงจำนวน 26 คน ให้มาร่วมสนทนากลุ่มเกี่ยวกับสถานการณ์และความต้องการเบื้องต้น เพื่อใช้ในการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพฯ กลุ่มที่สองเป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ โรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูง ได้จากกลุ่มเลือกศูนย์บริการสาธารณสุข 2 แห่งเป็นพื้นที่ทดลองและอีก 2 แห่งเป็นพื้นที่ควบคุม จากนั้นจับฉลากเลือกผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์และยินดีร่วมการวิจัย ได้กลุ่มทดลอง 45 คน กลุ่มควบคุม 45 คน แต่ตัวอย่างที่สามารถเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองได้ครบมีจำนวน 40 คน ในกลุ่มทดลอง และ 44 คนในกลุ่มควบคุม รวมตัวอย่างทั้งสิ้น 84 คน

เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ได้จากการพัฒนาในขั้นตอนแรก และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แนวทางการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อรวบรวมข้อมูลสำหรับพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพฯ แบบสอบถามวัดความเชื่อในความสามารถตนเอง (มีค่าความเที่ยง 0.83) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด การใช้ยาแบบสอบถามกิจกรรมทางกาย แบบวัดสุขภาพจิต (มีค่าความเที่ยง 0.86) การวัดสมรรถนะทางกาย เครื่องชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง สายวัดรอบเอว เครื่องวัดความดันโลหิต การเจาะเลือดเพื่อตรวจระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดในห้องปฏิบัติการของเทศบาลนครนนทบุรี

การเก็บรวบรวมข้อมูล ทำก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง 3 เดือน ระยะเวลาในการวิจัยคือ เดือนสิงหาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติอนุมาน เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ Independent t-test และ paired t-test ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1.1 การศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน และการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ พบว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม จำนวน 26 คน ประกอบด้วยผู้บริหารของเทศบาลนครนนทบุรี ทีมสหวิชาชีพของศูนย์บริการสาธารณสุขและโรงพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัว ผู้นำชุมชน อสม. ทุกฝ่ายมีความตระหนักในปัญหาและความจำเป็นที่ต้องมีการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่พบมากในชุมชน ยินดีให้ความร่วมมือในการกำหนดพื้นที่และหากกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย เสนอแนะรูปแบบการอบรมที่ควรจัดเดือนละครั้ง ครั้งแรกเน้นเรื่องอาหาร ออกกำลังกาย ใช้เวลา 1 วัน และหลังจากนั้นเจอกันครึ่งวัน เดือนละครั้ง นาน 3 เดือน จัดที่ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเทศบาล รวมทั้งควรให้ อสม.หรือผู้นำชุมชนกระตุ้นผู้ป่วยให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีการแข่งขันกัน ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลยินดีสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการเจาะเลือดตรวจก่อนและหลังการทดลอง เพื่อวัดผลลัพธ์ด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการวิจัย ส่วนแกนนำชุมชนยินดีประสานงานกลุ่มเป้าหมายให้เข้าร่วมโครงการวิจัย

โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่พัฒนาจากขั้นตอนแรก มีรูปแบบการอบรมเชิงปฏิบัติการ เน้นกระบวนการเสริมพลังเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเอง จัดกิจกรรม 4 ครั้ง ครั้งแรก 1 วัน ครั้งที่ 2-4 ครึ่งวัน ห่างกันครั้งละ 1 เดือน ครอบคลุมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อสร้างความตระหนักต่อปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และความเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อน เรียนรู้และฝึกทักษะด้านการควบคุมอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด การใช้ยาและรู้เท่าทันสื่อ การตั้งเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติ สร้างกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการปฏิบัติกับเพื่อนในกลุ่ม การมีเครือข่ายสนับสนุนการดูแลตนเอง

1.2 ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ ที่ได้จากการพัฒนาในขั้นตอนแรก ได้นำมาทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่เทศบาลนครนนทบุรี สรุปผลดังนี้

1.2.1 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลครบทั้งก่อนและหลังการทดลองจำนวน 84 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มควบคุม 44 อายุเฉลี่ยของสองกลุ่มใกล้เคียงกันคือ 68.9 และ 68.3 ปี มากกว่า 2 ใน 3 ของทั้งสองกลุ่มเป็นโรคความดันโลหิตสูง และ 1 ใน 4 ของทั้งสองกลุ่มเป็นโรคเบาหวาน พบว่าส่วนใหญ่อยู่กับสามีหรือภรรยา และลูก/หลาน/ญาติ โดยในกลุ่มทดลอง มีผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลสุขภาพคือบุตร รองลงมาคือดูแลตนเอง ส่วนกลุ่มควบคุม ดูแลตนเองมากที่สุด รองลงมาคือบุตรดูแล ด้านเครือข่ายผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ หรือชมรมผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง โดย 1 ใน 4 ของทั้งสองกลุ่มที่ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมชมรมดังกล่าว ตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะที่ใกล้เคียงกันในด้านคุณลักษณะประชากร การเจ็บป่วยโรคติดต่อเรื้อรังและการได้รับบริการรักษาพยาบาล สมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วย และเครือข่ายผู้สูงอายุหรือผู้ป่วย

1.2.2 ความเชื่อในความสามารถตนเอง

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถตนเองของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม พบว่าทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเพิ่มขึ้นภายหลังการทดลอง โดยทั้งสองกลุ่มมีความเชื่อในความสามารถตนเองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ p-value 0.003 ในกลุ่มทดลอง และ p-value 0.041 ในกลุ่มควบคุม

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถตนเองของตัวอย่างระหว่างกลุ่ม พบว่าก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม 3.26 คะแนน แต่เมื่อทดสอบไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.2.3 พฤติกรรมการดูแลตนเอง

1) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด และการใช้ยา

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของตัวอย่างภายในกลุ่ม ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองเพิ่มขึ้น 3.07 คะแนน และดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.002) ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่า มีคะแนนเพิ่มขึ้น 0.95 คะแนน ทดสอบแล้วไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของตัวอย่างระหว่างกลุ่ม พบว่าก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกัน โดยไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม 2.55 คะแนน แต่เมื่อทดสอบไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2) พฤติกรรมกิจกรรมทางกาย

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนนาที่ต่อวันของกิจกรรมทางกายรูปแบบการทำงาน การเดินทาง และในยามว่างในระดับปานกลางถึงหนักของตัวอย่างภายในกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยจำนวนนาที่ต่อวันของกิจกรรมทางกายรูปแบบการทำงาน การเดินทาง และในยามว่าง หลังการทดลองมากขึ้น 5.7 และ 15.6 นาที่ต่อวัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value 0.033 และ 0.011 ตามลำดับ) ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่ามีค่าเฉลี่ยจำนวนนาที่ต่อวันของกิจกรรมทางกายรูปแบบการทำงาน หลังการทดลองมากขึ้น 11.1 นาที่ต่อวัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value 0.021)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนนาที่ต่อวันของกิจกรรมทางกายรูปแบบการทำงาน การเดินทาง และในยามว่างในระดับปานกลางถึงหนักของตัวอย่างระหว่างกลุ่ม พบว่าก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยกิจกรรมทางกายทั้ง 3 รูปแบบไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมในกิจกรรมทางกายรูปแบบการทำงาน การเดินทาง และในยามว่าง 2.6 และ 11.1 นาที่ต่อวัน ตามลำดับ แต่เมื่อทดสอบไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีกิจกรรมทางกายรูปแบบการทำงานเพิ่มมากกว่ากลุ่มทดลอง 9.3 นาที่ต่อวัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value 0.042)

1.2.4 สมรรถนะทางกาย

1) ความความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนล่าง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนล่างอยู่ในระดับปกติ มีมากที่สุด ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนล่างระดับสูงกว่าเกณฑ์ เพิ่มขึ้น

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนล่างระหว่างก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย โดยเพิ่มขึ้น 2.78 คะแนน เมื่อทดสอบพบคะแนนหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value 0.001) ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่ามีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1.96 คะแนน และเมื่อทดสอบพบคะแนนหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value 0.006)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาของตัวอย่างระหว่างกลุ่ม ก่อนการทดลอง ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าใกล้เคียงกัน และเมื่อทดสอบไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2) ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนบน ก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนบน อยู่ในระดับปกติมีมากที่สุด ส่วนกลุ่มควบคุม อยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์ มีมากที่สุด ภายหลังการทดลองพบว่า ในกลุ่มทดลองอยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์เพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนบน ระหว่างก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ (p -value < 0.001) ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่ามีความเครียดลดลง 1.46 คะแนน และเมื่อทดสอบพบหลังการทดลองคะแนนลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value 0.04)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนบนระหว่างกลุ่ม พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มทดลอง โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value 0.002) ภายหลังจากทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001)

3) ความอดทนด้านแอโรบิก หรือความทนทานของหัวใจและระบบหายใจ พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่มีค่าความอดทนด้านแอโรบิกในระดับสูงกว่าเกณฑ์ มีมากที่สุด ภายหลังจากทดลองพบว่าทั้งสองกลุ่มมีค่าระดับสูงกว่าเกณฑ์ ดีขึ้นทั้งสองกลุ่ม เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอดทนด้านแอโรบิก ระหว่างก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่ามีความเครียดเพิ่มขึ้น ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value 0.049) เช่นกัน

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความอดทนด้านแอโรบิกระหว่างกลุ่ม พบว่าก่อนการทดลอง ควบคุมมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มทดลอง โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value 0.013) ภายหลังจากทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมดีขึ้น 40.7 และ 15.43 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบพบหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความเครียดผลต่างคะแนนก่อนและหลังการทดลองดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value 0.01)

4) ความอ่อนตัวส่วนล่าง พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความอ่อนตัวส่วนล่างอยู่ในระดับปกติมีสัดส่วนมากที่สุด ภายหลังจากทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับสูงกว่าเกณฑ์เพิ่มขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมมีระดับต่ำกว่าเกณฑ์เพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความอ่อนตัวส่วนล่าง ระหว่างก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความเครียดเพิ่มขึ้น ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value 0.005) ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่าหลังการทดลองมีความเครียดลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value 0.008)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความอ่อนตัวส่วนล่างระหว่างกลุ่ม พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังจากทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001)

5) ความอ่อนตัวส่วนบนข้างขวา พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีความอ่อนตัวส่วนบนข้างขวา อยู่ในระดับปกติมีมากที่สุด ส่วนกลุ่มควบคุม อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ มีมากที่สุด ภายหลังจากทดลองพบว่า ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ มีมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความอ่อนตัวส่วนบนข้างขวา ระหว่างก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม

พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยแย่งลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value 0.001) ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่า มีค่าเฉลี่ยแย่งลงกว่าก่อนการทดลองเช่นกันแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความอ่อนตัวส่วนบนข้างขวา ระหว่างกลุ่ม พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดีกว่ากลุ่มควบคุม โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value 0.014) ภายหลังจากทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง ไม่ได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6) *ความอ่อนตัวส่วนบนข้างซ้าย* พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความอ่อนตัวส่วนบนข้างซ้าย อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ มีมากที่สุด ภายหลังจากทดลองพบว่า ระดับต่ำกว่าเกณฑ์ของทั้งสองกลุ่มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความอ่อนตัวส่วนบนข้างซ้าย ระหว่างก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยลดลง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่า มีค่าเฉลี่ยลดลง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความอ่อนตัวส่วนบนข้างซ้าย ระหว่างกลุ่ม พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดีกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่พบความแตกต่างกันทางสถิติ ภายหลังจากทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value 0.004)

7) *ความว่องไวและการทรงตัว* พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความว่องไวและการทรงตัว อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ มีมากที่สุด ภายหลังจากทดลองพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ลดลง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความว่องไวและการทรงตัว ระหว่างก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดีขึ้น กว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่า มีค่าเฉลี่ยดีขึ้นแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความว่องไวและการทรงตัว ระหว่างกลุ่ม พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน เมื่อทดสอบแล้วไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังจากทดลอง พบว่าทั้งสองกลุ่มคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ถ้าทดสอบค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนระหว่างก่อนและหลังการทดลอง จะพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value 0.03)

โดยสรุปถ้าเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองมีสมรรถนะทางกายดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 5 ด้าน จาก 7 ด้าน คือ ด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนล่างและกล้ามเนื้อส่วนบน ความอดทนด้านแอโรบิก ความอ่อนตัวส่วนล่างและความว่องไวและการทรงตัว ส่วนด้านความอ่อนตัวส่วนบนข้างซ้ายไม่แตกต่าง และข้างขวามีค่าเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมี

ค่าเฉลี่ยดีกว่าหรือเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 5 ด้านใน 7 ด้าน คือ ด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนบน ความอดทนด้านแอโรบิก ความอ่อนตัวส่วนล่าง ความอ่อนตัวส่วนบนข้างซ้าย และความว่องไวและการทรงตัว

1.2.4 สุขภาพกาย

1) *ดัชนีมวลกาย* ก่อนการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองอยู่ในระดับอ้วน มีมากที่สุด ร้อยละ 35.0 ส่วนกลุ่มควบคุม ระดับอ้วนมีมากที่สุด ร้อยละ 50.0 ภายหลังจากทดลองพบว่า กลุ่มทดลองอยู่ในระดับอ้วน ร้อยละ 37.5 ส่วนกลุ่มควบคุม อยู่ในระดับอ้วน ร้อยละ 45.5 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ระหว่างก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม พบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองใกล้เคียงกัน เมื่อทดสอบไม่พบการเปลี่ยนแปลงคะแนนที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของทั้งสองกลุ่ม

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายระหว่างกลุ่ม พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกันเมื่อทดสอบแล้วไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังจากทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใกล้เคียงกัน ทดสอบแล้วไม่พบว่าการทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2) *เส้นรอบเอว* การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวระหว่างก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองใกล้เคียงกัน เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมพบว่าค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองใกล้เคียงกัน ทดสอบแล้วไม่พบการเปลี่ยนแปลงคะแนนที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ของทั้งสองกลุ่ม

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวระหว่างกลุ่ม พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังจากทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใกล้เคียงกับก่อนการทดลอง แต่ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานมีการกระจายน้อยลง ทำให้เมื่อทดสอบแล้วพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.044)

3) *ความดันโลหิต*

(1) *ความดันโลหิตตัวบน* การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนระหว่างก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม พบว่าภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนลดลง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่าค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 6.4 มิลลิเมตรปรอท เมื่อทดสอบพบว่าในกลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงค่าความดันโลหิตตัวบนที่แย่งลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.047)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนระหว่างกลุ่ม พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังจากทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ถ้

ทดสอบค่าผลต่างของความดันโลหิตระหว่างก่อนและหลังการทดลองของแต่ละกลุ่ม จะพบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างของค่าความดันโลหิตตัวบนเปลี่ยนแปลงดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.040)

(2) ความดันโลหิตตัวล่าง การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่าง ระหว่างก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นหรือแย้งลงเมื่อทดสอบค่าความดันโลหิตตัวล่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.006) ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นหรือแย้งลงเช่นกัน เมื่อทดสอบพบว่าในกลุ่มควบคุมมีค่าความดันโลหิตตัวล่างที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.007)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่างระหว่างกลุ่ม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองพบว่าไม่มีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน ทดสอบแล้วไม่พบความแตกต่างกัน ภายหลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้น ทดสอบแล้วไม่พบกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4) ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารและน้ำตาลในเลือดสะสม

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารของตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยลดลง 12 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ซึ่งดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.001) ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีค่าเฉลี่ยลดลง 13.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ซึ่งดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารของตัวอย่างระหว่างกลุ่ม พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันของค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมลดลง ทดสอบแล้วไม่พบกลุ่มทดลองมีค่าที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสะสม หรือ HbA1C ของตัวอย่าง ระหว่างก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดสะสมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.018) ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีค่าเฉลี่ย น้ำตาลในเลือดสะสม ที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.002) เช่นกัน

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของตัวอย่างระหว่างกลุ่ม พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน โดยไม่มีความแตกต่างกันของค่าเฉลี่ย ภายหลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมลดลง ทดสอบแล้วไม่พบกลุ่มทดลองมีค่าที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5) ระดับไขมันในเลือด

(1) ระดับไขมันโคเลสเตอรอล การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับไขมันโคเลสเตอรอล ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยไขมันโคเลสเตอรอล

ลดลง หรือดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value 0.007) ส่วนในกลุ่มควบคุมไม่พบการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยไขมันโคเลสเตอรอลที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับไขมันโคเลสเตอรอลของตัวอย่างระหว่างกลุ่ม พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังการทดลอง ทดสอบแล้วไม่พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าไขมันโคเลสเตอรอลที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(2) *ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์* การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ ของตัวอย่าง ระหว่างก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม ภายหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยไขมันไตรกลีเซอไรด์ที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value 0.002) ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่ามีความเฉลี่ยที่แยกลงหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value 0.002)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ของตัวอย่างระหว่างกลุ่ม พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์สูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value 0.018) ภายหลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองลดลง แต่กลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้น การทดสอบค่าเฉลี่ยของผลต่างค่าไขมันไตรกลีเซอไรด์ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างของค่าไขมันไตรกลีเซอไรด์ที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001)

(3) *ระดับไขมันแอลดีแอล* การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับไขมันแอลดีแอลของตัวอย่าง ระหว่างก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยไขมันแอลดีแอลที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value 0.045) ส่วนในกลุ่มควบคุมไม่พบการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับไขมันแอลดีแอลของตัวอย่างระหว่างกลุ่ม พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยไขมันแอลดีแอลไม่แตกต่างกันทางสถิติ ภายหลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองลดลง แต่กลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้น เมื่อทดสอบไม่พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยไขมันแอลดีแอลที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(4) *ระดับไขมันเอชดีแอล* การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับไขมันเอชดีแอลของตัวอย่าง ระหว่างก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองไม่มีค่าเฉลี่ยเอชดีแอลที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในกลุ่มควบคุมพบว่ามีความเฉลี่ยเอชดีแอลที่แยกลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value 0.011)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับไขมันเอชดีแอลของตัวอย่างระหว่างกลุ่ม พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเพิ่มหรือดีขึ้น แต่กลุ่มควบคุมลดลงหรือแยกลง เมื่อทดสอบไม่พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยไขมันเอชดีแอลที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การทดสอบ

ค่าเฉลี่ยของผลต่างระหว่างก่อนและหลังการทดลอง จะพบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างของค่าเอชดีแอลที่ดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value 0.008)

1.2.5 สุขภาพจิต คะแนนสุขภาพจิตของตัวอย่างก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งหมดอยู่ในระดับปกติ หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001) แต่ในกลุ่มควบคุม พบว่ามีร้อยละ 4.6 ที่มีระดับคะแนนสุขภาพจิตเปลี่ยนจากปกติมาเป็นระดับต่ำภายหลังการทดลอง เมื่อทดสอบไม่พบความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของตัวอย่างระหว่างกลุ่ม พบว่าก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.037)

2. อภิปรายผล

2.1 การพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่าจากการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทำให้ทราบสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในชุมชน มักมีปัญหาการบริโภคอาหารที่ยังควบคุมตนเองไม่ได้ และคิดว่าการทำงานคือการออกกำลังกายแล้ว สวมกินยาบ้างเวลาเครียดความดันโลหิตจะสูง ซึ่งการจัดกิจกรรมเรียนรู้ขอให้เน้นง่ายๆ ปฏิบัติได้ในชีวิตประจำวัน ควรพบปะกันเดือนละครั้ง มีตัวอย่างที่ดีและมีหัวหน้าพาผู้ช่วยทำด้วย ช่วยกระตุ้น มีการแข่งขันกัน น่าจะช่วยให้ได้ผลดี ทำให้มีการออกแบบโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่จัดเดือนละครั้ง รวม 4 ครั้ง กิจกรรมเน้นการเรียนรู้เป็นกลุ่ม แลกเปลี่ยนประสบการณ์และเรียนรู้จากผู้ที่ประสบความสำเร็จที่เป็นต้นแบบที่ดี เน้นทักษะการควบคุมอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด และการกินยา มีการสนับสนุนให้มีกลุ่มย่อยกระตุ้นให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของมูลนิธิสถาบันและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (2559) ว่าควรให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การเพิ่มการสนับสนุนให้ผู้ช่วยสามารถดูแลตนเอง ร่วมกับการให้ชุมชนมีส่วนร่วม และสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมพลัง ที่เน้นการมีส่วนร่วม เน้นการพัฒนาทักษะที่นำไปสู่การปฏิบัติ การเรียนรู้ร่วมกันเป็นกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเกิดพลังกลุ่มในการดูแลสุขภาพ และใช้กระบวนการเรียนรู้ที่ต่อเนื่องให้นำสิ่งที่เรียนรู้ไปปฏิบัติและมาพบกันเป็นระยะๆ เพื่อประเมินความสำเร็จและอุปสรรค กลายเป็นความรู้ใหม่ในการจัดการดูแลตนเองต่อไป (นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2557ข) ซึ่งการที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีทั้งตัวแทนผู้บริหารของเทศบาลและศูนย์บริการสาธารณสุขและทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย ผู้นำชุมชนและ อสม. ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูงและครอบครัว มาร่วมสะท้อนปัญหาและความต้องการ และร่วมวางแผน ทำให้เกิดความตระหนักและเกิดการสนับสนุนร่วมมือ ทั้งการ

ออกแบบโปรแกรม การหากกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมโครงการ การนัดหมายกลุ่มเป้าหมาย การสนับสนุนสถานที่จัดกิจกรรม การสนับสนุนงบประมาณการตรวจเลือดเพื่อประเมินผลลัพธ์ และทุกฝ่ายรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดกระบวนการ A-I-C หรือกระบวนการระดมพลังสร้างสรรค์ (จิรวรรณ หัสโรค์ และคณะ, 2542, น. 49-57; นิตยา เพ็ญศิริินภา, 2557ก) ทั้งนี้โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพฯ ที่พัฒนาขึ้นจัดทั้งหมด 4 ครั้ง ห่างกันเดือนละครั้ง ตามที่ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังให้ความเห็นว่ามีความเหมาะสม และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมกันวางแผนดำเนินงานโครงการ ซึ่งการออกแบบกิจกรรมเรียนรู้หลายครั้งต่อเนื่องกัน สอดคล้องกับรูปแบบโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ทำการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ (ดวงสมร นิลตานนท์ และจุฬารัตน์ โสตะ, 2553; ยุวดี รอดจากภัย, สมพล กิตติเรืองเกียรติ, และประสิทธิ์ กมลพรมงคล, 2555; Suwankruhasn et al., 2013) แต่ความถี่ของการจัดกิจกรรมอาจต่างกัน จากสัปดาห์ละครั้ง เป็นเดือนละครั้ง เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุในเขตเมืองจะไม่สะดวกที่จะเดินทางมารวมกลุ่มเรียนรู้ได้บ่อยๆ ทุกสัปดาห์ได้เหมือนกับผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบท

2.2 การวัดประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2.2.1 ความเชื่อในความสามารถตนเอง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในกลุ่มทดลองมีความเชื่อในความสามารถตนเอง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในเรื่องการบริหารโภชนาการ การจัดการความเครียด และการกินยารวมทั้งการมีกิจกรรมทางกายในรูปแบบการเดินทางด้วยการเดินหรือขี่จักรยานจากที่หนึ่งไปอีกที่หนึ่ง และกิจกรรมในยามว่าง เช่น เล่นกีฬา ออกกำลังกาย และกิจกรรมนันทนาการในระดับปานกลางถึงหนัก ภายหลังจากทดลอง ดิขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อุษา ทัศนวิน และคณะ (2553) และของดวงสมร นิลตานนท์ และจุฬารัตน์ โสตะ (2553) เนื่องจากการออกแบบโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพฯ เน้นให้กลุ่มทดลองมีความเชื่อในความสามารถตนเอง โดยให้วิเคราะห์อุปสรรคและเลือกทางเลือกที่เหมาะสม มีการฝึกทักษะ รวมทั้งให้วางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในแต่ละครั้งภายหลังจากเรียนรู้ มีการกระตุ้นโดยกลุ่มย่อย และเรียนรู้ความสำเร็จจากบุคคลต้นแบบ จึงทำให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีขึ้นก่อนการทดลอง แต่เมื่อเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่ม ไม่พบว่าพบว่าการทดลองมีคะแนนความเชื่อในความสามารถดูแลสุขภาพตนเอง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในเรื่องการบริหารโภชนาการ การจัดการความเครียด การกินยา และการมีกิจกรรมทางกายดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อุษา ทัศนวิน และคณะ (2553) และของดวงสมร นิลตานนท์ และจุฬารัตน์ โสตะ (2553) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างกลุ่มในควบคุมมีการจัดกิจกรรมออกกำลังกายและให้ความรู้ในวันทีนัดมาเก็บข้อมูลด้วย ซึ่งเป็นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่จัดโดยผู้นำชุมชนตามปกติเดือนละครั้ง ทำให้การ

ประเมินความเชื่อในความสามารถตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นการรับรู้และการรายงานการปฏิบัติที่ผ่านมาใน 1 สัปดาห์ของตนเอง ที่อาจมีความคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ส่งผลให้กลุ่มควบคุมมีคะแนนเพิ่มขึ้นหลังการทดลองด้วย นอกจากนี้พฤติกรรมการบริโภคอาหาร เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุและครอบครัวระบุในการสนทนากลุ่มว่าปรับเปลี่ยนได้ยาก ถึงแม้กลุ่มทดลองจะมีการเรียนรู้เรื่องอาหารและวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคของตนเอง แต่อาจต้องใช้ระยะเวลาในการปรับพฤติกรรมและควบคุมตนเองจนกระทั่งเป็นพฤติกรรมใหม่ จึงทำให้ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม อย่างไรก็ตามการที่พบว่ากลุ่มควบคุมมีกิจกรรมทางกายในรูปแบบการทำงานระดับปานกลางและหนักภายหลังการทดลองเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเกิดจากกลุ่มทดลองมีการเรียนรู้ถึงความจำเป็นในการดูแลตนเอง จึงลดระยะเวลาในการทำงานที่ใช้กิจกรรมทางกายที่หนักและหาเวลาพักผ่อนจากการทำงานและหันมาออกกำลังกายในยามว่างเพิ่มขึ้น รวมทั้งเพิ่มการเดินหรือขี่จักรยานในการเดินทางมากขึ้น ซึ่งเป็นรูปแบบการมีกิจกรรมทางกายที่พึงประสงค์สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพราะไม่สร้างความเครียดเหมือนกิจกรรมทางกายในรูปแบบการทำงาน

2.2.2 สมรรถนะทางกาย

การเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม พบว่า หลังการทดลองในกลุ่มทดลอง มีสมรรถนะทางกายดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 5 ด้าน จาก 7 ด้าน คือ ด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนล่างและของกล้ามเนื้อส่วนบน ความอดทนด้านแอโรบิก ความอ่อนตัวส่วนล่าง และความว่องไวและการทรงตัว ส่วนด้านความอ่อนตัวส่วนบนข้างซ้ายไม่แตกต่าง และข้างขวามีค่าเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 จำนวน 5 ด้าน จาก 7 ด้าน เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดีกว่าหรือเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 5 ด้านใน 7 ด้าน คือ ด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนบน ความอดทนด้านแอโรบิก ความอ่อนตัวส่วนล่าง ความอ่อนตัวส่วนบนข้างซ้าย และความว่องไวและการทรงตัว ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 จำนวน 5 ใน 7 ด้าน เนื่องมาจากโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ มีการจัดการเรียนรู้ให้แก่กลุ่มทดลองในเรื่องระดับความเสี่ยงจากผลการตรวจสุขภาพของแต่ละคน และความสำคัญของการมีกิจกรรมทางกายต่อการลดความเสี่ยง โดยเน้นการสาธิตและฝึกปฏิบัติกิจกรรมทางกายที่ทำได้ง่ายๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น การแกว่งแขน กายบริหารท่าต่างๆ การเดิน และให้แต่ละบุคคลเลือกและวางแผนการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับตน โดยส่งเสริมให้มีการรวมกลุ่มย่อย 5 คน ที่อยู่ในชุมชนเดียวกันและบ้านใกล้กัน เพื่อให้ชักชวนกันออกกำลังกายเป็นประจำ มีการเสริมแรงโดยให้รางวัลกับบุคคลและกลุ่มย่อยที่ลดน้ำหนักได้ดีในแต่ละเดือน และให้บุคคลที่มีผลลัพธ์สุขภาพดีเล่าประสบการณ์และปัจจัยความสำเร็จของการออกกำลังกายให้กลุ่มฟัง โดยพบว่าหลังการทดลองระดับการมีกิจกรรมทางกายของกลุ่มทดลองในการเดินทางด้านการเดินหรือขี่จักรยาน และกิจกรรมทางกายในยามว่าง เช่น การเล่นกีฬา ออกกำลังกาย กิจกรรม

น้ำหนักการในระดับปานกลางและหนักมีค่าเฉลี่ยนาที่ต่อวันเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม ถึงแม้จะไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการที่กลุ่มทดลองมีกิจกรรมทางกายที่เพิ่มขึ้น ต่อเนื่อง 3 เดือน ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีสมรรถนะทางกายดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุม จาก 5 ใน 7 ด้าน สอดคล้องกับงานวิจัยของกนิษฐ์ ไ้วศิริ (2559) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกาย ต่อเนื่องแบบฤๅษีตัดตนมีสมรรถนะทางกายเพิ่มขึ้นในด้านความอ่อนตัวส่วนบน และมีความอดทน ด้านแอโรบิกเพิ่มขึ้นดีกว่ากลุ่มควบคุม การที่สมรรถนะทางกายด้านความอ่อนตัวส่วนบนข้างซ้าย และข้างขวาของกลุ่มทดลองที่ไม่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และความแข็งแรงกล้ามเนื้อส่วนล่าง กับความอ่อนตัวส่วนบนข้างขวาที่ไม่ได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม อาจเนื่องจากการให้กลุ่มทดลองที่เข้าร่วม โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพเลือกกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมและมีโอกาสทำได้จริง โดยให้กำกับ ตนเองและกระตุ้นโดยกลุ่ม ซึ่งต่างกับการศึกษาของ กนิษฐ์ ไ้วศิริ (2559) ที่ผู้วิจัยไปนำการออก กายแบบฤๅษีตัดตนเป็นกลุ่มให้กับกลุ่มทดลองเป็นประจำ ซึ่งสามารถกำกับกลุ่มตัวอย่างให้ฝึก ทำทางฤๅษีตัดตนจึงมีผลต่อความอ่อนตัวส่วนบนได้ดีกว่า

2.2.3 ดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว

ผลการวิจัย ไม่พบการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของดัชนีมวลกายหลัง การทดลองทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และไม่พบการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 และ 2 ซึ่งไม่ สอดคล้องกับผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของกนิษฐ์ ไ้วศิริ (2559) ทั้งนี้อาจ เนื่องมาจากผู้สูงอายุมีอุปสรรคในเรื่องความชอบและความเคยชินต่อการบริโภคอาหารที่มีแป้ง น้ำตาล ที่ยากต่อการปรับเปลี่ยน ร่วมกับการมีกิจกรรมทางกายเป็นแบบเบาถึงปานกลาง เช่น การ แกว่งแขน การบริหารร่างกาย การเดิน ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้ไปนำและกำกับการออกกำลังกายเป็นประจำ เช่นเดียวกับงานวิจัยอื่น ทำให้ไม่สามารถส่งผลต่อการลดน้ำหนักและทำให้ค่าดัชนีมวลกายลดลง อย่างชัดเจนในระยะเวลา 3 เดือน

สำหรับการเปรียบเทียบเส้นรอบเอวก่อนและหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย เส้นรอบเอวลดลงเล็กน้อย ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่มีไม่ นัยสำคัญทางสถิติ เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมี ค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.044) อาจเนื่องมาจากการ ที่กลุ่มทดลองมีกิจกรรมทางกายเป็นแบบเบาถึงปานกลางมากขึ้น เช่น การแกว่งแขน การ บริหารร่างกาย การเดิน ทำให้มีเส้นรอบเอวลดลงในบางคน ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีเส้นรอบเอว เพิ่มขึ้น จึงพบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม

2.2.4 ระดับความดันโลหิต

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากการทดลองความดันโลหิตตัวบนในกลุ่มทดลองไม่ได้ดีกว่าก่อน การทดลอง ส่วนความดันโลหิตตัวล่างในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไป

ตามสมมติฐานข้อที่ 1 ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าความดันโลหิตตัวบนและความดันโลหิตตัวล่างหลังการทดลองเพิ่มขึ้นหรือแย้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อทดสอบค่าความแตกต่างของความดันโลหิตหลังการทดลองระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตตัวบนที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ค่าความดันโลหิตตัวล่างของกลุ่มทดลองไม่ได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 อาจเนื่องจากกลุ่มทดลองมีการควบคุมอาหาร โดยเฉพาะอาหารไขมันและอาหารเค็ม ร่วมกับการมีกิจกรรมทางกายในระดับเบาถึงปานกลาง และการจัดการความเครียดได้ดีทำให้ความดันโลหิตตัวบนลดลง ดีกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อนุเรือง (Anurung, 2015) แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าความดันโลหิตตัวล่างไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในกลุ่มทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ (Suwankruhasn et al., 2013) แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อนุเรือง (Anurung, 2015)

2.2.5 ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารและน้ำตาลในเลือดสะสม

ผลการวิจัยพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารและน้ำตาลในเลือดสะสมหลังการทดลองลดลงทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 แต่ไม่พบว่ากลุ่มทดลองมีการลดลงที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ผลการวิจัยไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของดวงสมร นิลตานนท์ และจุฬารัตน์ โสตะ (2553) และของพินา เพอร์เซลล์ และคณะ (Pena-Purcell et al., 2011) ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลลดลงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้อาจเนื่องจากผลการตรวจเลือดในครั้งแรกรสร้างความตระหนักให้ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้มีการควบคุมระดับน้ำตาลมากขึ้น ส่งผลให้ระดับน้ำตาลลดลงทั้งสองกลุ่ม โดยในวันเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมได้มีกิจกรรมให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพซึ่งเป็นกิจกรรมปกติที่กลุ่มผู้สูงอายุจัดให้สมาชิกเมื่อมาพบปะกันเดือนละครั้ง

2.2.6 ระดับไขมันในเลือด

ผลการวิจัยพบว่าระดับไขมันในเลือดในกลุ่มทดลองดีขึ้นภายหลังการทดลองในด้านไขมันโคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ แอลดีแอล ยกเว้น เอชดีแอล ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีไตรกลีเซอไรด์เพิ่มขึ้น และเอชดีแอลลดลงหลังการทดลอง การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีไขมันไตรกลีเซอไรด์และเอชดีแอลที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณครุหาสน์และคณะ (Suwankruhasn et al., 2013) ในประเด็นที่พบการดีขึ้นของไขมันเอชดีแอลหลังการทดลอง 6 เดือน และไม่สอดคล้องในประเด็นที่การศึกษาดังกล่าวไม่พบผลที่ดีขึ้นของระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ การที่ระดับไขมันในกลุ่มทดลองดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมเป็นผลจากโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่มีการให้ผู้สูงอายุวิเคราะห์พฤติกรรมกรการบริโภคของตน ซึ่งพบว่าชอบบริโภคกาแฟหรืออินวัน ของหวาน มีการเรียนรู้เรื่องพลังงานและไขมันในอาหาร และทางเลือกในการบริโภคอาหารสุขภาพ ซึ่งพบว่าการลด

อาหารมัน ร่วมกับการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ลดลง และเอชดีแอลเพิ่มขึ้นและดีกว่ากลุ่มควบคุม

2.2.7 สุขภาพจิต

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนสุขภาพจิตดีขึ้นภายหลังการทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 และ 2 ทั้งนี้ข้อมูลทั่วไปพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร้อยละ 10 ของทั้งสองกลุ่มที่อยู่ตามลำพังคนเดียว และร้อยละ 32.5 และ 54.5 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ต้องดูแลตนเองเป็นหลัก ร่วมกับวัยสูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกาย จิต สังคม เศรษฐกิจ เมื่อเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จึงมีโอกาสที่จะมีความเครียดสูง การเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วม ทำให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมองเห็นคุณค่าของตนเอง สร้างความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะดูแลสุขภาพตนเอง มีกิจกรรม เกมที่สนุก มีการสร้างเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อน มีการพัฒนาทักษะและส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายและการจัดการความเครียด การมาทำกิจกรรมเรียนรู้เดือนละครั้งทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้สูงอายุคนอื่นๆ มีการส่งเสริมให้มีกลุ่มย่อย 5 คน คอยกระตุ้นให้สมาชิกมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองมีกิจกรรมทางกายในยามว่างและมีการเดินและขี่จักรยานในการเดินทางเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นหลังการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ (Chai et al., 2018) ที่พบว่ากลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงดีกว่ากลุ่มควบคุม

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 ผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ให้ผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชน ผู้ให้บริการสุขภาพ และเทศบาล เข้ามามีส่วนร่วมในการสะท้อนปัญหาและความต้องการ และร่วมออกแบบการบริหารจัดการและดำเนินงานโครงการ ทำให้ทุกฝ่ายเกิดความตระหนักและให้ความร่วมมือ ดังนั้นหากจะมีการขยายผลไปดำเนินการในพื้นที่อื่นๆ จำเป็นต้องให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ดังกล่าวได้มีส่วนร่วม เพื่อปรับโปรแกรมให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของแต่ละพื้นที่อย่างแท้จริง

3.1.2 การออกแบบโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของตน โดยเจ้าหน้าที่ไม่ได้ตามกำกับ การปฏิบัติ จำเป็นต้องส่งเสริมให้เกิดการรวมตัวและการกระตุ้นโดยคนในชุมชน และมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อพฤติกรรมสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้นำชุมชน ควรมีการจัดให้มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรม เช่น จัดให้มีสถานที่ที่ร่มรื่นและปลอดภัยที่เหมาะสมแก่การออกกำลังกาย มีกลุ่มออกกำลังกายที่หลากหลายในชุมชนเพื่อเป็นทางเลือกให้กับผู้สูงอายุ

3.1.3 ข้อมูลทั่วไปพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร้อยละ 10 ที่อยู่ตามลำพังคนเดียว ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพด้วยมีโรคประจำตัวและความเสื่อมตามวัย ดังนั้นศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาล และชุมชน จำเป็นต้องวางแผนร่วมกันในการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้สามารถดูแลตนเองได้โดยใช้ศักยภาพที่มีอยู่ รวมทั้งสร้างเครือข่ายชุมชนที่จะช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้ เช่น มี อสม. ไปเยี่ยมบ้านให้การดูแลอย่างสม่ำเสมอ มีพื้นที่และกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพและคุณภาพชีวิต ที่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้สามารถเข้าถึงได้

3.1.4 พบว่าการนัดหมายให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมาเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพเดือนละครั้ง เต็มวัน 1 ครั้งและครึ่งวัน 3 ครั้ง รวม 4 ครั้ง อาจทำให้ผู้สูงอายุบางรายไม่สะดวกในการเดินทางมาเข้าร่วมกิจกรรม หากมีการออกแบบโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพบูรณาการไปกับบริการรักษาพยาบาล โดยสนับสนุนให้ผู้ป่วยรายใหม่ทุกรายหรือผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตไม่ได้ เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ 3-4 ครั้ง โดยนัดให้ตรงกับการมาตรวจและรับยาเดือนละครั้ง และควรให้ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยมาร่วมเรียนรู้ เนื่องจากในกลุ่มทดลองร้อยละ 45 มีบุตรเป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งหากผู้ดูแลมีความรู้และทักษะ รวมถึงเข้าใจความเสี่ยงทางพันธุกรรมของตนเองที่จะป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมากกว่าครอบครัวทั่วไป จะส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมในครอบครัวที่เหมาะสม ส่งผลต่อสุขภาพที่ดีของทั้งผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว

3.1.5 พบว่าพฤติกรรมการบริโภคเป็นปัญหาสำคัญผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะการชอบดื่มเครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาล การบริโภคผักและผลไม้ที่ไม่หวานในปริมาณน้อย อาจเนื่องจากนิสัยและความเคยชิน ร่วมกับอาจมีปัญหาเรื่องฟันในการบดเคี้ยวอาหาร และผักผลไม้มีราคาแพง ดังนั้นการจัดการเรียนรู้ที่จะสร้างแรงจูงใจให้ปรับเปลี่ยนนิสัยการบริโภคแบบเดิม จำเป็นต้องมีการให้คำปรึกษาในการแก้ไขปัญหาลดอุปสรรคและให้มองเห็นทางเลือกที่เป็นไปได้ในการปฏิบัติ ซึ่งจะช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคได้ดียิ่งขึ้น

3.1.6 ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้ความสนใจกับเนื้อหาเรื่องยาและสมุนไพรต่างๆ ในการรักษาโรค อาจเนื่องจากในปัจจุบันมีการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร หรือสมุนไพรต่างๆ ที่อวดอ้างสรรพคุณในการรักษาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จึงควรเพิ่มเวลาในหัวข้อดังกล่าว และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุซักถามและการตอบข้อซักถามดังกล่าว โดยวิทยากรบรรยายเรื่องยาเป็นเภสัชกรจากโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าซึ่งมีความรอบรู้ทั้งยาแผนปัจจุบัน แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ทำให้สามารถตอบคำถามและอธิบายได้ชัดเจน ดังนั้นการเชิญวิทยากรต้องคำนึงความเชี่ยวชาญในเรื่องที่เกี่ยวข้องด้วย

3.1.7 พบว่ามีผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 26 ระบุไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับวิธีปฏิบัติตัวก่อนเข้าโครงการ และเคยได้รับการเยี่ยมบ้านในรอบ 1 ปี ร้อยละ 38 เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุหรือชมรมผู้ป่วยร้อยละ 55 และเคยเข้าร่วมกิจกรรมชมรมฯ เพียงร้อยละ 26

ในขณะที่แนวโน้มผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้น และมักพบโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในวัยสูงอายุ ดังนั้นจึงควรสนับสนุนให้แต่ละชุมชนมีชมรมผู้สูงอายุ และหากลวิธีกระตุ้นให้สมาชิกเข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ มีการตรวจสุขภาพคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคเป็นระยะ เมื่อพบความเสี่ยง ควรจัดโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดความเสี่ยง และป้องกันการเกิดโรค ซึ่งเทศบาลมีกองทุนหลักประกันสุขภาพในเขตพื้นที่ที่สามารถจัดสรรงบประมาณสนับสนุน โดยเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขควรเป็นพี่เลี้ยงแก่แกนนำผู้สูงอายุในการจัดทำโครงการและดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้แก่สมาชิกชมรมผู้สูงอายุในชุมชน

3.1.8 การขยายผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไปใช้ในพื้นที่อื่น ควรมีการพัฒนาศักยภาพของทีมนิสิตวิชาชีพของศูนย์บริการสาธารณสุข ในด้านทักษะการจัดกิจกรรมกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่เน้นการเสริมพลัง เพื่อให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมั่นใจ

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เพื่อป้องกันการป่วยเป็นโรค

3.2.3 ศึกษาศักยภาพและความพร้อมของบุคลากรสาธารณสุขในการจัดโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิให้แก่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

3.2.3 การวิจัยและพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนเขตเมือง



บรรณานุกรม

- กนิษฐ์ ไ้วศิริ. (2559). การวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: รายงานการวิจัย. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย. (2552). การทดสอบความพร้อมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- โกวิทย์ พวงงาม. (2553). ธรรมชาติบำบัดท้องถิ่น: ว่าด้วยการมีส่วนร่วมและความโปร่งใส. กรุงเทพฯ: มิสเตอร์ก๊อปปี.
- ขวัญดาว กล้ารัตน์. (2554). ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศิลปากร).
- ศิษฐา อ่อนแก้ว. (2554). การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองวัดไชยทิศและตากสินสัมพันธ์กรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์).
- จารึก เพ็ชรคง. (2550). การดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนของเทศบาลในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).
- จีรวรรณ หัสโรต และคณะ. (2542). ประชาคมสุขภาพตำบล กรณีศึกษา ตำบลดอนหวาน อำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม. ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น.
- ดวงสมร นิลदानนท์ และจุฬารัตน์ โสตะ. (2553). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนและกระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิจัย มช. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 10(3), 51-60.
- ถนอมวงศ์ กฤษณ์เพ็ชร. (บ.ก.). (2555). สรีรวิทยาการออกกำลังกาย. นนทบุรี: บริษัทตรีณสาร จำกัด.
- เทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี และคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. (2558). โครงการพัฒนาระบบสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมในเขตเทศบาลนครนนทบุรี การวิจัยในโครงการระยะที่ 2 เรื่องการประเมินสัมฤทธิผลศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เทศบาลนครนนทบุรี: รายงานการวิจัย. นนทบุรี: เทศบาลนครนนทบุรี.
- เทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี และคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. (2559). โครงการพัฒนาระบบสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมในเขตเทศบาลนครนนทบุรี การวิจัยในโครงการระยะที่ 3 เรื่องแนวทางการพัฒนาระบบสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมในเขตเทศบาลนครนนทบุรี: รายงานการวิจัย. นนทบุรี: เทศบาลนครนนทบุรี.

- เทศบาลนครนนทบุรี. (2561). สภาพทั่วไปและข้อมูลพื้นฐาน. สืบค้นจากจาก <http://nakornont.go.th>.
วันที่ 25 กรกฎาคม 2561.
- นิตยา เพ็ญศิริรักษา. (2557ก). หน่วยที่ 3 การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการทำงานชุมชนด้าน
สาธารณสุข ใน เอกสารการสนชดวิชาการทำงานชุมชนด้านสาธารณสุข. สาขาวิชา
วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี.
- นิตยา เพ็ญศิริรักษา. (2557ข). การเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด:
แนวคิดและการปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: จรัสสินทวงศ์การพิมพ์.
- นิตยา เพ็ญศิริรักษา. (2558). โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก ภายใต้
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เขตกรุงเทพมหานคร ใน เอกสารประชุมวิชาการการสร้าง
เสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรุงเทพมหานคร ครั้งที่
4 วันที่ 21 สิงหาคม 2558 ณ เมืองทองธานี.
- นิตยา เพ็ญศิริรักษา และปิยวัฒน์ เกตุวงศา. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองอย่างยั่งยืนของ
ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในกรุงเทพมหานคร ใน เอกสารการประชุมมอบนโยบายและทิศ
ทางการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และข้อเสนอเชิงนโยบายจากงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.
วันที่ 19 ธันวาคม 2559 ณ โรงแรมริชมอนด์.
- ผุสดี ด่านกุล, พชรพร สุวิชาเชิดชู และนิภาวรรณ ทองเป็นใหญ่. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย
ส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรม การดูแลตนเอง ปัจจัยด้านการสนับสนุนกับการควบคุม
ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการ
ปฐมภูมิเครือข่ายเมืองย่า 5. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา, 17(2),
27-38.
- แผนงานเครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ. (2559). แผนปฏิบัติการเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ
ระดับโลก พ.ศ.2556-2563. นนทบุรี: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สันสวย.
- แผนงานเครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ. (2559). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อระดับโลก พ.ศ.2553.
นนทบุรี: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด.
- พิศมัย อรทัย และศรีสมร ภูมณสกุล. (2556). การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบและการประมาณค่าขนาด
ตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- มณี รัตนไชยานนท์. (2548). สตรีวัยทอง. ภาควิชาสูติเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล. *Siriraj Med J*, 57(8), 351-358.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. (2559) โครงการถอดบทเรียนเพื่อหา Best Practice
ของการทำงานด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ใน เอกสารการประชุมมอบนโยบายและทิศทางการ
ดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และข้อเสนอเชิงนโยบายจากงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. วันที่ 19
ธันวาคม 2559 ณ โรงแรมริชมอนด์.

- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2560). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2559*. ปราโมทย์ ประสาทกุล (บรรณาธิการ). นครปฐม: บริษัท พรินเทอริ จำกัด.
- ยุวดี รอดจากภัย, สมพล กิตติเรืองเกียรติ และประสิทธิ์ กมลพรมงคล. (2555). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 7 (2), 117-132.
- รัตนภรณ์ จีระวัฒน์ และคณะ บรรณาธิการ. (2559). *แนวปฏิบัติการทำกิจกรรมกลุ่มเบาหวาน เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเบาหวาน รายบุคคล*. โครงการให้ความรู้เบาหวานแบบกลุ่ม คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี.
- ศรุดา ศรีสว่าง. (2558). แนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดกิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุ ตำบลหลักหก อําเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี. ใน *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการและนำเสนอผลการวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 6*. น.418-427.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2552). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2*. นนทบุรี: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็ม จำกัด.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2559). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557*. วิจัย เอกพลากร. (บก.). นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิเคแอนด์ ดีไซน์.
- สุนันทา คุ่มเพชร. (2545). *อิทธิพลของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง การมีส่วนร่วมในชุมชน และความต้องการบริการสวัสดิการสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุในอำเภอเมืองระนอง จังหวัดระนอง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยศิลปากร).
- สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. (2555). ยุทธศาสตร์สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559. เข้าถึงข้อมูลได้จาก www.nrct.go.th/.../NRCT-Strategy55-59_update1.pdf, 12 พฤศจิกายน 2556.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี (2555) *สรุปสาระสำคัญแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สิบเอ็ด พ.ศ. 2555-2559*.
- สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย และแผนงานเครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ. (2559) *การประชุมมอบนโยบายและทิศทางการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและข้อเสนอเชิงนโยบาย จากงานวิจัยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. วันที่ 19 ธันวาคม 2559 ณ โรงแรมริชมอนด์ สโตร์ริช คอนเวนชัน จังหวัดนนทบุรี.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2561). ระบบการบริหารจัดการ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่. สืบค้นจากจาก <http://obt.nhso.go.th/obt/about?id=3>. วันที่ 22 กรกฎาคม 2561.

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี. (2561). ข้อมูลทั่วไปและสถานะสุขภาพ. สืบค้นจากจาก http://203.157.109.15/nont/file_upload/blocks/HealthData2561.pdf. วันที่ 22 กรกฎาคม 2561.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาล องค์การทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สำหรับสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- อรทัย ก๊กผล. (2546). การมีส่วนร่วมของประชาชน ใน *คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชน*. มุลินธิ ปริญาโทนักบริหารรัฐกิจ. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: หน้า 2-1 ถึง 2-16.
- อรรณณ แพนดง และสุนทรีย์ คำเพ็ง. (2553). ผลของการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐานต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ. *Rama Nurs J*, 16(1), 1-13.
- อมรรัตน์ ภิรมย์ชม และอนงค์ หาญสกุล. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในอำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น*, 19(1), 1-10.
- อภิชัย มงคล, ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, ทวี ตั้งเสรี, วัชณี หัตถพนม, ไพรวลัย ร่มซ้าย และอรรณณ จุฑา. (2552). *การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007): รายงานการวิจัย*. กรมสุขภาพจิต. กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- Al-Khawaldeh, OA., Al-Hassan, MA., & Froelicher, ES. (2012). Self-efficacy, self-management, and glycemic control in adults with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 26, 10-16.
- Anruang, S. (2015). Community-based intervention to improve hypertension management in Thailand. Dissertation of Doctor of Philosophy. (Doctoral Dissertation, University OF Technology Sydney).
- Armstrong, T & Bull, F. (2006). Development of the World Health Organization Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ). *Journal of Public Health*, 14 (2), 66-70.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy Theory: toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.

- Bandura, A. (1982). Self-Efficacy Mechanism in Human Agency. *American Psychologist*, 37(2), 122–147.
- Chai, S., Yao, B., Xu, L., Wang, D., Sun, J., Yuan, N., Zhang, X. & Ji, L. (2018). The effect of diabetes self-management education on psychological status and blood glucose in newly diagnosed patients with diabetes. *Patient Education and Counseling*, (Article in press).
- Duncan, I., Birkmeyer, C., Coughlin, S., Li, Q.E., Sherr, D. & Boren, S. (2009). Assessing the value of diabetes education. *The Diabetes Educator*, 35(5), 752–60.
- Funnell, M.M. & Anderson, R.M. (2003). Patient empowerment: a look back, a look ahead. *The Diabetes Educator*, 29(3), 254–464.
- Funnell, M.M., Nwankwo, R., Gillard, M.L., Anderson, R.M. & Tang, T.S. (2005). Implementing and Empowerment-Based Diabetes Self-Management Education Program. *The Diabetes Educator*, 31(1), 53–61.
- Green, L.W. & Kreuter, M.W. (1991). *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach* (2nd ed.). Toronto: Mayfield Publishing Company.
- Lata, H. & Alia, L.W. (2007). Ageing: Physiological Aspects. *JK science*, 9(3), 111–115.
- Minet, L.R., Lonvig, E., Henriksen, J.E., & Wagner, L. (2011). The experience of living with diabetes following a self-management program based on motivational interviewing. *Qualitative Health Research*, 21(8), 115–1126.
- Pena-Purcell, N.C., Boggess, M.M., & Jimenez, N. (2011) An empowerment-based diabetes self-management education program for Hispanic/Latinos: a quasi-experimental pilot study. *The Diabetes Educator*. 37(6): 770–9.
- Pender, N.J., Murdaugh, G.L., & Parsons, M.A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (5thed). New Jersey: Parson Education, Inc.
- Ronald, H,A. (2003). The Evolving Role of Senior Centers In The 21st Century. Retrieved from http://www.indiana.edu/~leisure/module2/unit3_LA2/readings/Aday-Role%20of%20Sr%20Ctrs.pdf.
- Sharma, G. & Goodwin, J. (2006). Effect of aging on respiratory system physiology and immunology. *Clinical intervention in aging*, 1(3), 253–260.
- Schinckus, L., Van den Broucke, S., Housiaux, M. & Diabetes Literacy Consortium. (2014). Assessment of implementation fidelity in diabetes self-management education programs: A systematic review. *Patient Education and Counseling*. 96(1), 13–21.

Suwankruhasn, N., Pothiban, L., Panuthai, S. & Boonchuang, P. (2013). Effects of a Self-management Support Program for Thai People Diagnosed with Metabolic Syndrome. *Pacific Rim Int J Nurs Res*, 17(4), 371–383.

WHO, (1986). *Health Promotion: A Discussion Document on the Concept and Principles*. Ottawa: WHO.

WHO. (1991). *Community Involvement in Health Development: Challenging Health Services*. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2002). *Active Ageing a Policy Framework*. A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing. Madrid, Spain, April 2002.



ภาคผนวก ก
เครื่องมือในการวิจัย

1. ประเด็นการสนทนากลุ่มศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน เพื่อพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม
2. แบบสอบถามเก็บข้อมูลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
3. โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่เทศบาลนครนนทบุรี
4. สมุดบันทึกสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง



ประเด็นการสนทนากลุ่ม

ศึกษาศถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน เพื่อพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

1. สถานการณ์ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในเทศบาลนครนนทบุรี และในพื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบหรืออยู่อาศัย ด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต พฤติกรรมการดูแลตนเอง การดูแลจากคนในครอบครัวและชุมชน
2. บริการส่งเสริมสุขภาพและการรักษาพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน
 - มีอะไรบ้าง โดยใคร/หน่วยงานใด รูปแบบเป็นอย่างไร
 - ปัญหาอุปสรรคที่พบ
 - แนวทางการแก้ไข หรือสิ่งที่ต้องการเพิ่มเติม
3. การมีส่วนร่วมของชุมชน กับเครือข่ายบริการสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ที่ผ่านมาเป็นอย่างไร ใครมีบทบาทสำคัญ แนวทางการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น รูปแบบที่ต้องการและเป็นไปได้
4. รูปแบบและเนื้อหากิจกรรมในโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่ต้องการ
5. ระยะเวลาการจัดกิจกรรมและสถานที่ที่เหมาะสมกับกิจกรรม และสะดวกกับกลุ่มเป้าหมาย
6. แนวทางการหากกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมโครงการ และวิธีการจูงใจให้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม
7. การให้กลุ่มควบคุมได้มีโอกาสเข้าร่วมโปรแกรมในระยะต่อไป
8. ข้อสังเกต หรือข้อควรระวังอื่นๆ

แบบสอบถามเก็บข้อมูลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับข้อมูลของผู้สูงอายุ หรือเติมข้อมูลลงในช่องว่าง

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. ปัจจุบันท่านมีอายุ ปีเต็ม
3. สถานภาพสมรส
 - 1. โสด 2. คู่ 3. หม้าย 4. หย่าร้าง/แยกกันอยู่
4. การศึกษาสูงสุด 1. ไม่ได้เรียน 2. ประถมศึกษา 3. มัธยมศึกษา/ปวช.
 - 4. อนุปริญญา/ปวส. 5.ปริญญาตรีหรือสูงกว่า
5. อาชีพ 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน 2. ข้าราชการบำนาญ 3. ทำงานบริษัทเอกชน/โรงงาน
 - 4. ค้าขาย/ประกอบอาชีพส่วนตัว 5. รับจ้างทั่วไป 6. อื่นๆ ระบุ.....
6. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย.....บาท ต่อเดือน (รวมรายได้ของสมาชิกทุกคน)
7. สถานะเศรษฐกิจของครอบครัวท่าน
 - 1. รายได้น้อยกว่ารายจ่าย และเป็นหนี้
 - 2. รายได้พอๆ กับรายจ่าย ไม่มีเงินเหลือเก็บ
 - 3. รายได้มากกว่า กับรายจ่าย มีเงินเหลือเก็บ
8. ปัจจุบัน ท่านมีโรคประจำตัวที่แพทย์วินิจฉัยอะไรบ้าง ให้ทำเครื่องหมาย✓ ลงในช่องตรงกับโรคเรื้อรังที่แพทย์วินิจฉัยพบว่าป่วย หรือไม่พบ **กรณีพบว่าป่วย ให้ระบุจำนวนปีเป็นตัวเลขจำนวนปีเต็ม นับตั้งแต่วันที่แพทย์ตรวจพบจนถึงปัจจุบัน หากจำระยะเวลาไม่ได้หรือไม่ทราบให้ทำเครื่องหมาย✓ ลงในช่องจำไม่ได้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)**

โรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรัง	การป่วย		จำนวนปีที่ตรวจพบนับถึงปัจจุบัน	
	ไม่พบ (0)	พบ (1)	ปี	จำไม่ได้ /ไม่ทราบ (99)
1. เบาหวาน				
2. ความดันโลหิตสูง				

9. ท่านรักษาโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูงที่ไหน
 - 1. ศูนย์บริการสาธารณสุขที่.....
 - 2. โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
 - 3. อื่นๆ (ระบุ).....
10. ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา ท่านไปรับการตรวจรักษารักษาโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูงตามแพทย์นัดบ่อยเพียงใด 1. ไม่ไปเลย 2. ไปบ้างผิดนัดบ้าง 3. ไปตามนัดประจำ

11. ท่านเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวในการรักษาโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูงจากศูนย์บริการสาธารณสุข หรือโรงพยาบาลที่ท่านไปรับการรักษา
1. ไม่เคยได้รับ
2. เคยได้รับ ระบุจำนวนครั้งที่ได้รับในรอบปีที่ผ่านมา.....ครั้ง ซึ่งเคยได้รับความรู้ในเรื่อง
- 2.1 การออกกำลังกาย
 - 2.2 การบริโภคอาหาร
 - 2.3 การจัดการอารมณ์ ความเครียด
 - 2.4 อื่นๆ ระบุ.....
12. ท่านเคยได้การเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวในการรักษาโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูง
1. ไม่เคยได้รับ 2. เคยได้รับ ระบุจำนวนครั้งที่ได้รับในรอบปีที่ผ่านมา.....ครั้ง
13. คนในครอบครัวที่ท่านอาศัยอยู่ด้วย
- 1. อยู่ตามลำพังคนเดียว
 - 2. อยู่กับสามีหรือภรรยา เพียง 2 คน
 - 3. อยู่กับสามีหรือภรรยา และลูก หลาน รวม.....คน
 - 4. อื่นๆ ระบุ.....รวม.....คน
14. บุคคลหลัก ที่ทำหน้าที่ช่วยดูแลเรื่องสุขภาพให้ท่าน
- 1. ไม่มี ท่านดูแลตนเองอย่างเดียว
 - 2. สามี หรือภรรยา
 - 3. บุตร..... (ระบุ ชาย หรือ หญิง)
 - 4. ลูกสะใภ้ หรือลูกเขย
 - 5. อื่นๆ ระบุ.....
15. การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ หรือชมรมผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง
1. ไม่เป็นสมาชิก 2. เป็นสมาชิก (ระบุ) ชมรม.....
16. การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ หรือชมรมผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง
- ในรอบปีที่ผ่านมาได้เข้าร่วมกิจกรรมบ่อยเพียงใด
- 1. ไม่เคยเลย
 - 2. เคยเข้าร่วมบ้าง ระบุจำนวน.....ครั้ง
 - 3. เข้าร่วมทุกครั้ง ระบุจำนวน.....ครั้ง

ตอนที่ 2 ความเชื่อมั่นของท่านที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่อไปนี้

โปรดอ่านข้อความ แล้ว **O** รอบตัวเลขที่ตรงกับระดับความเชื่อมั่น/มั่นใจของท่าน ณ ปัจจุบัน ต่อการที่ท่าน จะทำกิจกรรมดังกล่าวได้เป็นประจำหรืออย่างสม่ำเสมอ มากน้อยเพียงใด (1 หมายถึงทำไม่ได้เลย 10 หมายถึงทำ ได้แน่นอน)

ข้อความ	ความมั่นใจของท่านที่จะปฏิบัติ		
1. ถึงแม้ว่าท่านจะต้องเตรียมอาหารให้ผู้อื่น หรือหนึ่งกินอาหารร่วมกับผู้อื่น ท่านมั่นใจว่า จะสามารถควบคุมตนเองให้เลือกกินเฉพาะ อาหารที่เหมาะสมกับโรคได้ตามที่ตั้งใจไว้	ทำ ไม่ได้ เลย		ทำได้ แน่นอน
2. ถึงแม้ว่าท่านกำลังหิว ท่านมั่นใจว่าจะ สามารถเลือกกินเฉพาะอาหารที่เหมาะสม กับโรคได้	ทำ ไม่ได้ เลย		ทำได้ แน่นอน
3. ท่านมั่นใจว่าจะหลีกเลี่ยงการกินอาหาร และเครื่องดื่มที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ ถึงแม้ จะเป็นสิ่งที่ชอบก็ตาม	ทำ ไม่ได้ เลย		ทำได้ แน่นอน
4. ท่านรู้สึกมั่นใจที่จะกินอาหารให้ตรงตาม เวลาที่อาหาร โดยเฉพาะกินอาหารมื้อ เช้า เป็นประจำทุกวัน	ทำ ไม่ได้ เลย		ทำได้ แน่นอน
5. ท่านมั่นใจว่าจะสามารถเคลื่อนไหว/ออก แรง ต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาที ที่ทำให้ การหายใจและหัวใจเต้นเพิ่มขึ้น โดยทำ สะสมให้ได้อย่างน้อย 30 นาที ต่อวัน	ทำ ไม่ได้ เลย		ทำได้ แน่นอน
6. ท่านมั่นใจว่าจะสามารถทำกิจกรรม เคลื่อนไหว/ออกแรงในชีวิตประจำวัน แทน การนั่งอยู่กับที่หรือนอนเป็นเวลานานๆ	ทำ ไม่ได้ เลย		ทำได้ แน่นอน
7. ท่านมั่นใจว่าจะสามารถจัดการ ความเครียด หรือลดความวิตกกังวลจาก ปัญหาต่างๆ (เช่น ปัญหาสุขภาพ ครอบครัว หน้าที่การงาน) ที่พบในแต่ละ วันได้	ทำ ไม่ได้ เลย		ทำได้ แน่นอน
8. ท่านมั่นใจว่าจะสามารถกินยา หรือฉีดยา ใน แต่ละวัน ได้ตรงตามที่แพทย์สั่งการ รักษา	ทำ ไม่ได้ เลย		ทำได้ แน่นอน

ข้อความ	ความมั่นใจของท่านที่จะปฏิบัติ		
9. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถสังเกตและประเมินว่าอาการเจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปหรือสิ่งผิดปกติใดที่เกิดขึ้นที่ท่านจะต้องรีบไปพบแพทย์	ทำ ไม่ได้ เลย		ทำได้ แน่นอน
10. ท่านมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมน้ำหนักตัว หรือสัดส่วนร่างกายไม่ให้อ้วนได้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้	ทำ ไม่ได้ เลย		ทำได้ แน่นอน
11. หากท่านเป็นโรคความดันโลหิตสูง ท่านมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ เพื่อมิให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อสุขภาพ	ทำ ไม่ได้ เลย		ทำได้ แน่นอน
12. หากท่านป่วยเป็นโรคเบาหวาน ท่านมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เพื่อมิให้เกิดปัญหาโรคแทรกซ้อนตามมา	ทำ ไม่ได้ เลย		ทำได้ แน่นอน

ตอนที่ 3 การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหาร จัดการความเครียด การใช้ยา

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความถี่ของการปฏิบัติจริงของท่านในแต่ละข้อ ใน 1 อาทิตย์/สัปดาห์ที่ผ่านมา ที่เป็นสัปดาห์ปกติ

การปฏิบัติของท่าน	ความถี่ของการปฏิบัติใน 1 สัปดาห์			
	5-7 วัน	3-4 วัน	1-2 วัน	ไม่ทำเลย
1. ดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำหวาน น้ำอัดลม กาแฟเย็น น้ำผลไม้ผสมน้ำตาล กาแฟซองหรืออินวัน (3in1)				
2. กินผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทุเรียน ลำไย ลิ้นจี่ ขนุน เงาะ มะม่วงสุก				
3. กินขนมที่มีรสหวานจัด เช่น ขนมเชื่อมต่าง ๆ ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง				
4. กินผักและผลไม้รสไม่หวานชนิด (เช่น ฝรั่ง ส้ม ชมพู แคนตาลูป) รวมกันประมาณ 6 ทัพพี หรือครึ่งกิโลกรัมต่อวัน				
5. กินอาหารประเภททอด/ผัดในน้ำมันมาก ๆ เช่น ปาท่องโก๋ ก๊วยเตี๋ยว แก้วก๋วยเตี๋ยว หมูทอด แครบหมู ผัดซีอิ๊ว ผัดไทย หอยทอด				

การปฏิบัติของท่าน	ความถี่ของการปฏิบัติใน 1 สัปดาห์			
	5-7 วัน	3-4 วัน	1-2 วัน	ไม่ทำ เลย
6. กินอาหารไขมันสูง เช่น ไข่แดง แฮม ไส้กรอก กุนเชียง หมูยอ เครื่องใน สัตว์ ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ กุ้ง หอย ปลาหมึก				
7. กินอาหารหรือของหวานที่ปรุงด้วยกะทิ เช่นแกงกะทิ ต้มชาก้ ก๋วยเตี๋ยว				
8. กินอาหารที่ทำจากเนยหรือครีม เช่น คัสตาร์ด ไอศกรีม				
9. กินขนมขบเคี้ยวที่มีรสเค็ม เช่น มันฝรั่งทอด ถั่วทอด ผลไม้ดอง บัวย				
10. กินอาหารสำเร็จรูปหรืออาหารกระป๋อง เช่น มาม่า โจ๊กซอง ปลา กระป๋อง				
11. กินอาหารที่มีรสเค็มจัด หรืออาหารหมักดอง เช่น ปลาเค็ม ไข่เค็ม ผักกาดดอง เต้าหู้ยี้				
12. เติมเกลือหรือน้ำปลาทุกครั้งที่ยกอาหาร				
13. กินอาหารมือเช้า				
14. คิดวิตกกังวลในทุกๆ เรื่อง				
15. ทำกิจกรรมที่ช่วยสร้างความผ่อนคลาย เช่นสวดมนต์ ทำงานอดิเรก ร้อง เพลง เล่นสล็อต				
16. นอนหลับพักผ่อนเพียงพอ อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงต่อวัน (รู้สึกสดชื่นหลัง ตื่นนอน)				
17. ท่านกินยา (หรือฉีดยา) ในแต่ละวัน ตรงตามที่แพทย์สั่ง				
18. ปรับหรือลดยาเองตามอาการของโรคที่เปลี่ยนแปลง				
19. กินยาอื่นๆ นอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง เพื่อรักษาโรคที่เป็นอยู่				

ตอนที่ 4 กิจกรรมทางกาย

คำแนะนำการใช้แบบสอบถามกิจกรรมทางกาย
(Global Physical Activity Questionnaire: GPAQ)

ในการใช้แบบสอบถามนี้ ผู้สัมภาษณ์ต้องถามทุกคำถาม การถามหรือไม่ถามในบาง องค์ประกอบ จะทำให้ไม่สามารถคำนวณผลลัพธ์ได้ทุกองค์ประกอบได้ ดังนั้น ก่อนที่จะใช้ GPAQ เจ้าหน้าที่เก็บข้อมูลจะต้องทบทวนคำถามแต่ละตอน ข้อเสนอแนะและคำถามในแต่ละตอนจะช่วยให้ เจ้าหน้าที่สอบถามและบันทึกคำตอบได้อย่างถูกต้อง

ต่อไปนี้เป็น/ดิฉัน จะขอสอบถามเกี่ยวกับเวลาที่คุณใช้ทำกิจกรรมในการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังภายในสัปดาห์หนึ่งๆ ขอความกรุณาในการตอบคำถามต่อไปนี้ ถึงแม้ว่าคุณจะคิดว่าตัวคุณเอง จะไม่ค่อยได้เคลื่อนไหวในระดับกระแฉกก็ตามก่อนอื่นขอให้คิดถึงเวลาที่ใช้ในการทำงาน การทำงาน หมายถึง การทำงานทั้งที่ได้รับหรือไม่ได้รับผลตอบแทน การเรียน/การอบรม กิจกรรมการทำงาน บ้าน การเพาะปลูกและเก็บเกี่ยว การหาปลา/หาอาหาร การแสวงหางาน เป็นต้น (อาจเพิ่มเติม ตัวอย่างอื่น)

ในการตอบคำถามเกี่ยวกับความหนักหรือความแรงของกิจกรรมนั้น มีความหมาย ดังนี้

- กิจกรรมที่ต้องเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังระดับหนัก หมายถึง กิจกรรมที่ต้องใช้ พลังกำลังอย่างหนักจนทำให้หายใจแรง หรือหัวใจเต้นเร็วขึ้นมา
- กิจกรรมที่ต้องเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังระดับปานกลาง หมายถึง กิจกรรมที่ต้องใช้ พลังกำลังในระดับปานกลาง ทำให้หายใจเร็ว หรือหัวใจเต้นเร็วขึ้นจากปกติเล็กน้อย

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง และเติมค่าลงในช่องว่างให้สมบูรณ์ ตรงกับคำตอบของผู้ให้สัมภาษณ์

คำถาม	คำตอบ	รหัส
1) กิจกรรมในการทำงาน		
1. ทำงานออกแรง/ออกกำลังระดับหนัก ซึ่งทำให้หายใจแรงและเร็วกว่าปกติมากหรือหอบติดต่อกันเป็น ระยะเวลา อย่างน้อย 10 นาที เช่น การยกหรือแบกของหนักๆ การขุด ดิน งานก่อสร้าง เป็นต้น ใช่หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ ระบุวิธี..... ใช้เวลา <input type="text"/> : <input type="text"/> ชม : นาที จำนวนวัน..... วัน ต่อสัปดาห์	P1, P3, P1.1 P3 P2
2. ทำงานออกแรง/ออกกำลังระดับปานกลาง ซึ่งทำให้หายใจเร็วขึ้นพอควรไม่ถึงกับหอบติดต่อกันเป็น ระยะเวลาอย่างน้อย 10 นาที เช่น การก้าวเดินเร็วๆ หรือการยกถือของเบาๆ เป็นต้น ใช่หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ ระบุวิธี..... ใช้เวลา <input type="text"/> : <input type="text"/> ชม : นาที จำนวนวัน..... วัน ต่อสัปดาห์	P4 P4.1 P6 P5

2) กิจกรรมในการเดินทางจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง		
<p>คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามถึงกิจกรรมออกแรงออกกำลังกายในการประกอบอาชีพการงาน ที่กล่าวมาแล้วในตอนที่ผ่านมา อยากรู้อะไรเกี่ยวกับการเดินทางที่ทำโดยปกติในที่ต่างๆ เช่น การเดินทางไปทำงาน ไปตลาด ไปซื้อข้าว-ของไปวัด-โบสถ์ เป็นต้น [ให้ยกตัวอย่างกิจกรรมการเดินทางไป-กลับอื่นๆ]</p>		
3.	<p>ท่านเดินหรือถีบจักรยานจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง ติดต่อกันเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 10 นาที ใช้หรือไม่</p>	<p><input type="checkbox"/> ไม่ใช่</p> <p><input type="checkbox"/> ใช่ ระบุวิธี.....</p> <p>.....</p> <p>ใช้เวลา □□:□□ ชม : นาที</p> <p>จำนวนวัน..... วัน ต่อสัปดาห์</p>
		<p>P7</p> <p>P9</p> <p>P8</p>
3) กิจกรรมที่ทำในเวลาว่างเพื่อพักผ่อนหย่อนใจ/นันทนาการ		
<p>คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามถึงกิจกรรมที่ใช้ในการประกอบอาชีพการงาน และการเดินทางที่ได้กล่าวมาแล้วใน 2 ตอนข้างต้น ต่อไปนี้จะเป็นคำถามเกี่ยวกับการเล่นกีฬา การเล่นฟิตเนส และกิจกรรมนันทนาการที่คุณปฏิบัติในเวลาว่าง จากการทำงาน [ให้ยกตัวอย่าง]</p>		
4.	<p>ท่านเล่นกีฬา ออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมนันทนาการระดับหนัก ซึ่งทำให้หายใจแรงและเร็วกว่า ปกติมาก หรือหอบติดต่อกันเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 10 นาที เช่น วิ่ง เต้นแอโรบิก ใช้หรือไม่</p>	<p><input type="checkbox"/> ไม่ใช่</p> <p><input type="checkbox"/> ใช่ ระบุวิธีการออกกำลังกาย.....</p> <p>.....</p> <p>ใช้เวลา □□:□□ ชม : นาที</p> <p>จำนวนวัน..... วัน ต่อสัปดาห์</p>
		<p>P10</p> <p>P10.1</p> <p>P12</p> <p>P11</p>
5.	<p>ท่านเล่นกีฬา ออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมนันทนาการระดับปานกลาง ซึ่งทำให้หายใจเร็วขึ้น พอควรไม่ถึงกับหอบ ติดต่อกันเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 10 นาที เช่น การเดินเร็ว ถีบจักรยาน ว่ายน้ำ ไร่ไม้พลอง ไข่ไก่/รำมวยจีน</p>	<p><input type="checkbox"/> ไม่ใช่</p> <p><input type="checkbox"/> ใช่ ระบุวิธีการออกกำลังกาย.....</p> <p>.....</p> <p>ใช้เวลา □□:□□ ชม : นาที</p> <p>จำนวนวัน.....วันต่อสัปดาห์</p>
		<p>P13</p> <p>P15</p> <p>P14</p>
4) พฤติกรรมอื่นๆ		
<p>คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการนั่ง การนั่งๆ นอนๆ ที่บ้าน หรือ ณ ที่ใดๆ จะเป็นการนั่งเพื่อเดินทางไปในที่ต่างๆ หรือ การนั่งพูดคุยกับเพื่อน นั่งทำงาน นั่งดูโทรทัศน์ แต่ไม่รวมเวลาที่ใช้ในการนอน [ยกตัวอย่างเพิ่มเติม]</p>		
<p>โดยปกติในแต่ละวัน ท่านใช้เวลานั่งเอนกายรวมแล้วเป็น ระยะเวลาานเท่าไร</p>		<p>□□:□□</p> <p>ชั่วโมง : นาที ต่อวัน</p>
		P16

ท่านคิดว่าท่านเป็นคนเคลื่อนไหว ออกแรงอยู่ในระดับใด (น้อยที่สุด 0..... 10 มากที่สุด)



ตอนที่ 5 แบบสอบถามสุขภาพจิต

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่มีข้อความตรงกับตัวท่านมากที่สุด โดยขอความร่วมมือให้ตอบคำถามทุกข้อ คำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์ อารมณ์ ความคิดเห็นและความรู้สึกของท่านว่าอยู่ในระดับใด แล้วให้ท่านตอบลงในช่องที่เป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด

ไม่เลย หมายถึง ไม่เคยมีเหตุการณ์ อารมณ์ความรู้สึก หรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ

เล็กน้อย หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อารมณ์ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ เพียงเล็กน้อย หรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ เพียงเล็กน้อย

มาก หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อารมณ์ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ มาก หรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ มาก

มากที่สุด หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อารมณ์ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ มากที่สุด หรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ มากที่สุด

คำถาม	ระดับเหตุการณ์ อารมณ์ ความรู้สึก			
	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด
1. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต				
2. ท่านรู้สึกสบายใจ				
3. ท่านรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ กับการดำเนินชีวิตประจำวัน				
4. ท่านรู้สึกผิดหวังในตนเอง				
5. ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีแต่ความทุกข์				
6. ท่านสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา)				
7. ท่านมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมอารมณ์ได้เมื่อมีเหตุการณ์คับขัน หรือร้ายแรงเกิดขึ้น				
8. ท่านมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต				
9. ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อเห็นผู้อื่นมีทุกข์				
10. ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา				
11. ท่านให้การช่วยเหลือผู้อื่นเมื่อมีโอกาส				
12. ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง				
13. ท่านรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว				
14. หากท่านป่วยหนักท่านเชื่อว่าครอบครัวจะดูแลท่านเป็นอย่างดี				
15. สมาชิกในครอบครัวมีความรักและผูกพันต่อกัน				

ตอนที่ 6 ผลการตรวจสุขภาพ ครั้งที่.....วันที่.....

1. รอบเอว.....ซม.
2. น้ำหนัก.....ก.ก. ส่วนสูง.....ซ.ม.
3. ค่าความดันโลหิต 3.1 ค่าบน.....มิลลิเมตรปรอท 3.2 ค่าล่าง.....มิลลิเมตรปรอท
4. ชีพจร.....ครั้ง/นาที
4. ค่าน้ำตาลในเลือด (FBS).....มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
5. ค่า HbA1C
6. ค่าไขมันในเลือด (ถ้ามี)
 - 6.1 Cholesterol..... มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
 - 6.2 Triglyceride.....มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
 - 6.3 HDL.....มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
 - 6.4 LDL.....มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร



โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม
สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ในพื้นที่เทศบาลนครนนทบุรี

โดย

รองศาสตราจารย์ ดร.นิตยา เพ็ญศิริินภา

อาจารย์ ดร.ธีระวุธ ธรรมกุล

และ อาจารย์ ดร.กนิษฐ ใจวัศศิริ

ภายใต้โครงการวิจัย

เรื่องผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม
สำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่เทศบาลนครนนทบุรี

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยวิชาการ (กองทุนรัตนโกสินทร์สมโภช 200 ปี)

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ปีงบประมาณ 2560

โครงการการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่เทศบาลนครนทบุรี

วัตถุประสงค์ของโครงการ

เพื่อให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและหรือโรคความดันโลหิตสูง

1. มีความเชื่อในความสามารถดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคได้
2. มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองในเรื่องการบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด และการใช้ยาตามแผนการรักษา
3. มีการสนับสนุนในลักษณะกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนเพื่อการดูแลตนเอง
4. มีการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นในระยะเวลา 3 เดือน ได้แก่ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย รอบเอว ความดันโลหิต น้ำตาลในเลือด ไขมันในเลือด สมรรถภาพทางกาย และสุขภาพจิต

กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการ

เป็นผู้ที่มีอายุ 60-80 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และหรือโรคเบาหวาน และมารับการรักษาที่ศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลนครนทบุรีที่เป็นพื้นที่ที่ศึกษาสามารถสื่อสารพูดคุยโต้ตอบภาษาไทยได้เป็นอย่างดี สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และสามารถทำกิจกรรมตามโครงการสร้างเสริมสุขภาพ (ไม่มีข้อห้ามในการออกกำลังกาย) รวมทั้งสมัครใจเข้าร่วมในการศึกษาติดตามเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์

แนวทางการออกแบบโครงการ

จากการศึกษาสถานการณ์ก่อนดำเนินการเพื่อพัฒนาโครงการฯ ใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์บุคลากรของศูนย์บริการสาธารณสุข และการสนทนากลุ่มย่อย จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียประกอบด้วย ผู้แทนผู้สูงอายุและครอบครัว (8 คน) ผู้นำชุมชน (2 คน) อาสาสมัครสาธารณสุข (4 คน) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เป็นทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุขและโรงพยาบาลที่ดูแลเครือข่าย (8 คน) ผู้บริหารของศูนย์บริการสาธารณสุขและเทศบาล (2 คน) รวม 24 คน ทำให้ได้ข้อมูลว่าในชุมชนเมืองจะมีปัญหาในการให้ความร่วมมือของประชาชน ดังนั้นหากให้อสม.หรือแกนนำในชุมชนที่เป็นผู้สูงอายุและป่วยด้วยโรคเรื้อรังมาเข้าร่วมกิจกรรมพร้อมกับสมาชิกในชุมชน โดยกระจายให้อสม.หรือแกนนำ 1 คนดูแลสมาชิกทีมอีก 4-5 คน น่าจะเป็นแนวทางในการกระตุ้นและสนับสนุนการดูแลตนเองได้ดี ผู้ป่วยบางคนไม่เชื่อว่าตนเองป่วย ไม่เข้าใจผลสุขภาพของตนเองว่าเสี่ยงมากนัก อีกทั้งผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีความรู้ทางทฤษฎีแต่ยังขาดความตั้งใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติ หากให้เจ้าหน้าที่บังคับจะไม่ได้ผล ดังนั้นกิจกรรมควรเน้นให้มีความตระหนัก ให้ตั้งเป้าหมายของตนเอง และควบคุมกำกับ

ตนเอง โดยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว จะเป็นวิธีการที่เหมาะสม สำหรับการเรียนรู้ที่จะพบกันเดือนละครั้ง ครั้งแรกเต็มวัน กับครั้งที่ 2-4 ครั้งวัน มีความเหมาะสมไม่มากไม่น้อยไป พอที่จะหาผู้สนใจเข้าร่วมโครงการได้ ในด้านสถานที่พบว่าศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเทศบาลนครนนทบุรี มีห้องจัดกิจกรรมที่มีขนาดใหญ่ มีเครื่องปรับอากาศและเครื่องเสียง สถานที่เดินทางสะดวก และเป็นที่อยู่ของผู้สูงอายุ จึงเหมาะสมที่จะใช้เป็นสถานที่จัดอบรม โดยเฉพาะเมื่อโครงการสนับสนุนค่าเดินทางให้กับผู้ร่วมกิจกรรม

รูปแบบของการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม

จากข้อมูลดังกล่าว ทำให้ออกแบบโปรแกรม โดยเป็นจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการ รวม 4 ครั้ง ครั้งแรกใช้เวลา 1 วัน ครั้งที่ 2-4 ใช้เวลาครึ่งวัน โดยแต่ละครั้งห่างกัน 1 เดือน เพื่อให้มีโอกาสได้นำสิ่งที่เรียนรู้ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และนำประสบการณ์มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในกลุ่ม กิจกรรมเน้นการมีส่วนร่วมในการคิดวิเคราะห์ประสบการณ์การดูแลตนเอง ความเสี่ยง การตั้งเป้าหมายและการวางแผนการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับเงื่อนไขและวิถีชีวิต มีการส่งเสริมการรวมกลุ่มเพื่อนที่อยู่ในชุมชนเดียวกันให้การสนับสนุนซึ่งกันและกัน และเสริมแรงด้วยการให้รางวัลแก่บุคคลและทีมที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดี



กำหนดการอบรมเชิงปฏิบัติการ
สร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ครั้งที่ 1 วันที่ 24 สิงหาคม 2560

- 08.30-09.00 น. ลงทะเบียน
- 09.00-09.10 น. พิธีเปิดการอบรม
- 09.10-09.30 น. กิจกรรมเสริมพลังสร้างความสัมพันธ์ผู้สูงอายุ
- 09.30-10.15 น. สุขภาพวัยสูงอายุที่คาดหวัง
- 10.15-10.30 น. พักร่างว่าง
- 10.30-11.00 น. กิจกรรมเรียนรู้เรื่องโรคเบาหวาน-โรคความดันโลหิตสูง
และระดับความเสี่ยงของตนเอง
- 11.00-12.00 น. กิจกรรมวิเคราะห์ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
- 12.00-13.00 น. พักร่างกลางวัน
- 13.00-14.30 น. กิจกรรมโภชนาการเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ
- 14.30-14.45 น. พักร่างว่าง
- 14.45-15.30 น. สรุปการเรียนรู้ สร้างกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสนับสนุนการดูแลตนเอง
ตั้งเป้าหมายการดูแลตนเอง และนัดหมายครั้งต่อไป

ครั้งที่ 2 วันที่ 22 กันยายน 2560

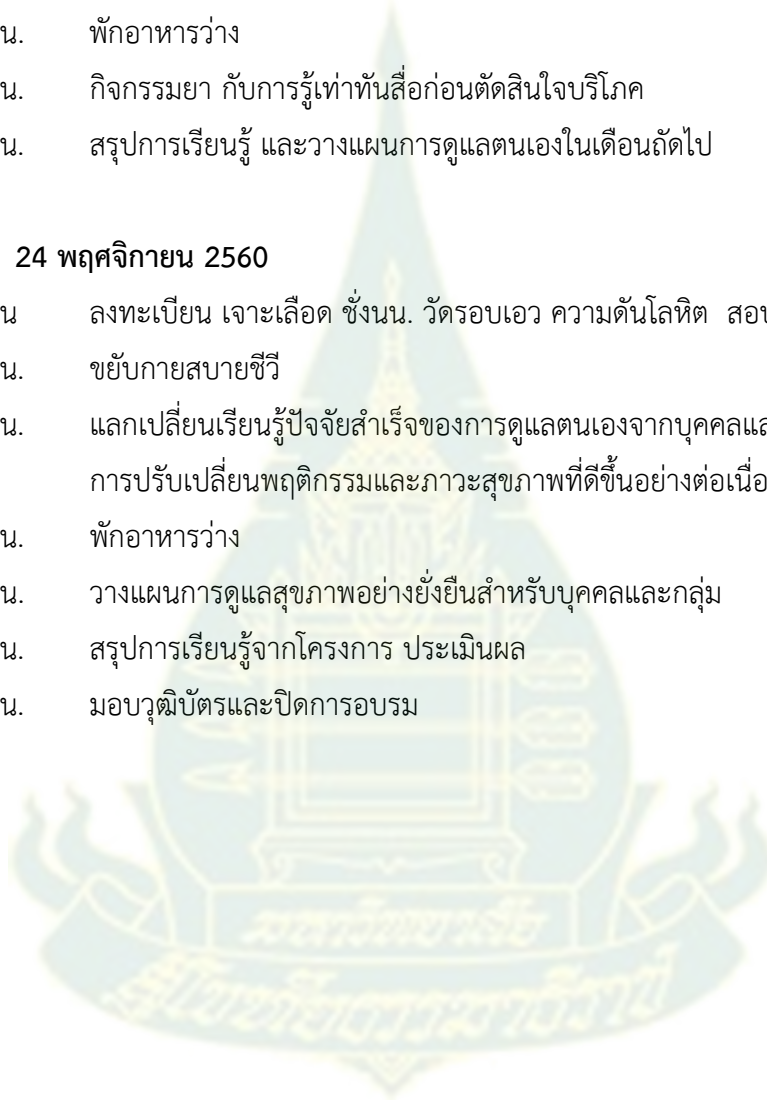
- 08.00-08.30 น. ลงทะเบียน ชั่งนน. วัดรอบเอว ความดันโลหิต
- 08.30-08.45 น. บริหารร่างกาย/ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ
- 08.45-09.15 น. แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลตนเองในเดือนที่ผ่านมา และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ
มอบรางวัลบุคคลและทีมผู้ที่มีผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น
- 09.15-10.00 น. กิจกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม
- 10.00-10.15 น. พักร่างว่าง
- 10.15-11.15 น. กิจกรรมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ
- 11.15-11.30 น. สรุปการเรียนรู้ และวางแผนการดูแลตนเองในเดือนถัดไป

ครั้งที่ 3 วันที่ 20 ตุลาคม 2560

- 08.00-08.30 น. ลงทะเบียน ชั่งนน. วัดรอบเอว ความดันโลหิต
- 08.30-08.45 น. บริหารสมองชะลอโรคสมองเสื่อม
- 08.45-09.10 น. กิจกรรมรณรงค์สุขภาพสร้างชีวิตให้ยืนยาว
- 09.10-09.40 น. แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลตนเองในเดือนที่ผ่านมา และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ
มอบรางวัลบุคคลและทีมผู้ที่มีผลการการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น
- 09.40-10.00 น. กิจกรรมสุขภาพจิต-หัวเราะบำบัด
- 10.00-10.15 น. พักร่างกาย
- 10.15-11.15 น. กิจกรรมยา กับการรู้เท่าทันสื่อก่อนตัดสินใจบริโภค
- 11.15-11.30 น. สรุปการเรียนรู้ และวางแผนการดูแลตนเองในเดือนถัดไป

ครั้งที่ 4 วันที่ 24 พฤศจิกายน 2560

- 07.30-09.00 น. ลงทะเบียน เจาะเลือด ชั่งนน. วัดรอบเอว ความดันโลหิต สอบถามพฤติกรรม
- 09.00-09.20 น. ชีวประวัติสุขภาพชีวิต
- 09.20-09.45 น. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัจจัยสำเร็จของการดูแลตนเองจากบุคคลและทีมผู้ที่มีผล
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง มอบรางวัล
- 09.45-10.00 น. พักร่างกาย
- 10.00-11.00 น. วางแผนการดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืนสำหรับบุคคลและกลุ่ม
- 11.00-11.30 น. สรุปการเรียนรู้จากโครงการ ประเมินผล
- 11.30-12.00 น. มอบวุฒิบัตรและปิดการอบรม



กิจกรรมเสริมพลังสร้างความสัมพันธ์ผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ เพื่อ

1. ให้ผู้เข้าอบรมได้รู้จักชื่อและลักษณะเด่นด้านดีบางประการของสมาชิกแต่ละคน
2. ให้สร้างบรรยากาศที่เป็นกันเองและกล้าแสดงออก อันจะนำไปสู่การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่อไป
3. ให้ผู้เข้าอบรมเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง นับถือตนเอง และก่อให้เกิดความต้องการที่จะดูแลสุขภาพตนเอง

สุขภาพตนเอง

ระยะเวลา 20 นาที

อุปกรณ์ 1. แผ่นกระดาษแข็งร้อยด้วยเชือกสำหรับทำเป็นป้ายชื่อคล้องคอ

2. ปากกาปลายสั๊กหลายด้าม

สถานที่ ห้องโล่งกว้าง ไม่ต้องใช้โต๊ะ ให้นั่งเก้าอี้เป็นรูปตัวยู

ขั้นตอน 1. วิทยากรแบ่งกลุ่มสมาชิกตามชุมชนที่เข้าร่วมกลุ่มละ 4-6 คน เพื่อให้ช่วยเหลือสนับสนุนกันในการดูแลตนเอง

2. แจกแผ่นป้ายชื่อ 1 แผ่นต่อคน แล้วให้สมาชิกเขียนชื่อ พร้อมทั้งลักษณะเด่นหรือความสามารถพิเศษของตน 3 อย่าง (เป็นลักษณะด้านดีที่เราภูมิใจ) บนแผ่นป้ายชื่อแล้วคล้องคอไว้

3. วิทยากรอธิบายกติกาว่าจะให้ทุกคนในกลุ่มย่อยได้ทำความรู้จักกัน พูดคุยกันถึงลักษณะเด่นหรือความสามารถของตนเอง แล้วร่วมกันสรุปว่าสมาชิกในกลุ่มมีจุดเด่นที่สำคัญร่วมกันในเรื่องอะไร จากนั้นให้เลือกหัวหน้ากลุ่ม และตั้งชื่อกลุ่มพร้อมสโลแกนหรือคำขวัญประจำกลุ่ม ใช้เวลา 10 นาที

4. ให้สมาชิกแต่ละกลุ่มออกมาแนะนำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม ให้เพื่อนกลุ่มอื่นๆ ได้รู้จัก จนครบทุกกลุ่ม กลุ่มละ 3 นาที

5. วิทยากรถามประโยชน์ที่ได้รับจากกิจกรรมนี้ แล้วสรุปประเด็น การได้รู้จักกัน รู้ลักษณะเด่นและความสามารถของตนเองและผู้อื่น สร้างบรรยากาศเป็นกันเอง สนุกสนาน ได้เริ่มพูดคุยและแสดงออก ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของการเรียนรู้เรื่องสุขภาพที่เน้นให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการพูดคุย แสดงออก แล้วชี้ให้เห็นลักษณะที่ดีหรือความสามารถของสมาชิกที่น่าภาคภูมิใจ ซึ่งเกี่ยวข้องกับความสำเร็จในชีวิตและครอบครัว หากแต่ละคนดูแลสุขภาพตนเองให้สามารถควบคุมโรคเรื้อรังได้ ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน จะทำให้มีความสุข พึงพาตนเองได้ ในขณะที่เดียวกันจะเป็นสามารถใช้ความรู้ประสบการณ์ ความสามารถที่มีอยู่ช่วยเหลือครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติได้

กิจกรรมสุขภาพวัยสูงอายุที่คาดหวัง

วัตถุประสงค์ เพื่อ

1. ให้ผู้เข้ารับการอบรมกำหนดเป้าหมายของสุขภาพที่ตนคาดหวังในวัยสูงอายุ
2. ให้ผู้เข้ารับการอบรมตระหนักในความสำคัญของการดูแลตนเองตน เพื่อบรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดี สามารถควบคุมโรคเรื้อรัง ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน
3. ให้ผู้เข้ารับการอบรมมองเห็นความเป็นไปได้ในการร่วมมือกันเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง และรวมกลุ่มกันดูแลสุขภาพ

ระยะเวลา 30-45 นาที

อุปกรณ์ กระดาษสีเขียว ชมพู เหลือง ฟ้า ตัดเป็นรูปหัวใจ แต่ละสี เท่าจำนวนผู้เข้าอบรม เทปกาว และ กระดาษชาร์ต แผ่นใหญ่ สำหรับติดรูปหัวใจ

สถานที่ ห้องโล่งกว้าง เก้าอี้นั่งเป็นรูปตัวยู

ขั้นตอน

1. การเตรียมผู้เข้ารับการอบรมก่อนเข้าสู่กิจกรรมสุขภาพวัยสูงอายุที่คาดหวัง โดยเปิดเพลงบรรเลงเบาๆ ให้ทุกคนนั่งในท่าที่สบาย หลังขา วิทยากรพูดนำให้ทุกคนนึกถึงธรรมชาติที่สงบ เงียบเพื่อให้มีสมาธิ แล้วให้ทุกคนได้ทบทวนชีวิตของตนเองที่สามารถสร้างตน สร้างครอบครัว ช่วยเหลือลูกหลานและผู้อื่น มีความสำเร็จในชีวิต จนถึงวัยเกษียณวัยสูงอายุในทุกวันนี้ ขอให้ทุกคนมีความภาคภูมิใจในความสำเร็จและความมีคุณค่าของตนเอง

ถึงวันนี้ เป็นโอกาสที่ดีที่ทุกท่านจะได้มองไปข้างหน้าว่า ถึงแม้วัยสูงอายุจะมีร่างกายที่สึกหรอไปตามวัย ถึงแม้จะเจ็บป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน แต่โรคนี้สามารถควบคุมได้จากการดูแลตนเองที่ดีร่วมกับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ขอให้ทุกท่านมองภาพเป้าหมายตนเองว่าผู้สูงอายุสูงอายุที่มีความสุข มีคุณค่า แล้วมองภาพสุขภาพ ณ เป้าหมายชีวิตดังกล่าว ว่าเราอยากเห็นสุขภาพของเราเป็นอย่างไรทั้งร่างกาย จิตใจอารมณ์ วิธีการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน และการอยู่ร่วมสังคมกับคนในครอบครัว และชุมชนเป็นอย่างไร ที่บ่งบอกถึงการมีเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุขอย่างแท้จริง

3. ให้สมาชิกลืมนตา แล้วเขียนเป้าหมายสุขภาพของตนเองจากการนึกคิด ถ่ายทอดเป็นข้อความเขียนลงในกระดาษรูปหัวใจ 4 ดวงตามสี

สีเขียว คือสุขภาพด้านกาย เช่น สัดส่วนร่างกาย การช่วยเหลือตนเอง การควบคุมโรคที่ป่วย

สีชมพู คือสุขภาพด้านจิตใจอารมณ์ เช่น การจัดการความเครียด

สีเหลือง คือสุขภาพด้านการใช้ชีวิต เช่น การกิน ทำกิจกรรม พักผ่อน นอนหลับ

สีฟ้า คือสุขภาพด้านสังคม เช่น การทำกิจกรรมกับครอบครัว มีเพื่อนวัยเดียวกัน

ใช้เวลา 5 นาที ในการเขียน วิทยากรอาจกำหนดช่วงว่า ช่วงนี้ เขียนหัวใจสีเขียว สุขภาพด้านกาย

4. ให้ผู้สูงอายุ นำหัวใจทั้ง 4 สี มาติดที่ชาร์ต แยกตามสี โดยใช้กระดาษกาวปิด

5. วิทยากรอ่านข้อความในหัวใจบนกระดาษชาร์ต แล้วสรุปให้เห็นเป้าหมายสุขภาพวัยสูงอายุที่สมาชิกปรารถนา ที่ครอบคลุมทั้งกาย จิต และสังคม ซึ่งการจะบรรลุเป้าหมายดังกล่าวผู้ที่บทบาทสำคัญ คือ

ตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัคร และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

6. วิทยากรเชื่อมโยงการเรียนรู้ให้ผู้เข้าอบรมตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพว่าเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้วัยสูงอายุมีความสุขได้ตามที่คาดหวัง โดยวัยสูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน หากสามารถดูแลตนเองได้ดี ควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย จัดการความเครียดได้ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา รักษาโรคและกินยา และตรวจสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ก็จะสามารถควบคุมโรคได้ สามารถอยู่กับโรคได้อย่างมีความสุข ไม่มีโรคแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ไม่พิการ มีอายุยืนยาวอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

กิจกรรมเรียนรู้เรื่องโรคเบาหวาน-โรคความดันโลหิตสูงและระดับความเสี่ยงของตนเอง

วัตถุประสงค์ เพื่อ

1. ให้ผู้เข้ารับการอบรมทราบระดับความเสี่ยงและความรุนแรงของการป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
2. ให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความตระหนักและมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อลดความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค

ระยะเวลา 30 นาที

อุปกรณ์ powerpoint ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ป้ายกระดาษแสดงระดับความเสี่ยงจากผลการตรวจสุขภาพ

สถานที่ ห้องโถงกว้าง เก้าอี้นั่งเป็นรูปตัวยู

ขั้นตอน

1. วิทยากรทบทวนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง เน้นให้เห็นความเชื่อมโยงของการดูแลตนเอง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ออกกำลังกาย จัดการความเครียด ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา กินยาตามแผนการรักษาของแพทย์

2. วิทยากรถามผู้เข้าอบรมว่าทราบไหมว่าแต่ละคนมีสัดส่วนร่างกายปกติหรืออ้วน โดยให้เรียนรู้เกี่ยวกับน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย รอบเอว แล้วให้ไปยืนรวมกลุ่มตามป้าย เพื่อให้ทราบว่าตนเองอยู่ในกลุ่มที่ปกติ หรือมีค่าเกินเกณฑ์ไปมากน้อยเพียงใด และเห็นเป้าหมายค่าปกติที่ตนเองต้องปรับลด

รอบเอว

ค่าปกติในผู้หญิง ไม่เกิน 32 นิ้ว หรือ 80 ซม. หรือไม่เกินครึ่งหนึ่งของส่วนสูง

ค่าปกติในผู้ชาย ไม่เกิน 36 นิ้ว หรือ 90 ซม. หรือไม่เกินครึ่งหนึ่งของส่วนสูง

ดัชนีมวลกาย

$$\text{ดัชนีมวลกาย (กก/ตรม)} = \frac{\text{น้ำหนัก (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง(เมตร) x ส่วนสูง(เมตร)}}$$

น้อยกว่า 18.5 กก/ตรม ถือว่า ผอม

ตั้งแต่ 18.5-22.9 กก/ตรม ถือว่า ปกติ

- ตั้งแต่ 23-24.9กก/ตรม ถือว่า ท้วม
- ตั้งแต่ 25-34.9กก/ตรม ถือว่า อ้วน
- ตั้งแต่ 35 กก/ตรม.ขึ้นไป ถือว่า อ้วนรุนแรง

3. วิทยาการถามผู้เข้าอบรมว่าทราบไหมว่าการที่เราป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ค่าน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต ไขมันในเลือด เราอยู่ในกลุ่มสีใด

สีเขียว น้ำตาลในเลือด ≤ 125 mg/dl , ความดันเลือด $\leq 139 / 89$ mmHg, A1C < 6

สีเหลือง น้ำตาลในเลือด = 126-154 mg/dl , ความดันเลือด = 140/90 –159/99 mmHg, A1C < 7 %

สีส้ม น้ำตาลในเลือด = 155-182 mg/dl, ความดันเลือด = 160/100 – 179/109, A1C 7-8 %

สีแดง น้ำตาลในเลือด = ≥ 183 mg/dl, ความดันเลือด = 180/110 mmHg, A1C > 8 %

ไตรกลีเซอไรด์ <150 โคเลสเตอรอล <200

แอลดีแอล (LDL) <100 เอชดีแอล (HDL) ชาย ≥ 40 หญิง ≥ 50

4. ให้ผู้เข้าอบรมเข้ากลุ่มตามระดับความเสี่ยง เช่น

กลุ่มดัชนีมวลกายเกิน รอบเอวเกิน

กลุ่มความดันเลือดสูง

กลุ่มน้ำตาลในเลือดสูง

กลุ่มที่มีไขมันในเลือดสูง

5. วิทยาการสรุปถึงความสำคัญของการควบคุมน้ำหนักตัว รอบเอว ความดันโลหิต น้ำตาลในเลือด A1C และไขมันในเลือด และความจำเป็นที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. รวมถึงการกินยา และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในเรื่องดูแลเท้าและป้องกันภาวะน้ำตาลต่ำในผู้ป่วยเบาหวาน

กิจกรรมวิเคราะห์ประสบการณ์การดูแลตนเอง

วัตถุประสงค์ เพื่อ

1. ให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ทบทวนปัญหาหรือความเสี่ยงด้านสุขภาพและวิธีการดูแลตนเอง เพื่อให้มองเห็นความเชื่อมโยงของความเสี่ยงกับพฤติกรรมสุขภาพ และตระหนักในผลกระทบของปัญหา
 2. ให้ผู้เข้ารับการอบรมมีทักษะในการวิเคราะห์ ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการแก้ไข/เผชิญอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ผ่านมา
 3. ให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ทราบส่วนขาดที่จำเป็นต้องพัฒนาเพิ่มเติมเพื่อสนับสนุนการเปลี่ยนพฤติกรรมได้ตามเป้าหมาย
 4. ให้ผู้เข้ารับการอบรมมีทักษะในการกำหนดทางเลือกในการแก้ไข/เผชิญอุปสรรคที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและเงื่อนไขของตน
 5. สร้างความเชื่อในความสามารถ และมีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยง
- ระยะเวลา 45-60 นาที

- อุปกรณ์** 1. กระดาษชาร์ต พร้อมขาตั้ง 5 ชุด ปากกาปลายสักหลาด
2. ใบงานการวิเคราะห์ประสบการณ์การดูแลตนเอง

สถานที่ ห้องโถ่งกว้าง ใช้เก้าอี้นั่งเป็นตัวยู

ขั้นตอน

1. แบ่งกลุ่มตามกลุ่มย่อยของชุมชน แล้ววิทยากรถามสมาชิกแต่ละกลุ่มว่าสาเหตุสำคัญของการควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ยังทำไม่ได้ดีเท่าที่ควร หรือทำไม่ได้ไม่สม่ำเสมอของสมาชิกคืออะไร เช่น การควบคุมอาหารไม่ได้ การไม่ออกกำลังกาย การมีความเครียดสูง การกินยาไม่สม่ำเสมอ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา

2. ให้สมาชิกกลุ่มย่อย ร่วมกันวิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองที่ยังทำไม่ได้ดี ปัญหาอุปสรรคที่พบ และทางเลือกที่เป็นไปได้ในการการแก้ไข หรือเอาชนะอุปสรรคดังกล่าว รวมทั้งระบุความรู้หรือทักษะที่เป็นส่วนขาด โดยใช้ใบงานประกอบการทำกิจกรรม และมีวิทยากรสนับสนุนการเรียนรู้ของแต่ละกลุ่ม

3. วิทยากรให้ผู้แทนสมาชิกกลุ่มออกมานำเสนอผลการวิเคราะห์ โดยเลือกประเด็นที่แตกต่างกันของแต่ละกลุ่มเพื่อให้ครอบคลุมพฤติกรรม 3 อ. 2 ส.

4. วิทยากรสรุปให้เห็นว่าทุกคนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้หากมีความตั้งใจ มีเป้าหมายชัดเจน เลือกวิธีการที่เหมาะสมกับคนและครอบครัว มีผู้สนับสนุนช่วยเหลือไม่ว่าจะเป็นคนในครอบครัว เพื่อนในกลุ่มหรือคนในชุมชน ทั้งนี้ในส่วนของความรู้และทักษะที่ต้องการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีสุขภาพดีตามเป้าหมาย จะมีการจัดเสริมให้ในแต่ละครั้งที่มาพบกันได้แก่ เรื่องโภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และเรื่องยา



แบบวิเคราะห์ประสบการณ์ในการดูแลตนเอง

1. ปัญหาการควบคุมโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูงที่พบมากในกลุ่ม คือ

.....
.....

2. พฤติกรรมที่ทำให้เกิดความเสียหาย สาเหตุ/อุปสรรค และทางเลือกในปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยง (เน้นพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ที่พบในกลุ่ม)

2.1 พฤติกรรม.....

สาเหตุ / อุปสรรค	ทางเลือก / กลวิธี / แนวทางแก้ไข	ความรู้หรือทักษะที่ต้องการเพิ่ม
1.	-	-
2.	-	-
3.	-	-
4.	-	-

2.2 พฤติกรรม.....

สาเหตุ / อุปสรรค	ทางเลือก / กลวิธี / แนวทางแก้ไข	ความรู้หรือทักษะที่ต้องการเพิ่ม
1.	-	-
2.	-	-
3.	-	-
4.	-	-

กิจกรรมโภชนาการเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ เพื่อ

1. ให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้เรื่องอาหารเพื่อการควบคุมโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง
2. ให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความตระหนักในเรื่องการบริโภคอาหารที่ส่งผลกระทบต่อ การควบคุมโรค
3. ให้ผู้เข้ารับการอบรมมีทักษะในการเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะโรค

ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

- อุปกรณ์
1. น้ำหวานสีแดง หลอดและเข็มฉีดยา แก้วน้ำจำนวน 3 ชุด
 2. Powerpoint ความรู้เรื่องอาหาร อาหารแลกเปลี่ยน แป้ง น้ำตาล เกลือ ไขมัน
 3. อาหารสาธิตเน้นอาหารว่างที่มีพลังงานต่ำ

สถานที่ ห้องโถงกว้าง ใช้เก้าอี้นั่งเป็นตัวยู

ขั้นตอน

1. นำเข้าสู่บทเรียนโดยให้แต่ละกลุ่มส่งผู้แทนมาใช้หลอดฉีดยาดูดน้ำหวานสีแดงในแก้ว ที่มีความเข้มข้นของน้ำหวานต่างกัน 3 แก้ว จากนั้นให้สรุปว่าแก้วไหนที่ดูดยากที่สุด รongลงมา และดูได้ง่ายที่สุด เพื่อเปรียบเทียบความสำคัญของระดับน้ำตาลในเลือดสูงที่ส่งผลการไหลเวียนโลหิตไปยังอวัยวะต่างๆ ที่ลดลง ทำให้เส้นเลือดแข็ง เกิดความดันโลหิตสูง และโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ไตวาย ประสาทตาเสื่อม เป็นแผลที่เท้า และโยงเข้าสู่กิจกรรมโภชนาการเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ
2. วิทยากรบรรยายความรู้เรื่องโภชนาการเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้เข้าอบรม เพื่อเชื่อมโยงประสบการณ์จริงกับความรู้และให้สามารถประยุกต์ใช้ได้ง่าย
3. การสาธิตการทำอาหารว่างที่โภชนาการต่ำ และให้รับประทาน
4. วิทยากรสรุปหลักการและทางเลือกในการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมโรค และกระตุ้นความเชื่อมั่นว่าทุกคนสามารถทำได้หากมีการวางแผนเป้าหมายและแนวทางที่เหมาะสมกับตนเอง ทำเป็นประจำสม่ำเสมอ จนกลายเป็นรูปแบบการบริโภคในชีวิตประจำวัน ทั้งนี้ควรมีการพูดคุยกับคนในครอบครัว คนที่ซื้ออาหารและปรุงอาหาร ให้เข้าใจ เห็นความสำคัญ และร่วมมือกันปรับเปลี่ยนเรื่องโภชนาการเพื่อการมีสุขภาพดีของทุกคนในบ้าน

สรุปการเรียนรู้ สร้างกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนและตั้งเป้าหมายการดูแลตนเอง

วัตถุประสงค์ เพื่อ

1. ให้ผู้เข้ารับการอบรมมีทักษะในการกำหนดเป้าหมาย วางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ และสร้างแรงจูงใจให้กับตนเอง
2. ให้ผู้เข้ารับการอบรมมีทักษะวิเคราะห์อุปสรรค และกำหนดแนวทางการเอาชนะอุปสรรค
3. ให้ผู้เข้ารับการอบรมมีทักษะวิเคราะห์แหล่งทรัพยากรหรือแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยให้ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
4. ให้ผู้เข้ารับการอบรมมีกลุ่มหรือเครือข่ายที่สนับสนุนการดูแลตนเอง และกำหนดแนวทางการสนับสนุนซึ่งกันและกันแบบเพื่อนช่วยเพื่อน

ระยะเวลา 45 นาที

อุปกรณ์ แบบฟอร์มการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในสมุดบันทึกสุขภาพปากกา

ขั้นตอน

1. วิทยากรให้สมาชิกเข้ากลุ่มย่อยตามชุมชน จากนั้นวิทยากรกระตุ้นให้ผู้เข้าอบรมนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการวิเคราะห์ประสบการณ์ การเรียนรู้จากวิทยากร และการประชุมกลุ่มที่ผ่านมา กำหนดแนวทางการดูแลสุขภาพของตนเองให้เหมาะสมกับปัญหาและวิถีชีวิตของตนเองลงในสมุดบันทึกสุขภาพ โดยให้ตั้งเป้าหมาย วิธีการ และรายละเอียดของการดูแลสุขภาพของแต่ละคน พร้อมลงชื่อเจ้าของแผน และพยานซึ่งเป็นเพื่อนในกลุ่มย่อย
2. ให้สมาชิกแต่ละคนแลกเปลี่ยนแผนการดูแลตนเองให้สมาชิกในกลุ่มย่อยฟัง จากนั้นให้ที่สมาชิกกลุ่มพูดคุยถึงแนวทางการสนับสนุนกันของสมาชิกกลุ่มย่อยแบบเพื่อนช่วยเพื่อน โดยวางแผนการช่วยเหลือกันให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ ทั้งนี้วิทยากรสร้างแรงจูงใจด้วยการกำหนดรางวัลให้กับกลุ่มย่อยที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้นมากที่สุด
3. ให้อาสาสมัครหรือตัวแทนแต่ละกลุ่มย่อยออกมาอ่านแผนการดูแลสุขภาพ หรือพันธะสัญญาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และแผนการสนับสนุนกันของกลุ่มย่อย
4. วิทยากรให้กำลังใจและให้ความเชื่อมั่นว่าสมาชิกจะกลับไปดูแลสุขภาพได้สำเร็จตามแผน ส่งผลให้สามารถควบคุมโรคได้ ลดน้ำหนัก ลดรอบเอวในรายที่เกิน ลดความดันโลหิต และน้ำตาลในเลือดในอยู่ในระดับที่ปลอดภัย กินยาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ โดยจะมีการกลับมาพบกันและพูดคุยถึงการดูแลสุขภาพตามแผน และผลการตรวจสุขภาพในอีก 1 เดือนข้างหน้า โดยนัดวันเวลาที่ จะกลับมาพบกัน

เป้าหมายสุขภาพที่ต้องการ

.....
.....

1. ฉันจะทำเป้าหมายนี้ให้บรรลุเพื่อ

.....
.....

2. ถ้าฉันทำสำเร็จตามเป้าหมายฉันจะรู้สึก

.....
.....

3. คนที่เป็นแรงบันดาลใจหรือแบบอย่างที่ดีให้ฉัน

.....
.....

พันธะสัญญา

1. พฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการเปลี่ยนแปลง

.....
.....

2. เป้าหมายและวิธีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

.....
.....

3. สิ่งที่เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

.....
.....

4. วิธีการที่จะใช้เพื่อเอาชนะ/แก้ไขอุปสรรค

.....
.....

เริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2560

ต้องการให้บรรลุเป้าหมาย วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2560

ข้าพเจ้ามีความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ลงชื่อ..... พยาน.....

(.....) (.....)

กิจกรรมบริหารร่างกาย/ ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ หรือขยับกายสบายชีวี

วัตถุประสงค์ เพื่อ

1. สร้างความตื่นตัว เตรียมความพร้อมของผู้เข้าอบรมก่อนเริ่มกิจกรรมการเรียนรู้
2. สาธิตและฝึกทักษะการออกกำลังกายด้วยวิธีการต่างๆ ที่สามารถทำได้เองที่บ้าน

ระยะเวลา 15-20 นาที

อุปกรณ์ 1. เก้าอี้ ยางยืด เพลงประกอบการบริหารร่างกาย

สถานที่ ห้องโถงกว้าง ใช้เก้าอี้นั่งเป็นตัวช่วย

ขั้นตอน

1. วิทยากรสอบถามวิธีการออกกำลังกายแบบง่ายๆ ที่ทำได้เองที่บ้าน หากมีผู้ที่ทำอยู่ประจำ จะเชิญให้มาสาธิต หรือเป็นผู้นำการออกกำลังกายร่วมกับวิทยากร
2. สาธิตและนำการออกกำลังกายด้วยท่าบริหารร่างกายโดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ เช่นยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การแกว่งแขน หรือใช้อุปกรณ์ที่หาได้ง่าย เช่น การใช้เก้าอี้ประกอบการออกกำลังกาย ใช้ยางยืด เชือก เป็นต้น
3. วิทยากรอธิบายประโยชน์ของการออกกำลังกายแต่ละท่า หรือแต่ละวิธี และกระตุ้นให้นำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ทำบ่อยๆ เพื่อส่งผลดีต่อสุขภาพ

กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลตนเองในเดือนที่ผ่านมา

วัตถุประสงค์ เพื่อ

1. ติดตามผลการปฏิบัติตามแผนการดูแลตนเองของผู้เข้ารับการอบรมและของกลุ่มย่อยใน 1 เดือนที่ผ่านมา โดยเปรียบเทียบผลน้ำหนักตัว รอบเอว และความดันโลหิต
2. สะท้อนกลับให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความเชื่อในผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามแผน
3. ให้ผู้เข้ารับการอบรมมีเรียนรู้ความสำเร็จจากบุคคลต้นแบบที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดี
4. ให้ผู้เข้ารับการอบรมมีการเรียนรู้วิธีการเอาชนะอุปสรรคและการปรับแผนการดูแลตนเองให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

ระยะเวลา 20-25 นาที

อุปกรณ์ 1. สมุดบันทึกสุขภาพ

2. ผลการตรวจสุขภาพครั้งล่าสุดของบุคคลและภาพรวมของกลุ่มย่อย
3. รางวัลสำหรับบุคคลและกลุ่มที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีผลลัพธ์สุขภาพที่ดี

สถานที่ ห้องโถงกว้าง ใช้เก้าอี้นั่งเป็นตัวช่วย

ขั้นตอน

1. วิทยากรให้สมาชิกเปรียบเทียบผลน้ำหนักรถ ครอบแวน และความดันโลหิต ระหว่างครั้งที่ผ่าน มากับครั้งล่าสุด แล้วสอบถามการดูแลตนเองของบุคคลและการสนับสนุนกันของกลุ่มเป็นไปตามแผน หรือไม่ อะไรเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ อะไรเป็นอุปสรรค

2. ให้บุคคล และกลุ่มย่อยที่มีผลการดูแลตนเองที่ดีมาเล่าประสบการณ์ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น มี การมอบรางวัลให้กับบุคคลและกลุ่มที่ดูแลตนเองได้ดี

3. วิทยากรสรุปการเรียนรู้ที่เกิดจากการปฏิบัติใน 1 เดือนที่ผ่านมา และจากการฟังประสบการณ์ จากเพื่อนๆ โดยย้ำให้เห็นความเชื่อมโยงของการปฏิบัติพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. กับผลการตรวจสุขภาพที่ดีขึ้น การมีความตั้งใจ และทำตามเป้าหมายที่กำหนด รวมทั้งการสนับสนุนซึ่งกันและกัน

กิจกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

วัตถุประสงค์ เพื่อ

1. ให้ผู้เข้ารับการอบรมเข้าใจและมองเห็นความสำคัญของการเรียนรู้ร่วมกับผู้อื่นในการหาวิธีการ แก้ไขปัญหา และการสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

2. ให้ผู้เข้ารับการอบรมตระหนักถึงความสำคัญของการวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การใช้ ความคิดสร้างสรรค์ และการระดมทรัพยากรที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์

3. ให้ผู้เข้ารับการอบรมมีประสบการณ์ในความสำเร็จ และได้เรียนรู้การวิเคราะห์ความล้มเหลว หรืออุปสรรค เพื่อการปรับปรุงพัฒนา อันเป็นการส่งเสริมความเชื่อในความสามารถแห่งตน

4. เปรียบเทียบการปกป้องไขกับการปกป้องชีวิต ที่ต้องดูแลแบบองค์รวมให้ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยง เพื่อให้มีสุขภาพที่แข็งแรง ไม่พิการหรือเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน

ระยะเวลา 45 นาที

อุปกรณ์ ไข่ไก่ 1 ฟอง ไม้เสียบลูกชิ้น 15 อัน ยางรัดของ 15 วง หลอดกาแฟ 15 หลอด กระดาษทิชชู 6 ตอน ต่อ 1 ชุด จัดเป็นชุดๆ ตามจำนวนกลุ่มย่อย และกระดาษหนังสือพิมพ์ใช้แล้วสำหรับรอง อุปกรณ์

ขั้นตอน

1. วิทยากรแบ่งกลุ่มย่อย กลุ่มละ 4-5 คน

2. วิทยากรบอกให้แต่ละกลุ่มใช้อุปกรณ์ที่จะมอบให้ห่อหุ้มไข่ไก่ให้ปลอดภัยจากการโยนจากที่สูง ประมาณ 2.5 เมตร โดยไม่ให้ไข่แตกหรือร้าว โดยให้เวลาทำงาน 15 นาที แล้วมอบอุปกรณ์ให้กลุ่มละ 1 ชุด

3. เมื่อครบกำหนดเวลา วิทยากรตัดสินผลงานของกลุ่มตามเกณฑ์ แล้วถามสมาชิกกลุ่มเกี่ยวกับ กระบวนการและบรรยากาศในการทำงาน ความรู้สึกที่มีต่อผลงาน

4. วิทยากรให้สมาชิกทุกคนระดมสมองว่าการแก้ปัญหาได้สำเร็จมีลักษณะอย่างไร จากนั้นสรุปให้ กลุ่มเห็นความสำคัญของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้อื่น การทำงานเป็นทีม การร่วมมือร่วมใจ การวิเคราะห์ ปัญหาและสาเหตุ การวางแผน การใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์

การประเมินผลและปรับปรุงพัฒนา หากทำครั้งแรกไม่สำเร็จก็ควรกลับมาวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค และพยายามหาวิธีการแก้ไขปรับปรุงการทำงานให้ประสบความสำเร็จในครั้งต่อไป

5. วิทยากร ประยุกต์การเรียนรู้ที่ได้ กับการปกป้องไข้กับการปกป้องชีวิต ที่ต้องดูแลแบบองค์รวม ให้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม มีการดูแลและลดปัจจัยเสี่ยงทั้ง 3 อ. 2 ส. เพื่อให้มีสุขภาพที่แข็งแรง ไม่พิการหรือเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน จึงจำเป็นต้องมีการวิเคราะห์พฤติกรรมของตนเอง และสภาพแวดล้อม ปัญหาอุปสรรค แล้วหาวิธีการแก้ไข เอาชนะอุปสรรค เหล่านั้น มีการวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบองค์รวม โดยคำนึงถึงทรัพยากรและวิถีชีวิตของตนเอง เมื่อทำแล้วต้องมีการประเมินผลและปรับปรุงการดูแลสุขภาพตนเองให้ดีขึ้น และสร้างเป็นวิถีชีวิต การส่งเสริมสุขภาพของตนเองและครอบครัว เพื่อการมีสุขภาพดีของทั้งครอบครัว

กิจกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ

วัตถุประสงค์ เพื่อ

1. ให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้เรื่องการออกกำลังกายเพื่อการควบคุมโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงที่เหมาะสมในกลุ่มผู้สูงอายุ
2. ให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความตระหนักในเรื่องการมีกิจกรรมทางกายที่ส่งผลดีต่อการควบคุมโรค
3. ให้ผู้เข้ารับการอบรมมีทักษะในการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาวะโรค

ระยะเวลา 1 ชั่วโมง

อุปกรณ์ 1. เพลงประกอบการออกกำลังกาย

2. อุปกรณ์การออกกำลังกายแบบต่างๆ เช่น ยางยืด

สถานที่ ห้องโถ่งกว้าง ใช้อ้อนั่งเป็นตัวยู

ขั้นตอน

1. วิทยากรสอบถามการออกกำลังกายสมาชิกที่ทำอยู่ กิจกรรมอะไรที่ชอบ อุปสรรคของการออกกำลังกายคืออะไร ให้สมาชิกที่ออกกำลังกายเป็นประจำแลกเปลี่ยนประสบการณ์
2. บรรยายความรู้เรื่องความสำคัญของการออกกำลังกาย หลักการ เป้าหมาย ขั้นตอนของการออกกำลังกาย ข้อควรระวังในการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
3. สาธิต และฝึกทักษะการออกกำลังกายแบบต่างๆ ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และการประยุกต์ใช้อุปกรณ์ที่มีอยู่ในบ้าน เพื่อให้เห็นทางเลือกและความเป็นไปได้ในการออกกำลังกาย

กิจกรรมสรุปการเรียนรู้ และวางแผนการดูแลตนเอง

วัตถุประสงค์ เพื่อ

1. ให้ผู้เข้ารับการอบรมสรุปและทบทวนความรู้ประสบการณ์สำคัญที่ได้เรียนรู้จากการอบรมและการนำไปใช้
2. ให้ผู้เข้ารับการอบรมวางแผนการดูแลตนเองและกลุ่มในตลอด 1 เดือนต่อไป

ระยะเวลา 15-20 นาที

อุปกรณ์ แบบสรุปการเรียนรู้และแผนนำสิ่งที่เรียนรู้ไปใช้ในการดูแลตนเอง ในสมุดบันทึกสุขภาพ ปากกา
ชั้นตอน

1. วิทยากรให้สมาชิกเข้ากลุ่มย่อยตามชุมชน สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ และแผนการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการอบรมไปใช้ลงในสมุดบันทึกสุขภาพ รวมทั้งให้กลุ่มย่อยวางแผนการสนับสนุนช่วยเหลือสมาชิกในกลุ่ม โดยนำปัญหาอุปสรรคที่พบในเดือนที่ผ่านมา และความรู้ทักษะที่ได้รับเพิ่มในครั้งนี้ไปใช้ในการวางแผนสำหรับเดือนต่อไป
2. ให้อาสาสมัครหรือตัวแทนแต่ละกลุ่มย่อยออกมาอ่านแผนการดูแลสุขภาพ หรือพันธะสัญญาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และแผนการสนับสนุนกันของกลุ่มย่อย
3. วิทยากรให้กำลังใจและให้ความเชื่อมั่นว่าสมาชิกจะกลับไปดูแลสุขภาพได้สำเร็จตามแผน ส่งผลให้สามารถควบคุมโรคได้ ลดน้ำหนัก ลดรอบเอวในรายที่เกิน ลดความดันโลหิต และน้ำตาลในเลือดในอยู่ในระดับที่ปลอดภัย กินยาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ โดยจะมีการกลับมาพบกันและพูดคุยถึงการดูแลสุขภาพตามแผน และผลการตรวจสุขภาพในอีก 1 เดือนข้างหน้า โดยนัดวันเวลาที่ จะกลับมาพบกัน

กิจกรรมบริหารสมองชะลอโรคสมองเสื่อม

วัตถุประสงค์ เพื่อ

1. ให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้และความตระหนักเรื่องโรคสมองเสื่อมและการป้องกัน
2. ให้ผู้เข้ารับการอบรมมีทักษะในการบริหารสมองเพื่อชะลอโรคสมองเสื่อม

ระยะเวลา 15 นาที

อุปกรณ์ 1. วิดีทัศน์การบริหารสมองเพื่อชะลอโรคสมองเสื่อม

สถานที่ ห้องโถงกว้าง ใช้เก้าอี้นั่งเป็นตัวยู

ชั้นตอน

1. วิทยากรกล่าวเรื่องโรคสมองเสื่อมจะพบมากเพิ่มขึ้นเมื่ออายุ 65 ปีขึ้นไป โดยพบว่าอัตราชุกอยู่ที่ 1.4% เมื่ออายุ 65-69 ปี และสูงกว่า 23.6% เมื่ออายุ 85 ปีขึ้นไป ซึ่งภาวะโรคดังกล่าวนอกจากจะส่งผลต่อผู้ป่วยโดยตรงแล้ว ยังส่งผลต่อครอบครัวของผู้ป่วยด้วย การรู้เท่าทันโรคสมองเสื่อม รวมทั้งป้องกันและชะลอการเกิดอาการของโรคสมองเสื่อมจึงมีความสำคัญ

2. เปิดวิดิทัศน์การบริหารสมองเพื่อชะลอโรคสมองเสื่อมด้วยท่า “จิบ-แอล” ซึ่งจะชะลอสมองเสื่อมก่อนวัยและฝึกให้สมองส่วนควบคุมกล้ามเนื้อ (corpus callosum) ให้ทำงานอย่างสมดุล เสริมความจำและประสิทธิภาพของคลื่นสมอง (brain wave) และทำให้สมองทำงานเต็มขีดความสามารถ โดยให้ผู้สูงอายุฝึกปฏิบัติตาม
3. วิทยากรกระตุ้นให้ผู้เข้าอบรมนำกลับไปปฏิบัติเป็นประจำ

กิจกรรมรักษาสภาพสร้างชีวิตให้ยืนยาว

วัตถุประสงค์ เพื่อ

1. ให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ฝึกการทำงานร่วมกัน โดยมีการระดมสมอง การวางแผน และการควบคุม กำกับการทำงาน
2. ให้ผู้เข้ารับการอบรมฝึกการประเมินผลการทำงานของตน โดยเปรียบเทียบกับผลงานของผู้อื่นที่เป็นต้นแบบ เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนางานของตนให้ดียิ่งขึ้น
3. ให้ผู้เข้ารับการอบรมตระหนักในความสำคัญของการดูแลสุขภาพของตนเองให้มีชีวิตยืนยาว ที่ต้องมีการประเมินผล และเรียนรู้จากการดูแลสุขภาพของผู้อื่นที่ทำได้ดีกว่า เพื่อนำสิ่งที่ดีมาปรับใช้กับตนเอง
4. ให้ผู้เข้าอบรมมีความเชื่อในความสามารถที่จะปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นกว่าเดิมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

ระยะเวลา 20-25 นาที

อุปกรณ์ กระดาษหนังสือพิมพ์

สถานที่ ห้องโล่งกว้าง ใช้เก้าอี้นั่งเป็นตัวยู

ขั้นตอน

1. วิทยากรให้สมาชิกเข้ากลุ่มย่อยตามชุมชน
2. วิทยากรอธิบายกิจกรรม และกติกา ว่าให้แต่ละกลุ่มทำงานโดยฉีกกระดาษหนังสือพิมพ์ 1 คู่ ให้เป็นเส้นยาวที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยไม่ให้กระดาษขาดออกจากกัน โดยไม่ให้ใช้อุปกรณ์ช่วยในการตัดหรือฉีก เมื่อเข้าใจกติกาแล้วให้เริ่มทำงาน มีเวลาให้ 5 นาที วิทยากรจับเวลาและแจ้งเตือนก่อนจะหมดเวลา จากนั้นแจกวัสดุ คือ กระดาษหนังสือพิมพ์ กลุ่มละ 1 คู่
3. เมื่อหมดเวลาให้ทุกกลุ่มหยุดทำงานงาน แล้วนำผลงานกลุ่มออกมาเปรียบเทียบกัน ให้กลุ่มที่ได้ผลงานยาวที่สุดเล่าวิธีการและเทคนิคที่ทำให้ประสบความสำเร็จ และกลุ่มที่ทำได้ดีสั้นที่สุด เล่าวิธีการทำงาน และวิเคราะห์จุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงแก้ไข
4. วิทยากรท้าทายทุกกลุ่มว่าถ้าให้ทำงานอีกครั้ง เวลาเท่าเดิม จะทำงานให้ผลงานดีกว่าเดิมได้หรือไม่ จากนั้นแจกกระดาษหนังสือพิมพ์ให้ใหม่อีก 1 คู่ ให้เริ่มทำงานพร้อมกันและจับเวลาเหมือนเดิม

5. เมื่อหมดเวลาให้ทุกกลุ่มหยุดทำงานงาน แล้วนำผลงานกลุ่มออกมาเปรียบเทียบกับทั้งกับของกลุ่มตนเองในครั้งที่ 1 และกับกลุ่มอื่น ให้กลุ่มที่มีผลงานยาวที่สุด และกลุ่มที่มีพัฒนาการดีกว่าครั้งแรกมากที่สุดออกมาเล่าวิธีการทำงาน และข้อคิดที่ได้จากกิจกรรมนี้

6. วิทยากรให้กลุ่มใหญ่วิเคราะห์ประสบการณ์การทำงานฉีกกระดาษกับการดูแลสุขภาพ ถ้าความยาวของกระดาษเปรียบเสมือนชีวิตที่ยืนยาว วิธีการฉีกกระดาษเหมือนการดำเนินชีวิตที่ส่งผลต่อสุขภาพ ได้ข้อคิดอะไร จากนั้นวิทยากรสรุปให้เห็นว่าการดำเนินชีวิตอย่างระมัดระวัง มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง มีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ควบคุมกำกับและประเมินผลการดูแลตนเอง การเรียนรู้วิธีการของคนอื่นที่ได้ผลดีแล้วนำมาปรับใช้กับตน ล้วนช่วยให้แต่ละคนสามารถปรับปรุงและพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองให้ดีขึ้น และส่งผลให้ควบคุมโรคได้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน มีชีวิตยืนยาว

8. วิทยากรนำผู้สูงอายุต้นแบบที่สามารถควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ดี มาเล่าวิธีการดูแลสุขภาพตนเอง การพูดคุยกับคนในครอบครัว และการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ

กิจกรรมสุขภาพจิต-หัวเราะบำบัด

วัตถุประสงค์ เพื่อ

1. ให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้และความตระหนักถึงเรื่องสุขภาพจิตและการจัดการความเครียดที่มีผลต่อการควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
2. ให้ผู้เข้ารับการอบรมมีทักษะในการจัดการความเครียด
3. ให้ผู้เข้ารับการอบรมฝึกการหัวเราะแบบต่างๆ ที่ช่วยสร้างความสนุกสนาน

ระยะเวลา 25-30 นาที

อุปกรณ์ 1. วิตทัศน์การจัดการความเครียด สร้างความผ่อนคลาย

สถานที่ ห้องโถงกว้าง ใช้อั่งเป็นที่นั่งเป็นตัวยู

ขั้นตอน

1. วิทยากรกล่าวเรื่องปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยให้สมาชิกร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและวิธีการจัดการความเครียด
2. วิทยากรสรุปปัญหา สาเหตุของความเครียด และแนวทางในการจัดการความเครียด
3. เปิดวิตทัศน์การจัดการความเครียด สร้างความผ่อนคลาย โดยให้ผู้สูงอายุฝึกปฏิบัติตาม
4. มีการฝึกการหัวเราะแบบต่างๆ ที่ช่วยให้มีการบริหารปอดและสร้างความสนุกสนาน ผ่อนคลาย
5. วิทยากรกระตุ้นให้ผู้เข้าอบรมนำเรื่องการจัดการความเครียดและการหัวเราะสร้างอารมณ์ดีกลับไปปฏิบัติเป็นประจำ

กิจกรรมยา กับการรู้เท่าทันสื่อก่อนตัดสินใจบริโภค

วัตถุประสงค์ เพื่อ

1. ให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้เรื่องยาและกลไกการออกฤทธิ์ของยารักษาโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน
2. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีพฤติกรรมการกินยาและเฝ้าระวังผลแทรกซ้อนจากยาได้
3. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถวิเคราะห์ ประเมินและเลือกใช้ข้อมูลสุขภาพจากสื่อต่างๆ เพื่อนำไปใช้ในการดูแลตนเองด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ระยะเวลา 1 ชั่วโมง

วัสดุอุปกรณ์

1. ตัวอย่างยาที่ใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน
2. ข้อมูลสุขภาพที่ค้นหาจากสื่อสังคมออนไลน์ หรือสื่อโฆษณาผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพ
3. กระดาษชาร์ต และปากกาเคมี

สถานที่ ห้องโถงกว้าง ใช้เก้าอี้นั่งเป็นตัวยู

ขั้นตอน

1. วิทยากรสอบถามชนิดของยาที่ผู้เข้าอบรมใช้อยู่ และปัญหาอุปสรรคที่พบในการกินยา และวิธีการแก้ไข
2. วิทยากรอธิบายกลไกการออกฤทธิ์ของยา อาการแทรกซ้อน และข้อควรระวังในการใช้ยาประเภทต่างๆ ที่ใช้ในการรักษา แนวทางการแก้ไขปัญหาที่พบ พร้อมกับตอบคำถามและข้อสงสัยเกี่ยวกับการใช้ยาต่างๆ
3. วิทยากรสอบถามว่ามีท่านใดที่เคยได้ฟังโฆษณาขายยา หรืออาหารเสริมทางสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ ใ้ยกตัวอย่างข้อมูลที่ได้รับมา โดยเขียนประเด็นดังกล่าวขึ้นบนกระดาษชาร์ต
4. วิทยากรสอบถามต่อว่ามีท่านใดที่เล่นอินเทอร์เน็ตทางโทรศัพท์ หรือทางคอมพิวเตอร์เช่น ไลน์ เฟสบุ๊ก ใ้ยกมือขึ้น จากนั้นให้สอบถามการได้รับข่าวสารด้านสุขภาพผ่านทางโซเชียลมีเดีย และใ้ยกตัวอย่างข้อมูลด้านสุขภาพที่ส่งผ่านทางเฟสบุ๊ก หรือไลน์ โดยเขียนประเด็นดังกล่าวขึ้นบนกระดาษชาร์ตให้ได้จำนวนข้อมูลสุขภาพเท่ากับจำนวนกลุ่มย่อย (วิทยากรอาจเตรียมข้อมูลสุขภาพที่เผยแพร่ทางเว็บไซต์ และโซเชียลมีเดียมาให้กลุ่มทำการวิเคราะห์ ซึ่งมีทั้งจากหน่วยงานของรัฐ เอกชน และที่ส่งต่อกันมา)
5. ให้แบ่งกลุ่มย่อย แล้วจับสลากกลุ่มเพื่อกำหนดข้อมูลสุขภาพที่จะให้วิเคราะห์
6. ให้กลุ่มประชุมกันว่า ข้อมูลสุขภาพที่กลุ่มจับสลากได้ดังกล่าวน่าเชื่อถือหรือไม่ ในประเด็นต่อไปนี้

-ผู้ให้ข้อมูลหรือแหล่งข้อมูล ทราบหรือไม่ว่าเป็นใคร เป็นบุคคลจริงหรือถูกแอบอ้าง สามารถตรวจสอบกลับไปยังแหล่งข้อมูลได้หรือไม่ มีความน่าเชื่อถือหรือไม่ เพียงใด

-เจตนาของการเผยแพร่ข้อมูล เพื่ออะไร เป็นการโฆษณาสินค้าหรือไม่

-ความชัดเจนของข้อมูลสุขภาพ อ่านแล้วสามารถเข้าใจเนื้อหาและวิธีการปฏิบัติที่ชัดเจนหรือไม่เพียงใด

-ความสอดคล้องกับหลักการเหตุผลทางวิทยาศาสตร์สุขภาพหรือไม่ เช่น สอดคล้องความรู้เรื่องปัญหาสุขภาพ และโรค ความรู้ทางโภชนาการ เป็นต้น

-โอกาสเกิดผลเสีย หากนำข้อมูลดังกล่าวไปปฏิบัติจะมีโอกาสเกิดผลเสียต่อสุขภาพค่าใช้จ่าย และอื่นๆ มีอะไรบ้าง

โดยใช้เวลาประชุมกลุ่ม 10 นาที

7. ให้กลุ่มส่งตัวแทนนำเสนอกลุ่มละ 3 นาที หลังการนำเสนอให้กลุ่มอื่นแสดงความคิดเห็นและประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องในประเด็นดังกล่าวเพิ่มเติม วิทยากรให้ผู้เข้าอบรมสะท้อนว่าได้เรียนรู้อะไรจากการวิเคราะห์และประเมินข้อมูลสุขภาพจากสื่อต่างๆ และการนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ

8. วิทยากรสรุปเพิ่มเติมว่าปัจจุบันมีข้อมูลสุขภาพจำนวนมากที่เผยแพร่ผ่านช่องทางต่างๆ โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ แผ่นพับ โดยเฉพาะทางอินเทอร์เน็ต โซเชียลมีเดีย หากขาดการรู้เท่าทันสื่อข้อมูลสุขภาพและนำไปใช้เลยโดยขาดการทำความเข้าใจ วิเคราะห์และประเมินก่อนตัดสินใจนำใช้ จะมีโอกาสเกิดผลเสียต่อสุขภาพ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน พิการ หรือเสียชีวิต รวมทั้งเสียค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น

ดังนั้นทุกครั้งที่ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพจากแหล่งต่างๆ จำเป็นต้องวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูล เจตนาของการเผยแพร่ข้อมูล ความชัดเจนของข้อมูล ความสอดคล้องกับหลักการเหตุผลทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ และโอกาสเกิดผลเสีย นอกจากนี้ควรตรวจสอบข้อมูลในลักษณะเดียวกันจากแหล่งอื่นๆ เช่น จากเว็บไซต์ของกระทรวงสาธารณสุข ของโรงพยาบาล สอบถามแพทย์ พยาบาล เภสัชกร เป็นต้น หากข้อมูลจากแหล่งอื่นมีความขัดแย้งกับข้อมูลดังกล่าว เป็นสิ่งบ่งชี้ว่าข้อมูลนั้นขาดความน่าเชื่อถือ และไม่ควรนำมาใช้กับตนเองและครอบครัว

กิจกรรมวางแผนการดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืนสำหรับบุคคลและกลุ่ม

วัตถุประสงค์ เพื่อ

1. ให้ผู้เข้ารับการอบรมตระหนักในความสำคัญของการร่วมมือและสนับสนุนซึ่งกันและกันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืนของสมาชิก
2. ให้ผู้เข้ารับการอบรมวิเคราะห์ความต้องการ และศักยภาพของกลุ่มในการร่วมมือกันจัดกิจกรรมสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กับสมาชิก
3. ให้ผู้เข้ารับการอบรมมีทักษะในการวางแผน และทำงานร่วมกันในการจัดกิจกรรมสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กับสมาชิก
4. ทำให้เกิดเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อน หรือกลุ่มช่วยเหลือตนเองของกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ในสถานบริการ หรือในชุมชนต่อไป

กิจกรรม 45-60 นาที

อุปกรณ์ กระดาษชาร์ท ปากกาปลายสักหลาด

สถานที่ ห้องโถงกว้าง ใช้เก้าอี้นั่งเป็นกลุ่มย่อยตามชุมชน

ขั้นตอน

1. วิทยากรให้สมาชิกทบทวนปัญหา อุปสรรค และสิ่งสนับสนุนต่อความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกิจกรรมที่ผ่านมา ซึ่งจะชี้ให้เห็นว่าการได้รับกำลังใจ และคำแนะนำจากผู้ที่มีปัญหาเดียวกัน นับเป็นปัจจัยที่ช่วยให้เปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมในครอบครัว หรือในชุมชนก็มีส่วนสำคัญในการสนับสนุน หรือยับยั้งความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผน

2. วิทยากรตั้งคำถามถึงความต้องการที่จะจะรวมกลุ่มกัน เพื่อช่วยเหลือสนับสนุนกัน หรือเพื่อจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับสมาชิก ให้วิเคราะห์ศักยภาพของกลุ่มและความเป็นไปได้ในการดำเนินงาน โดยบุคลากรสาธารณสุข/สถานบริการเป็นผู้สนับสนุน

3. ให้กลุ่มเลือกประธาน คณะทำงาน และวางแผนกิจกรรมของกลุ่ม โดยเน้นการมีส่วนร่วมของสมาชิก ซึ่งประเด็นสำคัญของแผนมีดังต่อไปนี้

3.1 ชื่อโครงการสร้างเสริมสุขภาพ หรือกลุ่ม

3.2 วัตถุประสงค์

3.3 กลุ่มเป้าหมายของโครงการ

3.4 กิจกรรมดำเนินงาน และผู้รับผิดชอบ

3.5 ทรัพยากรในการดำเนินงาน

3.6 การประเมินผล

นอกจากนี้วิทยากรควรให้กลุ่มวางแผนวิธีการบริหารจัดการให้การดำเนินงานเป็นไปตามแผน สมาชิก/กลุ่มเป้าหมายเข้ามามีส่วนร่วม สามารถดำเนินการ ระดมทรัพยากร และพึ่งพาตนเองได้ในระยะยาว โดยระยะแรกอาจให้สถานบริการ หรือเจ้าหน้าที่ช่วยเป็นที่ปรึกษา ฝึกอบรมความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดำเนินงาน เช่น การฝึกอบรมการเป็นผู้นำกลุ่มออกกำลังกาย เป็นต้น ทั้งนี้ควรมีการพบปะของคณะทำงาน และมีการประเมินผลเพื่อปรับปรุงการทำงานเป็นระยะๆ



**สมุดบันทึกสุขภาพ
สำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง**



โดย

**รศ.ดร.นิตยา เพ็ญศิริรักษา และคณะ
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช**

ภายใต้โครงการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม
สำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่เทศบาลนครนทบุรี

โดยความร่วมมือกับเทศบาลนครนทบุรี

ตารางกิจกรรม: โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วย
ด้วยโรคเรื้อรัง

ข้อมูลส่วนบุคคล

ณ ห้องประชุมศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เทศบาลนครนนทบุรี

ครั้งที่ 1 วันที่ 24 สิงหาคม 2560 เวลา 08.30-15.30 น.
สร้างสัมพันธ์ภาพ สุขภาพที่คาดหวัง เรียนรู้โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิต
สูง ระดับความเสี่ยง โภชนาการ สร้างกลุ่มสนับสนุนตั้งเป้าหมาย วางแผนการ
ดูแลตนเอง

ครั้งที่ 2 วันที่ 22 กันยายน 2560 เวลา 08.30-11.30 น.
ประเมินสุขภาพ ทบทวนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลตนเอง
การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ตั้งเป้าหมาย วางแผนการดูแลตนเอง

ครั้งที่ 3 วันที่ 20 ตุลาคม 2560 เวลา 08.30-11.30 น.
ประเมินสุขภาพ ทบทวนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลตนเอง
บริหารสมอง สุขภาพจิต ยาและรู้เท่าทันสื่อโฆษณา ตั้งเป้าหมาย วางแผนการ
ดูแลตนเอง

ครั้งที่ 4 วันที่ 24 พฤศจิกายน 2560 เวลา 07.30-11.30 น.
เจาะเลือด ประเมินผลพฤติกรรม และสุขภาพจากการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดูแลตนเอง จัดตั้งกลุ่ม วางแผนการดูแล
ตนเอง/กลุ่มอย่างยั่งยืน มอบรางวัล

ชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

อายุ ปี เพศ ชาย / หญิง

บ้านเลขที่.....หมู่.....ต.อ.เมือง จ.นนทบุรี

โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

การเจ็บป่วยในปัจจุบัน

() โรคความดันโลหิตสูง () โรคเบาหวาน () โรคหัวใจ

() โรคไขมันในเลือดสูง () โรคหลอดเลือดสมอง () โรคไต

() โรคอ้วน () อื่นๆ โปรดระบุ.....

น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. (วันที่ 2 สค. 60)

การออกกำลังกายในปัจจุบัน

() ไม่เคยออกกำลังกายเลย

() ออกกำลังกายเป็นครั้งคราว

() ออกกำลังกายเป็นประจำ

การมีข้อห้ามไม่ให้ออกกำลังกาย

() ไม่มี () มี ระบุ.....

การสูบบุหรี่

() ไม่สูบ () สูบ ระบุจำนวนมวนต่อวัน.....

การดื่มสุรา

() ไม่ดื่ม () ดื่ม ระบุจำนวนวัน/สัปดาห์.....

บันทึกข้อมูลการตรวจสุขภาพ (เจ้าหน้าที่บันทึก)

รายการ	ค่ามาตรฐาน	วันที่/เดือน/2560				
		2 สค.	22 กย.	20 ตค.	24 พย.	
น้ำหนัก (กก.)						
ดัชนีมวลกาย	18.5-22.9					
รอบเอว (ซม.)	≤ 1/2 ส่วนสูง					
ความดันโลหิต	<140/90					
น้ำตาลในเลือด	<100 (DM 70-130)					
เอวันซี (A1C)	<7%					
ไตรกลีเซอไรด์	<150					
โคเลสเตอรอล	<200					
แอลดีแอล (LDL)	<100					
เฮชดีแอล (HDL)	ชาย ≥40 หญิง ≥50					

สมรรถภาพทางกาย (เจ้าหน้าที่บันทึก)

เพศ ชาย/หญิง อายุ.....ปี

การวัด	ค่ามาตรฐาน อิงเพศและอายุ	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ประเมิน
ลุกขึ้นยืน				ความแข็งแรงกล้ามเนื้อ ส่วนล่าง
ยกน้ำหนัก งอ แขน				ความแข็งแรงกล้ามเนื้อ ส่วนบน
แตะปลายเท้า				ความยืดหยุ่นร่างกาย ส่วนล่าง
แตะด้านหลัง ขวา				ความยืดหยุ่นร่างกาย ส่วนบนด้านขวา
แตะด้านหลัง ซ้าย				ความยืดหยุ่นร่างกาย ส่วนบนด้านซ้าย
ลุกเดิน 8 ฟุต				ความว่องไว และการ ทรงตัว ขณะเคลื่อนไหว ร่างกาย
ก้าวยกขาสูง 2 นาที				ความอดทนแอโรบิก/ หัวใจและระบบหายใจ

เป้าหมายสุขภาพที่ต้องการ

.....
.....
.....

1. ฉันจะทำเป้าหมายนี้ให้บรรลุเพื่อ

.....
.....

2. ถ้าฉันทำสำเร็จตามเป้าหมายฉันจะรู้สึก

.....
.....

3. คนที่เป็นแรงบันดาลใจหรือแบบอย่างที่ดีให้ฉัน

.....
.....

พันธสัญญาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อบรรลุเป้าหมายสุขภาพดี
ลดภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง

1. พฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการเปลี่ยนแปลง

.....
.....

2. เป้าหมายและวิธีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

.....
.....
.....

3. สิ่งที่เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

.....
.....

4. วิธีการที่จะใช้เพื่อเอาชนะ/แก้ไขอุปสรรค

.....
.....

เริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2560

ต้องการให้บรรลุเป้าหมาย วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2560

ข้าพเจ้ามีความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ลงชื่อ..... พยาน.....

(.....)

(.....)



ทีมสนับสนุนการดูแลตนเอง

ชื่อทีม.....

เป้าหมายของทีม.....

.....

ข้อมูลสมาชิก

ชื่อ-สกุล	บ้านเลขที่	เบอร์โทร	ตำแหน่ง

สรุปการเรียนรู้ครั้งที่ 1 วันที่ 24 สค. 60

มุมมองภาวะสุขภาพตนเอง 😊 😞

สิ่งที่ได้เรียนรู้ในครั้งนี้.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

สิ่งที่จะนำไปปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

สรุปการเรียนรู้ครั้งที่ 2 วันที่ 22 กย.60

ผลการดูแลสุขภาพในเดือนที่ผ่านมา 😊 😞

สิ่งที่ได้เรียนรู้ในครั้งนี.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

สิ่งที่จะนำไปปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

สรุปการเรียนรู้ครั้งที่ 3 วันที่ 20 ตค. 60

ผลการดูแลสุขภาพในเดือนที่ผ่านมา 😊 😞

สิ่งที่ได้เรียนรู้ในครั้งนี.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

สิ่งที่จะนำไปปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



เป้าหมายการดูแลสุขภาพ

สรุปการเรียนรู้ครั้งที่ 4 วันที่ 24 พย.60

ผลการดูแลสุขภาพในเดือนที่ผ่านมา



สิ่งที่ได้เรียนรู้ในครั้งนี้.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

สิ่งที่จะนำไปปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1. ควบคุมค่าดัชนีมวลกาย หรือ BMI (Body Mass Index)

น้อยกว่า	18.5 กก/ตรม	ถือว่า ผอม
ตั้งแต่	18.5-22.9 กก/ตรม	ถือว่า ปกติ
ตั้งแต่	23-24.9 กก/ตรม	ถือว่า ท้วม
ตั้งแต่	25-34.9 กก/ตรม	ถือว่า อ้วน
ตั้งแต่	35 กก/ตรม.ขึ้นไป	ถือว่า อ้วนรุนแรง

$$\text{ดัชนีมวลกาย (กก/ตรม)} = \frac{\text{น้ำหนัก (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง(เมตร)} \times \text{ส่วนสูง(เมตร)}}$$

2. ควบคุมรอบเอว

- ค่าปกติในผู้หญิง ไม่เกิน 32 นิ้ว หรือ 80 ซม.
- ค่าปกติในผู้ชาย ไม่เกิน 36 นิ้ว หรือ 90 ซม.
- ปัจจุบันใช้ ค่าไม่เกินครึ่งหนึ่งของส่วนสูง เช่น สูง 150 ซม. รอบเอวไม่ควรเกิน 75 ซม.

3. ควบคุมระดับความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)

- ภาวะปกติ น้อยกว่า 120/80 มิลลิเมตรปรอท
- ภาวะเสี่ยง 120/80 ถึง 139/89 มิลลิเมตรปรอท
- ภาวะความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป

4. ควบคุมน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)

- ภาวะปกติ น้อยกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
- ภาวะเสี่ยง 100-125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
- เป็นเบาหวาน ตั้งแต่ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ขึ้นไป
- ผู้ที่เป็นเบาหวาน กินยา/ฉีดยาเบาหวานน้ำตาลควร 70-130

5. ควบคุมน้ำตาลสะสม (A1C) > 7%

6. การออกกำลังกายระดับหนักปานกลางขึ้นไป 150 นาที/สัปดาห์

ภาวะโภชนาการและกิจกรรมทางกาย

ภาวะโภชนาการ/กิจกรรมทางกาย	พลังงานที่ควรได้รับต่อน้ำหนักตัว 1 กก.
น้ำหนักเกิน/อ้วน/กิจกรรมเบา	20-25 กิโลแคลอรี
น้ำหนักปกติ/กิจกรรมปานกลาง	25-30 กิโลแคลอรี
น้ำหนักน้อย/ผอม/กิจกรรมหนัก	30-35 กิโลแคลอรี

พลังงานที่ควรได้รับใน 1 วัน

= น้ำหนักที่ควรจะเป็น (กก.) x พลังงานตามภาวะโภชนาการ/กิจกรรมทางกาย

=.....กิโลแคลอรี

อาหารสำหรับผู้ที่ต้องการรักษาน้ำหนักตัวให้คงที่

หมวดอาหาร	พลังงาน (กิโลแคลอรี/วัน)		
	1,300	1,500	1,800
ข้าว-แป้ง	7 ทัพพี	8 ทัพพี	11 ทัพพี
เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน	10 ช้อนโต๊ะ	12 ช้อนโต๊ะ	13 ช้อนโต๊ะ
น้ำมัน	3 ช้อนชา	4 ช้อนชา	6 ช้อนชา
ผัก	ไม่จำกัด	ไม่จำกัด	ไม่จำกัด
ผลไม้	3 ส่วน	3 ส่วน	3 ส่วน
น้ำตาล/เกลือ/น้ำปลา	ใช้น้อยเท่าที่จำเป็น	ใช้น้อยเท่าที่จำเป็น	ใช้น้อยเท่าที่จำเป็น

อาหารสำหรับผู้ที่ต้องการลดน้ำหนักตัว

หมวดอาหาร	พลังงาน (กิโลแคลอรี/วัน)		
	1,300	1,500	1,800
ข้าว-แป้ง	5.5 ทัพพี	7 ทัพพี	8.5 ทัพพี
เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน	20 ช้อนโต๊ะ	22 ช้อนโต๊ะ	27 ช้อนโต๊ะ
น้ำมัน	-	-	-
ผัก	ไม่จำกัด	ไม่จำกัด	ไม่จำกัด
ผลไม้	3 ส่วน	3 ส่วน	3 ส่วน
น้ำตาล/เกลือ/น้ำปลา	ใช้น้อยเท่าที่จำเป็น	ใช้น้อยเท่าที่จำเป็น	ใช้น้อยเท่าที่จำเป็น

ผักที่ให้พลังงานน้อยมากบริโภคได้ตามความต้องการ

(1 ส่วน ประมาณ 1 ทัพพี / 70-100 กรัม)

-ผักกาดขาว ผักบุ้ง ผักกาดหอม ผักสลัดแก้ว หัวไชเท้า ฟักเขียว น้ำเต้า บวบ โหระพา ถั่วงอก

ผักที่ให้พลังงาน 28 กิโลแคลอรี ต่อ 1 ส่วน ประมาณ 1 ทัพพี/70-100 กรัม

-สะตอ หน่อไม้ฝรั่ง ผักคะน้า ดอกกะหล่ำ กะหล่ำปลี แครอท ถั่วลันเตา ถั่วพู ถั่วฝักยาว

มะเขือเปราะ ข้าวโพดอ่อน เห็ด บรอกโคลี มะระ

ควรบริโภคผักทุกมื้อ อย่างน้อยวันละ 4-6 ทัพพี หรือ 500 กรัม ต่อวัน

ให้ระวังผักที่มีแป้งมาก เช่น ฟักทอง

บันทึก

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

บันทึก

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



ภาคผนวก ข

ใบรับรองโครงการวิจัย

ของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี



ใบรับรองโครงการวิจัย

การประชุมครั้งที่ ๓/๒๕๖๐ วันที่ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม สำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรค
ไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่เทศบาลนครนนทบุรี

ผู้วิจัยหลัก รองศาสตราจารย์ ดร.นิศยา เพ็ญศิริรักษา

หน่วยงานที่สังกัด มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ครั้งนี้

รับรอง วันที่พิจารณารับรอง ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๖๐

วันที่รับรอง : ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๖๐

วันที่หมดอายุ : ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๑

ลงนาม

พิมพ์

(นางอัมพร วารินทร์)

ประธานกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ภาคผนวก ค

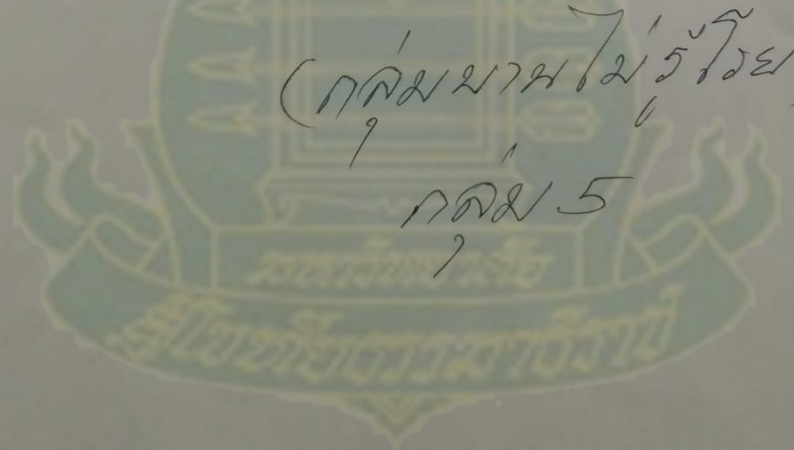
ความคิดเห็นของผู้แทนกลุ่มที่เข้าร่วมโครงการการสร้างเสริมสุขภาพ



อยากเชิญชวน ชนชนวัดชนาเอก และ
 ชนชนวัดท่าหมี่ท่าไต้ และ ชนชนใกล้เคียง
 ได้มาร่วมการ อบรมแซมขึ้นเหมือนพวก
 เราทุกคนได้ร่วมความรู้ในสิ่งที่ทุก
 คนไม่รู้กล่มมาขึ้นเช่นขอช. เราทุกคน
 ในกลุ่มพร้อมใจมาก ก้มก่กรรมครั้งนั้น
 และยังต้องการให้มการรวมแซมขึ้น
 ตลอดไป

(กลุ่มมาไม่รู้ว่า)

กตม 5

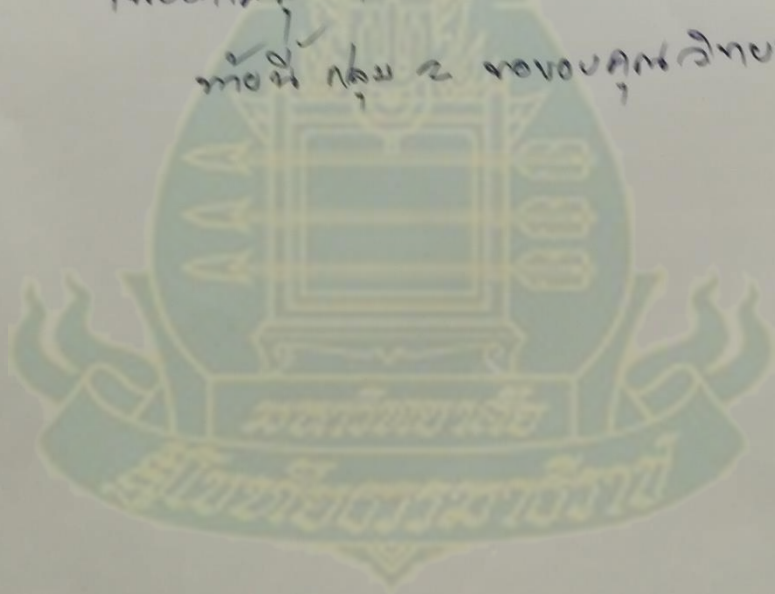


กิจกรรมงานชมรมผู้สูงอายุทุกท่าน
กลุ่ม 2 มี 5 คน

1. คุณประจักษ์ จินตนา
2. นายสุเมธ สิริเมธ
3. นายประจักษ์ แซ่ตัน
4. นายสุเมธ ม:๓๐๖
5. คุณไกร ม:๓๐๖

ขอขอบคุณ 5 คน มีความดีต่อกัน รักกัน กลุ่มผู้สูงอายุ
ทุกท่าน ให้ร่วมใจกันทำประโยชน์ให้สังคม
เพื่อสังคมที่ดีขึ้น

ทำดี กลุ่ม 2 ของชมรมวิทยากรทุกท่าน



ได้มาอบรมได้ประโยชน์มาก อยากให้เพื่อนๆ ในชั้นเรียนเข้ามามีส่วนร่วมกัน
มากขึ้น เพื่อสุขภาพของพวกคุณด้วยนะ และยังมีอาหารกึ่งลดเพื่อสุขภาพ
มีเครื่องดื่มตลอดทั้งวันด้วยที่ดูก็ดูดี

อยากเชิญชวน พี่น้องทุกคนให้มาร่วมกันในวันเสาร์ที่ ๑๖ กรกฎาคม ๒๐๑๖
มีกิจกรรมคืออาหารสุขภาพในวันเสาร์ที่ ๑๖ กรกฎาคม ๒๐๑๖ และสุขภาพดีด้วย
และยังมีอาหารกึ่งลดในวันเสาร์ที่ ๑๖ กรกฎาคม ๒๐๑๖ และทำใจ
ผู้จัดทำจิตอาสา อักสิริคุณ

เรียนท่านประ: ชานชม ชนชาวนทอง

ดิฉันเอง: สิบเอกกมล + จากศูนย์บริการสาธารณสุข
ที่ ๕ เขตบางเขน มีความสุขและได้รู้ถึงความรู้จากวิทยากร
จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยวิทยา สิบเอกประวิทย์
เป็นกันเอง สดวกทุกเรื่อง โดยเฉพาะเรื่องโรคภัย
ไข้เจ็บ รวมถึงสุขภาพใจและสุขภาพกายเพื่อหัวใจที่
แข็งแรงและเพื่อสุขภาพที่ดี. สรุปรว: ทั้งใจกาย
ใจและกาย

