ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน*

The Effectiveness of the Empowerment Program on Development of Self-care Competency in Community Dwelling Elders*

บทความวิจัย

ปรางค์ทิพย์ อุจะรัตน วัฒนา พันธุ์ศักดิ์*** ฉวีวรรณ โพธิ์ศรี*****

Prangtip Ucharattana, R.N., M.A.**

Wattana Pansakd, R.N., M.S.***

Chaweewan Posre, R.N., M.S.***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 100 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถช่วยเหลือตนเองได้ และไม่มีโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเอง เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยเป็นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Gibson ประกอบด้วย การค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ กลุ่มตัวอย่างได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามโปรแกรม 3 ครั้ง เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเอง และตัวบ่งชี้สุขภาพ (ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิต) ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและการทดสอบค่าที ผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้าน (การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการพัฒนาทางจิตวิญญาณ) ค่าดัชนีมวลกายก่อนและหลังเข้าโครงการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
2. กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว (ความดันโลหิตสูง เบาหวาน) สามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้น

คำสำคัญ : โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ, การพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเอง, ผู้สูงอายุ

Abstract

The purpose of this action research was to examine the effectiveness of the empowerment program in order to develop self-care competency in community dwelling elders. Through convenience sampling, the total of 100 elders aged 60 years and older living in community was participated in this study. Most elders were living independent. Focus group discussion was employed by using the Gibson's empowerment framework. The framework was composed of 4 steps: discovering reality, critical reflection, taking charge, and holding. The subjects joined the empowerment groups 3 times. Data were collected using questionnaire and health

*ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยมหิดล

Corresponding Author: **รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700;

E-mail: prangtip.uch@mahidol.ac.th

***รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

indicators (BMI, blood sugar and blood pressure level) before and after attending the program. Descriptive statistics and t-test were used to analyze the data.

The research results showed that there was statistically significance difference in eating, exercise, spiritual behaviors and overall self-care behaviors and BMI level after the program ($p < .05$). The elder group with chronic diseases (hypertension, diabetes) was being able to control chronic diseases better.

Keywords: Empowerment Program, Self-Care Competency development, Elders

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สังคมไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างมากและรวดเร็วจากภาวการณ์เกิดสูงตายสูง มาสู่การเกิดต่ำตายต่ำ จากโรคระบาดและโรคติดต่อมาสู่โรคเรื้อรังและโรคที่เกิดจากความเสื่อมสภาพของร่างกายตามวัย ทำให้สังคมไทยเปลี่ยนจากสังคมเยาว์วัยสู่สังคมสูงวัย สัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.6 ในปี พ.ศ. 2503 เป็นร้อยละ 13.2 ในปี พ.ศ. 2553 (วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2554) การที่ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้มองเห็นภาพแนวโน้มของภาวะความเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้นในอนาคต การมีประชากรสูงอายุมากย่อมมีผู้เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น อาทิ ความดันโลหิตสูง หัวใจ และเบาหวาน ซึ่งมีอัตราผู้ป่วยในสูงถึง 1,187 คน, 936 คน และ 849 คน ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งต้นตอหลักมาจากพฤติกรรมทางสุขภาพในด้านต่าง ๆ ที่ไม่เหมาะสมหรือไม่ได้รับการส่งเสริมและป้องกันที่เพียงพอ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2556) โรคเรื้อรังเหล่านี้เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุเข้าสู่สภาพพึ่งพาและทุพพลภาพเร็วขึ้น ทำให้สูญเสียทรัพยากรแผ่นดินด้านการแพทย์และสาธารณสุขอย่างมหาศาล ในขณะที่จำนวนและการกระจายตัวของบุคลากรด้านสาธารณสุขมีไม่พอเพียงที่จะรองรับปัญหาได้อย่างครอบคลุม กอปรกับสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุได้รับไม่เพียงพอกับการยังชีพได้อย่างมีความสุข ดังนั้นจึงเป็นการควรอย่างยิ่งที่จะนำคำสั่งสอนขององค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้าเรื่อง “ตนเป็นที่พึ่งแห่งตน” มาเป็นหลักปฏิบัติในการดำเนินชีวิต ดังจะเห็นได้จากการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) (วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2554) ได้ระบุสาระสำคัญที่น่าสนใจว่า “ผู้สูงอายุ” ส่วนใหญ่ไม่ใช่บุคคลด้อยโอกาสหรือเป็นภาระของสังคม แม้ว่าผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งจะประสบความทุกข์ยาก ต้องการการเกื้อกูลจากสังคมและรัฐ แต่ก็เป็นเพียงบางช่วงเวลาของวัยสูงอายุเท่านั้น ผู้สูงอายุมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และศักยภาพสมควรได้รับการส่งเสริม สนับสนุนให้มีส่วนร่วมอันเป็นประโยชน์ต่อสังคม สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของตนได้อย่างมีคุณภาพที่สมเหตุ สมผล และสมวัย จากการที่สังคมไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างชัดเจน โดยมีสัดส่วนประชากรสูงวัยเพิ่มมากขึ้น ขณะที่เด็กรวมถึงหนุ่มสาววัยทำงานลดลง การสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคมให้แก่ประเทศและประชาชน จึงมีหัวใจสำคัญอยู่ที่การลงทุนพัฒนาคุณภาพของ “คน” ให้มีศักยภาพและทักษะจำเป็นต่าง ๆ อย่างเพียงพอ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2556)

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) ตามแนวคิดของกิ๊บสัน (Gibson, 1995) เป็นแนวคิดแบบพลวัต มีการให้ การรับ การแลกเปลี่ยน การมีปฏิสัมพันธ์กัน วางเป้าหมายในการทำงานร่วมกัน ช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ เกิดความตระหนัก เป็นการสร้างความเข้มแข็งให้บุคคล มุ่งเน้นการแก้ปัญหา การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการพัฒนาคนและกลุ่มบุคคล โดยใช้กระบวนการที่เน้นให้กลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมในการดำเนินการ ใช้วิธีการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้และความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ร่วมกันระบุปัญหาของตนเอง วิเคราะห์หาสาเหตุและความเป็นมาของปัญหาโดยใช้วิจารณญาณในการมองภาพที่ต้องการจะเป็นและร่วมกันพัฒนา

หากลวิธีในการที่จะแก้ไขอุปสรรคเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการ หัวใจสำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือการให้เครื่องมือ ทักษะ ข้อมูล ความช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ สอดคล้องกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2013) ที่กล่าวว่า การส่งเสริมการดูแลตนเองโดยให้ความรู้และเสริมพลังอำนาจให้บุคคล สามารถทำให้การดูแลตนเองประสบความสำเร็จ งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจถูกนำมาใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ดังเช่นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Shearer, Fleury, Ward, & O’Brien, 2010) พบว่าองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้การ

เสริมสร้างพลังอำนาจในผู้สูงอายุประสบความสำเร็จคือ การให้สุขศึกษา กระบวนการที่ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ปัญหาและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแก้ปัญหา และการสนับสนุนทางสังคม ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ทัศนคติ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น ณัฐสุรางค์ บุญจันทร์ และคณะ (2554) ศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรม และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากการสำรวจพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจำนวน 154 คน ในชุมชนบ้านบุ ซึ่งเป็นชุมชนแออัดเขตเมือง ตั้งอยู่ริมคลองบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ปรางค์ทิพย์ อุจะรัตน และคณะ (2551) พบว่า ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว 3 อันดับแรก คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 55.2, 28.6, 27.3) มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมปานกลาง ($\overline{X} = 2.45 \pm 0.23$) มีกิจกรรมทางกายต่ำ ($\overline{X} = 1.95 \pm 0.47$) สอดคล้องกับรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2554 (วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2554) พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 54.9 มีโรคเรื้อรังประจำตัวมากกว่า 1 โรค ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ โรคเรื้อรังที่พบในผู้สูงอายุคือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ และไขมันในเลือดสูง ดังนั้นแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุควรมุ่งเน้นที่การป้องกันมากกว่าการรักษา กิจกรรมด้านบวก ที่ช่วยส่งเสริมการมีสุขภาพดีและป้องกันภาวะสุขภาพไม่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

สมมติฐานของการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลตนเอง และดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุหลังเข้าโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรม

2. กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว (ความดันโลหิตสูง เบาหวาน) หลังเข้าโปรแกรมสามารถควบคุมโรคได้ดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) จำนวน 100 คน โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้า คือ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่มีโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเอง สามารถพูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์การคัดออกคือ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเข้าร่วมกลุ่มได้ครบ 3 ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป จำนวน 22 ข้อ ถามข้อมูลเกี่ยวกับอายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ศาสนา โรคประจำตัว ปัญหาสุขภาพ การสูบบุหรี่ และดื่มสุรา การดื่มชา กาแฟ น้ำอัดลม การตรวจสุขภาพ และตรวจตามนัด สิทธิการรักษา ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วยและสัมพันธภาพภายในครอบครัว

2. แบบสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ถามข้อมูลเกี่ยวกับวิถีการดำเนินชีวิต 6 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การพัฒนาทางจิตวิญญาณ การออกกำลังกาย การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง และการจัดการความเครียด จำนวน 40 ข้อ ทุกข้อเป็นคำถามเชิงบวก คำตอบเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เคย = 1 บางครั้ง = 2 บ่อยครั้ง = 3 สม่ำเสมอ = 4 การแปลผลพฤติกรรมการดูแลตนเองดังนี้ คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 2.00 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.01 - 3.00 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.01 - 4.00 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับดี

3. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิ๊บสัน (Gibson, 1995) ร่วมกับการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กิจกรรมในโปรแกรมประกอบด้วย การสนทนากลุ่มเพื่อค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิด การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การให้ความรู้ สาธิต และฝึกปฏิบัติ การตั้งเป้าหมาย วางแผนเลือกวิธีการดูแลตนเอง แจกคู่มือการดูแลตนเองให้กลับไปทบทวนที่บ้าน และทำข้อตกลงการปฏิบัติตนร่วมกัน ในวงสนทนารอบที่ 2 และ 3 จะนำผลที่เกิดขึ้นจากการ

ปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคเพื่อการปรับแก้ที่เหมาะสม การสนทนากลุ่มจัดดำเนินการกลุ่มละ 3 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกันประมาณ 1 เดือน

4. ประเด็นคำถามในการสนทนากลุ่มพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson 4 ขั้นตอน คือ การค้นพบสภาพการณ์จริงและการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณของผู้สูงอายุ เริ่มตั้งแต่การให้คำนิยามว่า “สุขภาพดี” ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีควรมีลักษณะอย่างไร ขณะนี้แต่ละคนคิดว่าตนเองมีสุขภาพดีหรือไม่ ถ้าอยากเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีควรจะต้องปฏิบัติตนอย่างไร ปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติตัวให้มีสุขภาพดีคืออะไร วิธีการจัดการ/ไม่จัดการกับปัญหาของแต่ละบุคคลขึ้นกับปัจจัยใด สมาชิกในครอบครัวมีส่วนเกี่ยวข้องในการช่วยเหลือ สนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีได้อย่างไร

คุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความเหมาะสมของโปรแกรม และความตรงตามเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์กระทำโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านผู้สูงอายุจำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์เท่ากับ 0.97 นำแบบสัมภาษณ์ไปทดสอบความเที่ยงกับผู้สูงอายุในชุมชนใกล้เคียงที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.76

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารหมายเลข MU-2007/228 หลังจากนั้นผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร ก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย สิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ รวมถึงการเก็บข้อมูลส่วนตัวเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปการสรุปผล

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลมีขั้นตอนดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพกับคนในชุมชนและประชาสัมพันธ์โครงการให้ชุมชนทราบ มีผู้สูงอายุสมัครใจเข้าร่วมโครงการจำนวน 100 คน

2. นัดหมายผู้สูงอายุที่บ้านเพื่อทำการสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองตามวิถีการดำเนินชีวิต 6 ด้าน ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต และก่อนหน้าการสัมภาษณ์เวลาประมาณ 07.00 น. ผู้ช่วยนักวิจัยไปที่บ้านผู้สูงอายุที่นัดไว้ เพื่อเจาะเลือดปลายนิ้วหาระดับน้ำตาลในเลือด

3. วิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองและข้อมูลเกี่ยวกับตัวบ่งชี้สุขภาพ นำผลที่ได้มาพัฒนาแนวทางการสนทนากลุ่มให้มีความสอดคล้องกับบริบทของแต่ละกลุ่ม

4. แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 9 กลุ่ม กลุ่มละ 11 - 12 คน ดำเนินการสนทนากลุ่ม จำนวน 3 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกันประมาณ 1 เดือน การสนทนากลุ่มจัดดำเนินการในวันเสาร์และ/หรือวันอาทิตย์ สถานที่ที่ใช้คือ ศาลาโรงธรรม และห้องสมุดภายในชุมชน

5. ในการสนทนากลุ่มครั้งที่ 1 เริ่มจากการค้นหาข้อมูลที่เป็นสภาพการณ์จริงของผู้สูงอายุ ทำการพูดคุยสะท้อนคิดเกี่ยวกับทัศนะ พฤติกรรม สิ่งแวดล้อม และความเป็นจริงที่ปฏิบัติอยู่อย่างมีเหตุมีผล การที่จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถดึงศักยภาพที่มีอยู่ออกมาใช้ในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนได้นั้น การเสริมพลังอำนาจให้ผู้สูงอายุถือได้ว่าเป็นกลไกสำคัญในการสร้างความแข็งแกร่งทางด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหรือแม้แต่การอยู่กับโรคภัยไข้เจ็บได้อย่างมีความสุข ในการสนทนากลุ่มสิ่งที่ผู้วิจัยสามารถกระทำได้มากคือ การช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจว่าปัญหาต่าง ๆ เกิดจากวิถีชีวิตและวิธีการคิดของแต่ละบุคคล และเป็นโอกาสดีที่ผู้สูงอายุจะแสดงความรับผิดชอบตนเอง ทีมวิจัยทำการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้สูงอายุ ให้ความรู้และพัฒนาทักษะที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจที่จะนำไปปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ หลังจากนั้นผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุร่วมกันกำหนดเป้าหมายของการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และวางแผนเพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินการของแต่ละคน ซึ่งไม่จำเป็นที่ทุกคนต้องเหมือนกัน ภายหลังจากที่ผู้สูงอายุตัดสินใจเลือกวิธีดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมสำหรับตนเองได้แล้ว จะทำข้อตกลงร่วมกันว่าจะพยายามประพฤติปฏิบัติตนให้ดีที่สุดเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ร่วมกันตั้งไว้ ให้กำลังใจโดยแนะนำให้ลงมือปฏิบัติในสิ่งที่ผู้สูงอายุเห็นว่ามีความสำคัญ

6. ในการสนทนากลุ่มครั้งที่ 2 และ 3 จะนำผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมที่ได้ตกลงกันไว้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และกลุ่มช่วยกันให้ข้อเสนอแนะในการปรับแก้ถ้ายังไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ กระตุ้นให้กลุ่มมีการชมเชยให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เมื่อสามารถปฏิบัติได้ดีจะช่วยเพิ่มการ

รับรู้ความสามารถของตนเองและสามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่พึงประสงค์ต่อไป ในวงสนทนาครั้งที่ 3 ของแต่ละกลุ่ม ทีมวิจัยได้ทำการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต สัมภาษณ์ผู้สูงอายุเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และก่อนหน้านี้เวลาประมาณ 07.00 น. ผู้ช่วยนักวิจัยไปที่บ้านผู้สูงอายุที่นัดไว้ เพื่อเจาะเลือดปลายนิ้วหาระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อเป็นข้อมูลหลังดำเนินโครงการและย้ำเตือนให้มาเข้ากลุ่มตามเวลานัดหมาย

7. การดำเนินการเพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุให้ประสบความสำเร็จจำเป็นที่จะต้องได้รับความร่วมมือ และการช่วยเหลือเกื้อกูลจากครอบครัว ทีมวิจัยได้เชิญสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมาประชุมปรึกษาหารือ สร้างความเข้าใจวัตถุประสงค์ของโครงการ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น รับรู้ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ร่วมกันค้นหาแนวทางในการช่วยเหลือ สนับสนุน และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทั้งกายและใจ รวมถึงการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในบ้านรอบ ๆ บ้านให้ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ (จัดดำเนินการภายหลังการสนทนากลุ่มผู้สูงอายุ ครั้งที่ 1) โดยจัดประชุม 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 มีสมาชิกในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างมาร่วมประชุม 27 คน จัดที่ศาลาโรงธรรม และครั้งที่ 2 จำนวน 36 คน จัดที่ห้องสมุดภายในชุมชน มีผู้ไม่ได้มาร่วมประชุม 37 คน ทีมวิจัยมอบหมายให้อาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นผู้ช่วยนักวิจัยไปที่บ้านเพื่ออธิบายให้สมาชิกในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างเข้าใจวัตถุประสงค์ของโครงการ และขอความร่วมมือในการสนับสนุน ช่วยเหลือ และให้กำลังใจผู้สูงอายุในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที (paired t-test)

ผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้าน (การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการพัฒนาทางจิตวิญญาณ) ค่าดัชนีมวลกายก่อนและหลังเข้าโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้าน ค่าดัชนีมวลกายก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=100)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	หลังเข้าโปรแกรม		ก่อนเข้าโปรแกรม		t
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
ด้านการรับประทานอาหาร	3.02	0.28	2.86	0.37	3.53*
ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ	2.55	0.48	2.35	0.40	2.93*
ด้านการออกกำลังกาย	2.07	0.35	1.94	0.28	2.40*
ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	2.55	0.47	2.44	0.39	1.70
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง	2.17	0.42	2.15	0.40	0.27
ด้านการจัดการความเครียด	2.75	0.33	2.74	0.38	0.26
พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม	2.52	0.20	2.41	0.18	3.90*
ค่าดัชนีมวลกาย	25.49	4.57	25.71	4.61	-4.42*

*$p < .05$

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองรายข้อด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการพัฒนาทางจิตวิญญาณก่อนและหลังเข้าโปรแกรม พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารหลังเข้าโปรแกรม ข้อ 1, 2, 5 และ 7 แตกต่างจากก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายหลังเข้าโปรแกรม ข้อ 12 และ 14 แตกต่างจากก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณหลังเข้าโปรแกรม ข้อ 16, 17, 19 และ 20 แตกต่างจากก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองรายข้อด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการพัฒนาทางจิตวิญญาณก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=100)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	หลังเข้าโปรแกรม		ก่อนเข้าโปรแกรม		t
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
ด้านการรับประทานอาหาร					
1. ท่านเลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันและคอเลสเตอรอลต่ำ	2.67	0.68	2.24	0.75	4.65*
2. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสหวานจัดและขนมหวานจัด	3.08	0.56	2.82	0.77	2.65*
3. ท่านรับประทานข้าวเป็นอาหารหลักสลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ เช่น ก๋วยเตี๋ยว, ขนมจีน	3.86	0.35	3.79	0.41	1.22
4. ท่านรับประทานผลไม้ทุกวัน	2.89	0.68	2.82	0.77	0.67
5. ท่านรับประทานผักทุกวัน	3.14	0.49	2.82	0.77	3.40*
6. ท่านดื่มนมหรือทานโยเกิร์ตทุกวัน	2.38	0.79	2.50	0.76	-1.18
7. ท่านรับประทานปลา, เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน, ไก่, ไข่ และถั่วเมล็ดแห้งทุกวัน	2.28	0.70	2.06	0.81	2.12*
8. ท่านรับประทานอาหารเช้าทุกมื้อ	3.86	0.35	3.79	0.41	1.22
ด้านการออกกำลังกาย					
9. ท่านออกกำลังกายที่ใช้แรงมากเป็นเวลา 20 - 30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ เช่น เดินเร็ว, แอโรบิก, ปั่นจักรยาน	1.79	0.67	1.77	0.68	0.20
10. ท่านออกกำลังที่ใช้แรงน้อยถึงปานกลาง เช่น เดินติดต่อกันนาน 30 - 40 นาที, ทำงานบ้าน, เดินไปจ่ายตลาด	2.05	0.83	2.03	0.81	0.17
11. ท่านบิดเนื้อบิดตัวและเหยียดแขน-ขาอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ เช่น ทำก่อนลุกจากที่นอน หรือเมื่อรู้สึกเมื่อยล้าจากการทำงาน	2.63	0.51	2.60	0.61	0.35
12. ท่านออกกำลังกายจนเหงื่อออก หัวใจเต้นแรง	1.77	0.72	1.47	0.52	3.20*
13. ท่านหาโอกาสออกกำลังกายเล็ก ๆ น้อย ๆ ในแต่ละวัน เช่น เดินเล่นหลังรับประทานอาหาร	2.37	0.60	2.30	0.75	0.72
14. ท่านตรวจนับชีพจรทุกครั้งก่อนและหลังการออกกำลังกาย	1.78	0.81	1.49	0.60	2.82*
ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ					
15. ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีเป้าหมาย	2.06	0.53	1.95	0.61	1.24
16. ท่านรู้สึกพอใจในตนเองและไม่มุ่งหวังในสิ่งที่เป็นไปไม่ได้	2.29	0.81	1.93	0.56	3.50*
17. ท่านรู้สึกว่าเวลาที่ผ่านไปแต่ละวันน่าสนใจและท้าทาย	2.27	0.85	2.03	0.58	2.22*
18. ท่านรู้ว่าอะไรเป็นสิ่งที่สำคัญต่อชีวิต	2.42	0.86	2.38	0.93	0.31
19. ท่านรู้สึกว่าธรรมะเป็นที่พึ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ	3.96	0.20	3.86	0.35	2.41*
20. ท่านสนใจที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ และสิ่งที่ท้าทายความสามารถ	2.27	0.85	1.97	0.63	2.67*

2. กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว (ความดันโลหิตสูง เบาหวาน) สามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้น โดยผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ควบคุม Systolic ≤ 140 มิลลิเมตรปรอท จำนวนเพิ่มขึ้น 16 คน คิดเป็นร้อยละ 40 (ลดลงจาก 40 คน เหลือ 24 คน) ควบคุม Diastolic ≤ 90 มิลลิเมตรปรอท จำนวนเพิ่มขึ้น 18 คน คิดเป็นร้อยละ 75 (ลดลงจาก 24 คน เหลือ 6 คน) ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ควบคุมระดับน้ำตาลเมื่ออดอาหารไม่เกิน 126 มิลลิกรัม% จำนวนเพิ่มขึ้น 8 คน คิดเป็นร้อยละ 38 (ลดลงจาก 21 คน เหลือ 13 คน)

สรุปและอภิปรายผล

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้าน (การรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย และการพัฒนาทางจิตวิญญาณ) ค่าดัชนีมวลกายก่อนและหลังเข้าโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้ผู้สูงอายุมีความตระหนักรู้ในเรื่องการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้น โดยพยายามที่จะรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันและคอเลสเตอรอลต่ำมากขึ้น หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสหวานจัดและขนมหวานจัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องการดื่มน้ำอัดลมสามารถเห็นผลค่อนข้างชัดเจน ผู้สูงอายุสามารถลดการดื่มน้ำอัดลมลงได้ถึง 36 คน โดยข้อมูลก่อนดำเนินโปรแกรมมีการดื่มน้ำอัดลมเป็นประจำ 54 คน ข้อมูลหลังดำเนินโปรแกรมมีการดื่มน้ำอัดลมเป็นประจำ 18 คน ผู้สูงอายุมีการรับประทานผักทุกวันจำนวนเพิ่มขึ้น รับประทานปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไก่ ไข่ และถั่วเมล็ดแห้งเพิ่มขึ้น ดังคำพูดในกลุ่มสนทนา “กินผักกินผลไม้ดีนะ ถ่ายสะดวกดี” “ไข่กินมากไม่ดี เดี๋ยวคอเลสเตอรอลสูง” “ก็กินแต่ไข่ขาวซิ ไข่แดงเอาให้หลานกิน” “ผู้สูงอายุกินปลาไม่ค่อยสะดวก กลัวก้าง ตาไม่ค่อยดี” “กินถั่วมีประโยชน์ดีเหรอ ทดแทนเนื้อสัตว์ได้ด้วยเหรอ ดีจังฉันจะได้กินถั่วบ่อยๆ อร่อยดีไม่เหนียวด้วย” สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา (Bandayrel & Wong, 2011) พบว่าการให้คำปรึกษาด้านโภชนาการร่วมกับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ตั้งแต่การตั้งวัตถุประสงค์ การวางแผนการปฏิบัติ การกระตุ้นให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและการเข้ากลุ่ม มีผลดีต่อพฤติกรรมทางด้านโภชนาการ มีข้อน่าสังเกตเรื่องการดื่มนมหรือโยเกิร์ตน้อยลงจากเดิม ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุอาจเปลี่ยนมาดื่มน้ำเต้าหู้แทน มีการรับประทานปลาตัวเล็กตัวน้อยเพิ่มขึ้น ดังคำพูดในกลุ่มสนทนา “กินนมแล้วท้องอืด แต่ก็พยายามกิน เห็นเขาบอกว่าดี ช่วยเรื่องกระดูก” “ถ้ากินน้ำเต้าหู้แทนนมได้ ฉันจะเปลี่ยนมากินน้ำเต้าหู้แทนดีกว่า” “กินปลาตัวเล็กตัวน้อยแข็งเคี้ยวไม่ค่อยออก” “ก็ตำให้ละเอียดก่อนกินซิ” อย่างไรก็ตาม การดื่มกาแฟ ชา ผู้สูงอายุที่ดื่มประจำทุกวันส่วนใหญ่ก็ยังดื่มอยู่วันละ 1 แก้ว ดังคำพูดในกลุ่มสนทนา “ชอบกินกาแฟ กินแล้วสดชื่นดี กินมาหลายปี ติดแล้ว เลิกไม่ได้หรอก” “กินวันละแก้วเดียวแหละ กินมากกว่านี้ไม่ได้จะนอนไม่หลับ” สำหรับพฤติกรรมการออกกำลังกายก็เช่นเดียวกัน การเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ สามารถทำให้ผู้สูงอายุมีความตระหนักในเรื่องการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น มีการสาธิตการออกกำลังกายภายในกลุ่มมีผู้สูงอายุออกมาสาธิตวิธีการออกกำลังกายแลกเปลี่ยนกัน พร้อมนี้ให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายร่วมกันเพื่อความสนุกสนานและเกิดความรู้สึกว่าสามารถทำได้ไม่ยากเกินไป ผู้วิจัยสาธิตและอธิบายประโยชน์ของการจับชีพจรก่อนและหลังการออกกำลังกาย ให้ผู้สูงอายุฝึกทักษะในการจับชีพจรด้วยตนเอง ดังคำพูดในกลุ่มสนทนา “ออกกำลังกายท่าทางแบบนี้ ทำไม่ยาก” “ยืนแกว่งแขนเนี่ย เหนื่อยเหมือนกันนะ” “เพิ่งเคยจับชีพจรเป็นครั้งแรกเลยนะ” “ชีพจรเต้นเร็วขึ้นจริง ๆ หลังออกกำลังกาย” “ต้องหานาฬิกาตัวเลขใหญ่ ๆ ไม่งั้นมองไม่เห็นหรอก” ผู้สูงอายุได้รับการกระตุ้นจูงใจให้เห็นประโยชน์ของการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ สามารถป้องกันหรือชะลอการเกิดโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคที่มักเป็นปัญหาสำหรับผู้สูงอายุ คือ โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ข้ออักเสบ และการทรงตัวไม่ดี ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม การมองเห็นความสำเร็จของตนเอง การเห็นตัวอย่างความสำเร็จจากเพื่อนภายในกลุ่ม การได้รับคำชมเชย และให้กำลังใจซึ่งกันและกันจะช่วยเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา (Lee et al., 2008) พบว่าการเข้าร่วมสนทนากลุ่ม การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ทัศนคติและมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้น อย่างไรก็ตาม ในประเด็นของการออกกำลังกาย แม้ว่าผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น แต่ส่วนใหญ่เป็นลักษณะของต่างคนต่างทำ ไม่ได้ออกมารวมกลุ่มกัน โดยมากจะออกกำลังกายโดยการเดิน แกว่งแขน ยืดเหยียด ยกขา ยกแขน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ชอบการออกกำลังกายนอกบ้าน ด้วยเหตุผลที่ต้องเฝ้าบ้านเลี้ยงหลานและไม่ชอบไปไหนไกล ดังคำพูดในกลุ่มสนทนา “ไม่มีที่ออกกำลังกาย ที่มีอยู่ในหมู่บ้านก็ไกล ขี้เกียจเดิน” “ทำงานบ้าน เดินไปเดินมาก็เหนื่อยแล้ว” “ไปไหนไกลไม่ได้หรอก

ต้องเฝ้าบ้าน” “ฉันเดินไปตลาดทุกเช้า” “แกว่งแขนทุกวัน วันละ 500 ที เหนื่อยมาก เหงื่อออก หัวใจเต้นแรง แต่รู้สึกสดชื่นดีนะ” สำหรับการพัฒนาทางจิตวิญญาณ การเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้ผู้สูงอายุพอใจในตนเองและไม่มุ่งหวังในสิ่งที่เป็นไปไม่ได้ รู้ว่าตนเองมีความสำคัญต่อครอบครัว ลูกหลานให้การสนับสนุนไม่ได้ทำอะไรโดยลำพัง ทำให้การดำเนินการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพตนเองทำไปอย่างมีความหมาย (Sessanna, Finnell, & Jezewski., 2007) ดังคำพูดในกลุ่มสนทนา “เป็นโรคก็มีสุขภาพแข็งแรงได้ พยายามอย่าให้เป็นมากขึ้นก็แล้วกัน” “ช่วยตนเองได้ไม่เป็นภาระลูกหลานก็ดีแล้ว” “คนแก่ส่วนใหญ่ก็เข้าวัด ทำบุญทำทาน” สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา (Ferguson & Goodwin, 2010) พบว่าการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความเข้มแข็งของจิตใจ มีจุดมุ่งหมายในการใช้ชีวิต มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นจะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ค่าดัชนีมวลกายก่อนและหลังเข้าโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุมีการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารดีขึ้น มีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น ทำให้น้ำหนักตัวลดลง มีหลักฐานสนับสนุนชัดเจนว่า การออกกำลังกายมีผลต่อน้ำหนักตัว ลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคอ้วน (Elsawy & Higgins, 2010) อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างยังมีน้ำหนักตัวลดลงไม่มาก โดยพบว่ามีผู้สูงอายุเพียง 23 คนเท่านั้นที่มีค่าดัชนีมวลกายปกติ (BMI 18.5 - 22.9 kg/m2) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีน้ำหนักเกินและเป็นโรคอ้วน

2. ภายหลังดำเนินโปรแกรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน สามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้น ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า การที่ผู้สูงอายุสามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพได้ ทำให้ภาวะของโรคที่ควบคุมโดยยามีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตนที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง ทำให้ค่าความดัน Systolic pressure ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Fernandez et al., 2008) และการเฝ้าติดตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับร่างกายตนเอง (self-monitoring) ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้นเรื่อย ๆ จนทำให้สามารถลดค่าความดัน Diastolic pressure ภายใน 6 เดือน ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (McManus et al., 2005) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลินที่เข้าโปรแกรมการดูแลโรค สามารถควบคุมระดับ Hb A1C ได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม (Welschen, 2008) นอกจากนี้การกระตุ้นและการเฝ้าติดตามดูผลลัพธ์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ 3 วงรอบในกระบวนการกลุ่ม สามารถทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ เข้าใจตนเอง เชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง รับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่าง ๆ มีความรู้สึกร่วมไปกับกิจกรรมและบรรทัดฐานของกลุ่ม สามารถบริหารจัดการตนเองเพื่อการปรับเปลี่ยนและเกิดการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม อันส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น (Corey & Corey, 2006)

ข้อเสนอแนะ

1. กระบวนการกลุ่มเป็นกลวิธีที่ดีที่ควรนำมาใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และการดำเนินการในกระบวนการกลุ่มต้องคำนึงถึงความเป็นปัจเจกและสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุด้วย

2. การเสริมสร้างพลังอำนาจการดูแลตนเองของผู้สูงอายุควรให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องด้วย ทั้งนี้เพราะแรงสนับสนุนและความร่วมมือจากครอบครัวจะทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการดูแลตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความยั่งยืน

3. การทำสนทนากลุ่มในชุมชน การได้รับความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขจะทำให้การดำเนินการมีความสะดวก รวดเร็ว โดยเฉพาะเรื่องการนัดหมายให้ผู้สูงอายุมาเข้าร่วมกลุ่มตามวันและเวลาที่กำหนด และการสานงานต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

ณัฐสุรางค์ บุญจันทร์, ปรางค์ทิพย์ อุจะรัตน, วัฒนา พันธุ์ศักดิ์ และนิตยา มีหาดทราย. (2554). ผลของการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลศาสตร์,* 29 (ฉบับเสริม 2), 93-102.

บุษกร มงคลนิมิตร, หทัยชนก บัวเจริญ และวนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย. (2555). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารพยาบาลทหารบก.* 13(1) : 81-88.

ปรางค์ทิพย์ อุจะรัตน, วัฒนา พันธุ์ศักดิ์ และฉวีวรรณ โพธิ์ศรี. (2551). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชุมชนแออัดเขตเมือง : กรณีศึกษาชุมชนบ้านบุ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลศาสตร์,* 29(3), 83-93.

วิพรรณ ประจวบเหมาะ. (บรรณาธิการ). (2554). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2554.* กรุงเทพมหานคร : พงษ์พาณิชย์เจริญผล.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2556). *สุขภาพคนไทย 2556.* กรุงเทพมหานคร : อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

Bandayrel, K., & Wong, S. (2011). Systematic literature review of randomized control trials assessing the effectiveness of nutrition interventions in community-dwelling older adults. *Journal of Nutrition Education and Behavior,* 43(4), 251-262.

Corey, M. S. & Corey, G. (2006). *Group process and practice.* (7thed.). Belmont: Thomson Higher Education.

Crawford Shearer, N. B. (2009). Health empowerment theory as a guide for practice. *Geriatric Nursing,* 30 (suppl. 2), 4-10.

Elsawy, B. & Higgins, K. E. (2010). Physical activity guidelines for older adults. *American Family Physician,* 81(1), 55-59.

Ferguson, S. J. & Goodwin, A. D. (2010). Optimism and well-being in older adults: The mediating role of social support and perceived control. *The International Journal of Aging and Human Development,* 71(1), 43-68.

Fernandez, S., Scale, K., Pineiro, J., Schoenthaler, A. & Ogedegbe, G. (2008). A senior center-based pilot trial of the effect of lifestyle intervention on blood pressure in minority elderly people with hypertension. *Journal of the American Geriatrics Society,* 56(10), 1860-1866.

Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing,* 21(6), 1201-1210.

Lee, H. Y., Jang, Soong-Nang., Lee, S., Cho, Sung-Il. & Park, Eun-Ok. (2008). The relationship between social participation and self-rated health by sex and age: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies,* 45(7), 1042-1054.

McManus, R. J., Mant, J., Roalfe, A., Oakes, R. A., Bryan, S., Pattison, H. M., & Hobbs, F.D.R. (2005). Targets and self-monitoring in hypertension: Randomized controlled trial and effectiveness analysis. *BMJ,* 331(7515), 493.

Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice.* (3rd ed.). New York: Appleton & Lange.

Sessanna, L., Finnell, D., & Jezewski, M. A. (2007). Spiritually in nursing and health-related literature: A concept analysis. J*ournal of holistic nursing,* 25(4), 252-262.

Shearer, N.B.C., Fleury, J., Ward, K.A.,& O'Brien, A.M.(2010). Empowerment interventions for older adults. *Western journal of nursing research,* 34(1), 24-51.

Welschen, L. (2008). Disease management for patients with type 2 diabetes: Towards patient empowerment. *International Journal of Integrated Care,* 8, 1-2.