

**ผลของโปรแกรม DPAC บูรณาการต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์
ของผู้สูงอายุที่รับบริการ ในคลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2560**

DPAC Service program integrates to change health behavior Ageings at health

Promotion clinic : Health promotion Region 1 Chiang Mai. Fiscal year 2017.

ประทีน วิญญรัตน์

กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ศูนย์
อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

บทคัดย่อ

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ นำมาสู่ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญโดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การวางแผนป้องกันปัญหาดังกล่าวเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ทั้งนี้พฤติกรรมพึงประสงค์ของผู้สูงอายุ เป็นส่วนหนึ่งของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคดังกล่าว คลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ในฐานะคลินิกที่พัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผ่านกระบวนการ DPAC (Dietary and Physical Activity Clinic) จึงสนใจศึกษาเปรียบเทียบผลของพฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์ในผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่เข้าและไม่เข้าร่วม DPAC

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงวิเคราะห์ (Retrospective analytic study) ในผู้สูงอายุทุกรายที่เข้ามาใช้บริการอย่างน้อย 2 ครั้งขึ้นไป ระหว่าง ธันวาคม 2559 ถึง พฤษภาคม 2560 จำนวน 753 คน ใช้แบบบันทึกผู้ป่วยนอก ทั้งการซักประวัติการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ แบบประเมินกิจกรรมทางกายระดับโลก (Global Physical Activity Questionnaire version 2; GPAQ) ขององค์การอนามัย และแบบประเมินการกิน ของคลินิกไร้พุง กรมอนามัย การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนา ใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนสถิติเชิงวิเคราะห์ ใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi square)

ผลการศึกษา พบว่า มีผู้สูงอายุที่เข้าร่วม DPAC ร้อยละ 43.16 ส่วนใหญ่มาติดตามกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมพึงประสงค์ของผู้สูงอายุโดยรวมและรายชื่อตามเกณฑ์ของสำนักผู้สูงอายุ กรมอนามัย ได้แก่ M.E.T. จากกิจกรรมยามว่าง ≥ 180 M.E.T.

(การออกกำลังกาย) คะแนนการกินอาหารหมวด ก อย่างน้อย 24 คะแนน (อาหารควรกินเป็นประจำ ซึ่งรวมถึงการกินผัก ผลไม้ และน้ำเปล่า) การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ไม่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ยกเว้นกิจกรรมทางกายโดยรวมและคะแนนการกินหมวด ข (อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง)

สรุปผลการศึกษา พบว่าการได้เข้าร่วม DPAC เพียง 1 ครั้ง ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมพึงประสงค์ของผู้สูงอายุตามเกณฑ์ของสำนักผู้สูงอายุ กรมอนามัย อย่างไรก็ตามการเข้าร่วม DPAC ส่งผลต่อกิจกรรมทางกายโดยรวมที่เพียงพอของผู้สูงอายุได้มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วม DPAC ($P=0.029$)

Abstract

Thailand has entered into the ageing society which leads to major health problems, especially non-communicable diseases. Planning is essential to prevent these problems in order to enhance the quality of life and reduce the healthcare costs. According to the desirable behavior of the elderly, it is part of health promotion and disease prevention. Therefore, Health clinic, Health promotion Region 1 Chiang Mai, a clinic that develops the model for promoting healthy behavior through DPAC (Dietary and Physical Activity Clinic), interesting to compare the effects of desirable health behavior of the elderly between a participate group in DPAC and those non-participate group.

This study was a retrospective analytic study in the elderly, who attended the service at least 2 times between December 2016 and May 2017 with the total of 753 people. The study tools used are outpatient records of both history of smoking and alcohol, Global Physical Activity Questionnaire Version 2 (GPAQ) of Health organization, eating evaluation form of Dietary & Physical Activity Clinic (DPAC) of Health Department, used descriptive statistics including percentage,

mean and standard deviation, and used the statistical analysis by Chi-squared test.

The result of this study shows that the percentage of elderly is 43.16, who attended DPAC, mostly followed non-communicable diseases. The overall and individual changes in desirable behaviors in the elderly according to the Bureau of Aging, Department of Health found that M.E.T from leisure activities ≥ 180 M.E.T(exercise). Furthermore, the study found that the food consumption in Category A at least 24 points (The food should be eaten regularly including eating fruits, vegetables and drinking water) non-smoking and non-alcohol consumption where there are found to be non-significant change except overall physical activities and eating behavior rating in a category B (foods that should be avoided)

In conclusion, only one time-participation in DPAC did not affect desirable behavioral change of the elderly according to the criteria of the Bureau of Aging, Department of Health. However, attending DPAC affects overall adequate physical activities of the elderly statistically significant differences compared to those who did not participate in DPAC ($P=0.029$).

บทนำ

ปัจจุบันผู้สูงอายุเป็นปัญหาสำคัญทั่วโลก องค์การสหประชาชาติได้ประเมินสถานการณ์ว่า พ.ศ.2544-2643 จะเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ นั้นหมายถึงประชากร 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั่วโลก ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุโดยตั้งแต่ พ.ศ.2548 คิดเป็นร้อยละ 10.4 และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ในปี พ.ศ.2559 มีประชากรผู้สูงอายุ 9.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 15.07 และคาดการณ์ว่าจะเป็นสังคมสูงอายุในระดับสุดยอดในปี พ.ศ.2564 คือ ร้อยละ 20 สำหรับในจังหวัดเชียงใหม่ ในปี 2559 มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 2.8 แสนคน คิดเป็นร้อยละ 16.39 ซึ่งสูงเป็นอันดับ 3 ของประเทศ^[1]

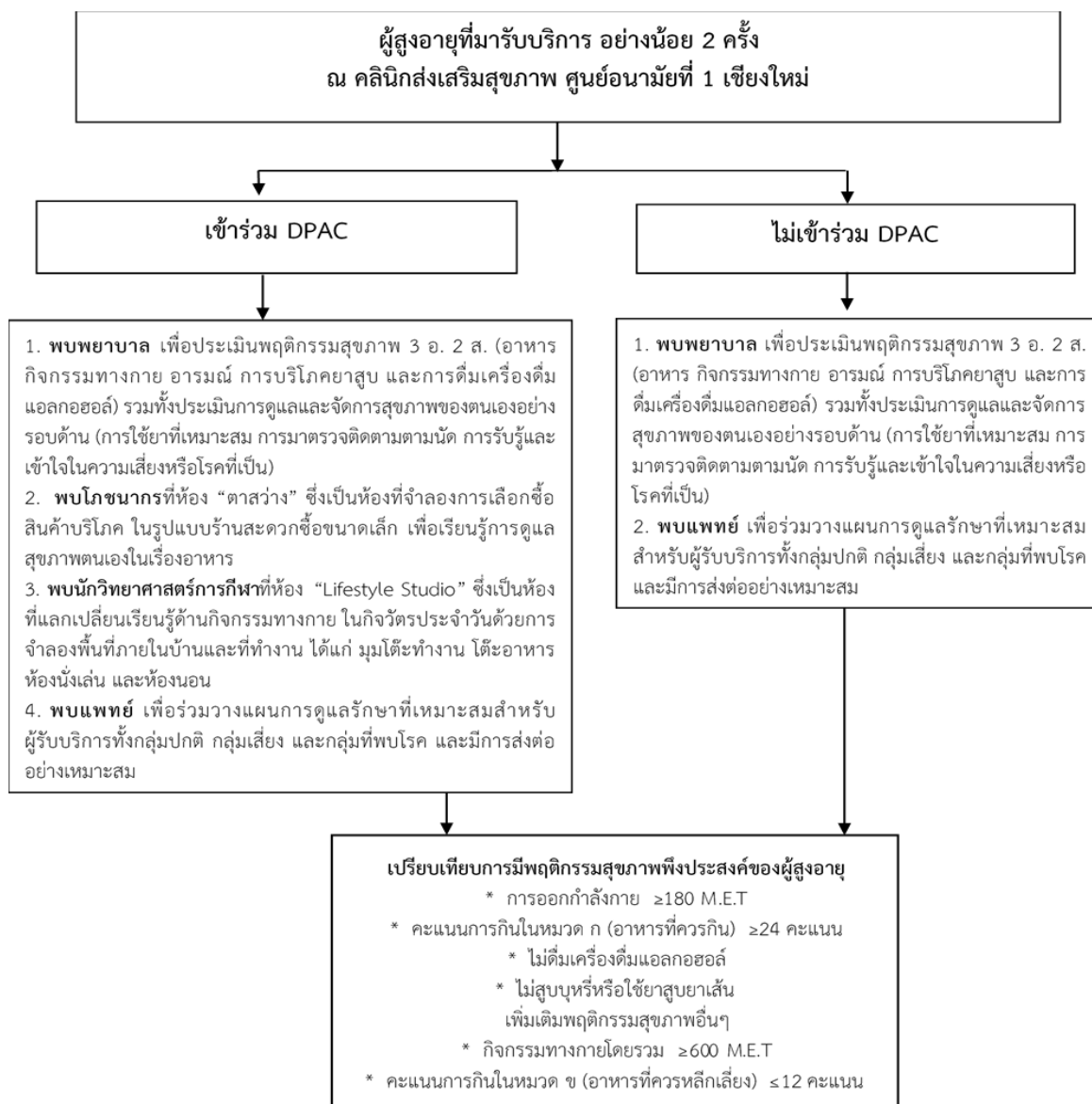
ยิ่งอายุมากขึ้นความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อรัง หรือโรคประจำตัวก็มากขึ้น ซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจาก พันธุกรรม ความเสื่อมถอยของร่างกาย และการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะพฤติกรรมการกิน พฤติกรรมการออกกำลังกาย การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุนำไปสู่การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความพิการและเสียชีวิตได้ จากรายงานองค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2014 พบว่าในแต่ละปีทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตถึง 38 ล้านคนจากกลุ่มไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวานและไขมันในเลือดสูง และพบว่าร้อยละ 80 ของโรคหัวใจ โรคเบาหวานประเภทที่ 2 สามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม ได้แก่ การเลิกสูบบุหรี่ การไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารอย่างเหมาะสม และการมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ^[2] สอดคล้องกับนิยามการมีพฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์ของผู้สูงอายุ โดย สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ครั้งละ 15-30 นาที การรับประทาน ผัก ผลไม้ และดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว เป็นประจำ การไม่ดื่มเหล้าและสูบบุหรี่^[3]

คลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ในฐานะคลินิกสาธิตบริการการส่งเสริม

สุขภาพ ภายในโรงพยาบาล สำหรับงานประจำจะใช้แนวคิดการโค้ช (coaching) และการเสริมพลัง (Empowerment) เพื่อให้ผู้รับบริการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ตระหนักถึงการดูแลและ จัดการสุขภาพด้วยตนเอง (Self-Management) ด้วยการพบพยาบาลและแพทย์อยู่แล้ว ในปีงบประมาณ 2560 คลินิกฯได้จัดกระบวนการ DPAC เพิ่มเติมจากงานประจำ โดยจัดสิ่งแวดล้อมในห้องที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและการเรียนรู้ ผ่าน 2 กิจกรรมหลักเพิ่มเติมในการเข้าร่วม DPAC ได้แก่ การพบโภชนาการที่ห้อง “ตาสว่าง” และการพบนักวิทยาศาสตร์การกีฬาที่ห้อง “Lifestyle Studio” ซึ่งจากการจัดกิจกรรมดังกล่าว นั้น คลินิกฯมีสมมติฐานว่าผู้สูงอายุที่สนใจและสมัครใจเข้าร่วม DPAC น่าจะมีพฤติกรรมพึงประสงค์ที่ดีกว่าไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมสำหรับการเปรียบเทียบลักษณะการได้รับการบริการของทั้งสองกลุ่มแสดงในแผนภาพ 1

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพิสูจน์สมมติฐานดังกล่าว โดยศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์ของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่เข้าและไม่เข้าร่วม DPAC ที่เข้ารับบริการ ณ คลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

แผนภาพ 1 แสดง Study Flow



วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงวิเคราะห์ (Retrospective analytic study) ในผู้สูงอายุทุกรายที่เข้ามาใช้บริการอย่างน้อย 2 ครั้งขึ้นไป ที่คลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ระหว่าง ธันวาคม 2559 ถึง พฤษภาคม 2560 เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วม DPAC โดยใช้ข้อมูลจากแบบบันทึกผู้ป่วยนอก^[4] ได้แก่ การซักประวัติการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ แบบประเมินกิจกรรมทางกาย

ระดับโลก^[6] (Global Physical Activity Questionnaire version 2; GPAQ) ขององค์การอนามัยโลก โดยบันทึกกิจกรรมทางกายตามประเภทและความหนัก ได้แก่ การทำงาน การเดินทาง และกิจกรรมยามว่าง ที่ออกแรงอย่างหนักหรือออกแรงปานกลาง ซึ่งคำนวณการใช้พลังงานแบบ metabolic equivalent (M.E.T.) และแบบประเมินการกิน ของคลินิกไร้พุง กรมอนามัย^[5] ซึ่งบันทึกความถี่การกินกลุ่มอาหาร 2 หมวด ได้แก่ หมวด ก คืออาหาร

ควรกินเป็นประจำ และหมวด ข คือหมวดอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง

สำหรับเกณฑ์พฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์ของผู้สูงอายุในคลินิกส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย M.E.T. จากกิจกรรมยามว่าง ≥ 180 M.E.T. (ซึ่งเทียบเท่ากับการออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ครั้งละ 15 นาที) การกินผัก ผลไม้ และน้ำเปล่า ใช้คะแนนการกินอาหารหมวด ก (อาหารควรกินเป็นประจำ) อย่างน้อย 24 คะแนน ซึ่งมีอาหารกลุ่มผัก กลุ่มผลไม้รสหวานน้อย และดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว เป็นอาหาร 3 ใน 6 กลุ่มของแบบประเมิน (ตรงกับพฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์ของผู้สูงอายุ) การไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ ยังมีค่าจุดตัดคะแนน (cut off) อื่นๆ ได้แก่ การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ คือ M.E.T. จากกิจกรรมทาง

ผลการศึกษา

กายโดยรวม ตั้งแต่ 600 M.E.T ขึ้นไปตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก และคะแนนการกินอาหารหมวด ข (อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง) ≤ 12 คะแนน

การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนา ใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนสถิติเชิงวิเคราะห์ ใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi square) โดยศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ การศึกษา การมารับบริการ การจำแนกโรค และความเสี่ยงเป็นโรค น้ำหนักส่วนสูง ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index; BMI) คะแนนการกินอาหารหมวด ก และหมวด ข M.E.T. ของกิจกรรมทางกายทั้งหมดและกิจกรรมยามว่าง พฤติกรรมไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่หรือยาเส้น

ตาราง 1 ลักษณะประชากรที่ศึกษา

ลักษณะประชากร	กลุ่มที่ไม่เข้าร่วม DPAC จำนวนทั้งหมด 428 คน		กลุ่มที่เข้าร่วม DPAC จำนวนทั้งหมด 325 คน		P-values
	จำนวนคน	ร้อยละ	จำนวนคน	ร้อยละ	
กลุ่มอายุ					0.424
60-69 ปี	314	73.36	247	76.00	
70-79 ปี	90	21.03	62	19.08	
80-89 ปี	21	4.91	16	4.92	
90-99 ปี	3	0.70	0	0.00	
เพศหญิง	260	61.03	194	59.69	0.710
อาชีพ					0.594
ข้าราชการบำนาญ	268	62.67	207	63.92	
รัฐวิสาหกิจ	13	3.05	11	3.38	
รับจ้าง	18	4.23	12	3.69	
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	24	5.63	13	4.00	
พ่อบ้าน / แม่บ้าน	46	10.80	46	14.15	
ไม่ระบุ	57	13.61	36	11.08	
สาเหตุการมารับบริการ					<0.001*
การรับบริการตามนัดโรคเรื้อรัง	240	56.21	290	89.51	
การตรวจสุขภาพประจำปี	187	43.79	34	10.49	
โรคประจำตัวหรือความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง					0.013*
กลุ่มปกติ	135	53.50	76	35.38	
กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเป็นโรค	293	46.50	249	64.62	

ลักษณะประชากร	กลุ่มที่ไม่เข้าร่วม DPAC จำนวนทั้งหมด 428 คน		กลุ่มที่เข้าร่วม DPAC จำนวนทั้งหมด 325 คน		P-values
	จำนวนคน	ร้อยละ	จำนวนคน	ร้อยละ	
กลุ่มดัชนีมวลกาย (BMI)					0.054
ผอม (<18.5)	12	2.80	4	1.23	
ปกติ (18.5-22.9)	182	42.52	115	35.38	
น้ำหนักเกิน (23.0-24.9)	101	23.60	78	24.00	
อ้วน (25.0-29.9)	133	31.07	127	39.08	
อ้วนอันตราย (≥30)	0	0	1	0.31	

การศึกษานี้ มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 753 คน เป็นกลุ่มที่ไม่เข้าร่วม DPAC จำนวน 428 คน (ร้อยละ 56.84) และกลุ่มที่เข้าร่วม DPAC จำนวน 325 คน (ร้อยละ 43.16) ลักษณะประชากรของกลุ่มที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วม DPAC ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในด้านอายุ

เพศ อาชีพ ดัชนีมวลกาย ยกเว้นสาเหตุการมารับบริการและการมีโรคประจำตัวหรือความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูงมีความต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$ และ $P=0.013$ ตามลำดับ) ดังแสดงตาราง 1

ตาราง 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุและการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มที่ไม่เข้าร่วม DPAC จำนวนทั้งหมด 428 คน		กลุ่มที่เข้าร่วม DPAC จำนวนทั้งหมด 325 คน		P-values
	จำนวนคน	ร้อยละ	จำนวนคน	ร้อยละ	
พฤติกรรมที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ					
- ครั้งก่อน: ผ่าน	148	34.58	117	36.00	0.686
- ปัจจุบัน: ผ่าน	152	35.51	117	36.00	0.890
การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่พึงประสงค์					
ครั้งก่อนมีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์	280		208		0.854
- มีพฤติกรรมพฤติกรรมไม่ดีหรือเท่าเดิม	224	80.00	165	79.33	
- ครั้งก่อนไม่มีพฤติกรรมพึงประสงค์ แต่ปัจจุบันดีขึ้น	56	20.00	43	20.67	
ครั้งก่อนมีพฤติกรรมพึงประสงค์	148		117		0.785
- ครั้งก่อนมีพึงประสงค์ แต่ปัจจุบันไม่มี	148	13.08	117	36.75	
- ยังคงมีพฤติกรรมพึงประสงค์เช่นเดิม	96	64.86	74	63.25	

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมพึงประสงค์ของทั้งสองกลุ่มไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งก่อนและหลังกระบวนการ ดังแสดงในตารางที่ 2 รวมถึงการเปรียบเทียบพฤติกรรมราย

ข้อของทั้งสองกลุ่ม ได้แก่ M.E.T. จากกิจกรรมยามว่าง คะแนนการกินอาหารหมวด ก (อาหารควรกินเป็นประจำ) การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (ไม่ได้แสดงตัวเลข P-value ในที่นี้)

ตาราง 3 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการกินอาหารหมวด ข (อาหารที่พึงหลีกเลี่ยง) และการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มที่ไม่เข้าร่วม DPAC จำนวนทั้งหมด 428 คน		กลุ่มที่เข้าร่วม DPAC จำนวนทั้งหมด 325 คน		P-values
	จำนวนคน	ร้อยละ	จำนวนคน	ร้อยละ	
การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ					
- ครั้งก่อน: ผ่าน	234	54.67	190	58.46	0.299
- ปัจจุบัน: ผ่าน	232	54.21	202	62.15	0.029*
การเปลี่ยนแปลงการมีกิจกรรมทางกาย					
ครั้งก่อนมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ	194		135		0.588
- ปัจจุบันยังคงมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ	132	68.04	88	65.19	
- ปัจจุบันมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ	62	31.96	47	34.81	
ครั้งก่อนกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ	234		190		0.030*
- ปัจจุบันมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ	64	27.35	35	18.42	
- ปัจจุบันยังคงมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอเช่นเดิม	170	72.65	155	81.58	
พฤติกรรมการกิน หมวด ข (อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง)					
- ครั้งก่อน: ผ่าน	124	28.97	131	40.31	0.001*
- ปัจจุบัน: ผ่าน	127	29.74	140	43.08	0.001*
การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการกิน หมวด ข					
ครั้งก่อนมีพฤติกรรมการกินไม่ดี	303		195		0.365
- ปัจจุบันยังคงมีพฤติกรรมการกินที่ไม่ดีเช่นเดิม	250	82.51	144	73.85	
- ปัจจุบันมีพฤติกรรมการกินดีขึ้น	53	17.49	49	25.13	
ครั้งก่อนพฤติกรรมการกินที่ดี	124		130		0.102
- ปัจจุบันมีพฤติกรรมการกินไม่ดี	50	40.32	40	30.77	
- ปัจจุบันยังคงมีพฤติกรรมการกินที่ดีเช่นเดิม	74	59.68	90	69.33	

ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมทางกายที่เพียงพอหลังได้เข้าร่วม DPAC พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.029$) นอกจากนี้กลุ่มที่มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอในครั้งก่อนนั้นกลุ่มที่เข้าร่วม DPAC สามารถคงความมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วม ($P=0.030$) ขณะที่พฤติกรรมการกินหมวด ข (อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง) ไม่สามารถเปรียบเทียบได้เนื่องจากมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตั้งแต่ครั้งก่อน ดังแสดงใน ตาราง 3

การอภิปรายผล

ผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจตามนัดโรคเรื้อรังมีแนวโน้มสมัครใจเข้าร่วม DPAC มากกว่าผู้ที่มาตรวจสุขภาพประจำปี ($P<0.001$) สอดคล้องกับการพิจารณาตามโรคและความเสี่ยงเป็นโรคพบในกลุ่มที่เข้าร่วม DPAC มากกว่ากลุ่มที่ไม่เข้าร่วม DPAC ($P=0.013$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่มีโรคประจำตัวและความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มที่จะแสวงหาแนวทางหรือข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพที่จะให้ตนเองมี

สุขภาพที่ดีดังเดิม นั่นคือความสนใจและการสมัครใจเข้าร่วม DPAC อันเป็นกระบวนการสร้างความตระหนักรู้ถึงการดูแลและจัดการสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของ Roger^[7] (1986) ที่เริ่มต้นจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy theory) จนนำไปสู่การให้คุณค่าเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้ทางสุขภาพ การให้ความสำคัญกับสิ่งที่มาคุกคาม และการคิดแก้ปัญหาสิ่งที่มาคุกคามนั้น

เมื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมพึงประสงค์ของผู้สูงอายุโดยรวมและรายข้อตามเกณฑ์ของสำนักผู้สูงอายุ กรมอนามัย ได้แก่ M.E.T. จากกิจกรรมยามว่าง ≥ 180 M.E.T. (การออกกำลังกาย) คะแนนการกินอาหารหมวด ก อย่างน้อย 24 คะแนน (อาหารควรกินเป็นประจำ ซึ่งรวมถึงการกินผัก ผลไม้ และน้ำเปล่า) การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าการเข้าร่วม DPAC ไม่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมพึงประสงค์ตามเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญ นั่นแปลความได้ว่า การได้รับกระบวนการ DPAC เพียง 1 ครั้ง คือเพิ่มเติมการพบโภชนาการที่ห้องตาสว่าง และพบนักวิทยาศาสตร์การกีฬาที่ห้อง Lifestyle studio ไม่อาจก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าวของผู้สูงอายุได้ ดังนั้นรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพึงประสงค์ของผู้สูงอายุตามเกณฑ์นี้จำเป็นต้องศึกษาและพัฒนาารูปแบบที่เหมาะสมต่อไป

อย่างไรก็ดี เมื่อศึกษาเปรียบเทียบกิจกรรมทางกายโดยรวม พบว่าการเข้าร่วม DPAC มีผลต่อการเพิ่มกิจกรรมทางกายที่เพียงพอตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (≥ 600 M.E.T) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.029$) นอกจากนี้ กลุ่มที่มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอในครั้งก่อนนั้น กลุ่มที่เข้าร่วม DPAC ยังคงความมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วม ($P=0.030$) นั้นอาจแปลความหมายได้ว่า กิจกรรมในห้อง

Lifestyle studio ที่เน้นการเพิ่มกิจกรรมทางกายที่ไม่เน้นเฉพาะการออกกำลังกายว่าง แต่เป็นการเพิ่มกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน ทั้งการทำงานและการเดินทาง ทำให้ผู้สูงอายุนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ง่าย ยังผลให้กิจกรรมทางกายโดยรวมจึงดีขึ้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุไม่ควรจำกัดเพียงการออกกำลังกายว่างเท่านั้น ควรส่งเสริมกิจกรรมทางกายในทุกๆ ด้านซึ่งจะส่งผลดีต่อสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมทั้งช่วยป้องกันและควบคุมการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้มากขึ้นทั้งนี้เพราะการมีกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่องส่งผลดีต่อการควบคุมน้ำหนักเพราะการมีกิจกรรมทางกายทำให้ร่างกายใช้พลังงานมากขึ้น^[8]

ขณะที่คะแนนการกินหมวด ข แตกต่างกันตั้งแต่ครั้งก่อน อาจอธิบายได้จากลักษณะประชากรที่แตกต่างตั้งแต่ต้นที่เป็นโรคหรือมีความเสี่ยง ซึ่งโดยทั่วไปจะได้รับสุขศึกษาว่าให้งดอาหารกลุ่มหวาน มัน และเค็ม ดังนั้นกลุ่มที่ป่วยหรือเสี่ยงจึงมีแนวโน้มที่จะรายงานพฤติกรรมการกินอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงน้อยกว่ากลุ่มปกติ และพบว่าแนวโน้มคะแนนการกินหมวด ข (อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง) ผ่านเกณฑ์สูงขึ้น (เปรียบเทียบจำนวนร้อยละการผ่านเกณฑ์ ในกลุ่มไม่เข้าร่วม DPAC จากร้อยละ 28.97 เป็น 29.74 ขณะที่กลุ่มที่เข้าร่วม ผ่านเกณฑ์จากร้อยละ 40.31 เป็น 43.08) ซึ่งอาจเป็นผลมาจากกิจกรรม DPAC ทั้งนี้ในห้องตาสว่างนั้นได้จำลองสถานการณ์ในการเลือกซื้ออาหารที่ตนเองชอบและรับประทานเป็นประจำ โดยนักโภชนาการจะสะท้อนข้อมูลกลับถึงอาหารที่ควรกินและควรหลีกเลี่ยง จำนวนแคลอรี การอ่านฉลากโภชนาการ และแนะนำการบริโภคอาหารที่เหมาะสม เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมพึงประสงค์ตามเกณฑ์ที่ดีขึ้น นักโภชนาการควรมีกิจกรรมที่เน้นการกินอาหารที่ควรกินให้มากขึ้นด้วย

ข้อจำกัดการศึกษา

การศึกษานี้ติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในช่วง 6 เดือนซึ่งอาจเป็นระยะเวลาที่สั้น ไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งต้องใช้ระยะเวลานาน เนื่องจากพฤติกรรมของแต่ละบุคคลที่เปลี่ยนแปลงย่อมแตกต่างกันไปตามสภาพสังคม วัฒนธรรม ที่ได้รับอิทธิพลจากความคาดหวังของบุคคลรอบข้าง สถานการณ์ในขณะนั้น ประสบการณ์ในอดีต แรงจูงใจ ทั้งการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง อุปสรรค และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการกระทำต่อบุคคลนั้นๆ^[7]

ควรศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยด้านความเชื่อและแนวคิดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุและให้ครอบคลุมทุกด้านเพราะผู้สูงอายุมักยึดติดกับความคิดและเหตุผลของตัวเองจะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆได้ยากเพราะมีความไม่มั่นใจในการปรับตัว^[9]

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้พบว่า การเข้าร่วม DPAC ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมพึงประสงค์ของผู้สูงอายุตามเกณฑ์ของสำนักผู้สูงอายุ กรมอนามัย อย่างไรก็ตาม การเข้าร่วม DPAC ส่งผลต่อกิจกรรมทางกายโดยรวมของผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วม DPAC

ข้อเสนอแนะ

1. นำเสนอเกณฑ์พฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์ของผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันต่อสำนักผู้สูงอายุ กรมอนามัย โดยเฉพาะกิจกรรมทางกายโดยรวมที่สะท้อนการเปลี่ยนแปลงได้ดีกว่าการออกกำลังกายเพียงอย่างเดียว

2. การเข้าร่วม DPAC ในฉบับของคลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ อาจมีส่วนในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์ของผู้สูงอายุในเกณฑ์ใหม่ที่น่าเสนอได้และ

สามารถนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมในแต่ละบริบทของพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ พญ.นงนุช ภัทรอนันตตนพ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่1 และนพ.สุรพันธ์แสงสว่าง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เชียงใหม่ นพ.ภาคภูมิ ตันแสนทอง และ นพ.ศุภฤกษ์ สื่อรุ่งเรือง ที่ได้ให้คำปรึกษา ชี้แนะช่วยเหลือและแก้ไขข้อบกพร่องเพื่อให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. 2544-2643 โลกเข้าสู่ศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ เข้าถึง 15 กันยายน 2560 จาก <http://www.hfocus.org/content/2015/04/9743>.
2. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.สังคมผู้สูงอายุ:นัยต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ.เข้าถึง15 กันยายน 2560 จาก http://www.Stou.ac.th/stouonline/lom/data/sec/com12/05_01html
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข . สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ.ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ; 2557
4. คลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่1 เชียงใหม่ . แบบบันทึกผู้ป่วยนอก ศูนย์อนามัยที่1 เชียงใหม่ ; 2558.
5. นางพะงา ศิวานุวัฒน์ ชัยรัตน์ จันทรตรี และคณะทำงานคลินิกไร้พุงกรมอนามัย.คู่มือกระบวนการจัดการคลินิกไร้พุง (DPAC)สำหรับสถานบริการสาธารณสุขระดับรพ.สต.กรุงเทพฯ:ศูนย์สื่อสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม;2557.
6. องค์การอนามัยโลก. แบบประเมินกิจกรรมทางกายระดับโลก. (Global Physical Activity Questionnaire version2;GPAQ).

2010.เข้าถึง10มิถุนายน2560จาก

www.who.int/chp/steps/resources/GP

[AO_Analysis_Guide.pdf](#).

7. แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรม และพฤติกรรมสุขภาพ .เข้าถึง 10 มิถุนายน 2560 จาก

Utostore.mogh.go.th/web/e_reports/research/upload/08/20140804101903.doc

8. กรมอนามัย . เอกสารประกอบการประชุมวิชาการและปฏิบัติการเรื่องกิจกรรมทางกาย พฤติกรรมนั่ง นาน และคุณภาพการนอนหลับของคนไทยวัยทำงานระหว่าง วันที่ 25-27 มกราคม 2560 ณ.ชลพฤกษารีสอร์ท อ.บ้านนา จ.นครนายก
9. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร70 ชั่วโมง. ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ : ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ; 2558.