

**ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อ
ภาวะสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ
ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร**
**Effects of Health-Promoting Education Program on
Health Status, Health knowledge, and Healthy Behavior
among Urban Community Dwelling Elders with
Chronic Illness in Bangkok**

วิไลพรรณ สมบุญตนนท์* Ph.D. (Nursing)

Wilaipun.som@pccms.ac.th

ชุตินา อัครากรโกวิท** วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ต่อภาวะสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และข้อเข่าเสื่อม ที่อาศัยในชุมชนเมือง จำนวน 96 คน จำนวน 2 กลุ่มๆ ละ 48 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสอนการสร้างเสริมสุขภาพแบบกลุ่มร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และกลุ่มควบคุมได้รับความรู้ในเรื่องการใช้บริการสุขภาพ เก็บข้อมูล 3 ตัวแปรคือ ภาวะสุขภาพ (ระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือด) ความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ โดยติดตามวัด 2 ครั้งในเดือนที่ 1 และเดือนที่ 2 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติแบบ Independent t-test และ Chi square test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.5 ผลการวิจัยพบว่า ภาวะสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ มีความแตกต่างกันทั้งภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่นัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ซึ่งโปรแกรมการสอนสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีผลต่อภาวะสุขภาพ

ได้รับทุนสนับสนุนจากเงินทุน China Medical Board of New York Inc. ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ

**รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนเมือง จึงควรจัดให้มีโปรแกรมดังกล่าว เพื่อนำไปใช้ในการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนเมืองต่อไป

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สร้างเสริมสุขภาพ ภาวะสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ

Abstract

This quasi-experimental study was aimed to determine effects of health promotion program combined with home visit by community nurse practitioner (CNP) on health status, health education, and healthy behavior in urban community dwelling elders with chronic illness. The total of ninety-six elders were selected in the study (48 cases per group). The community dwelling elders with chronic illnesses included hypertension, type 2 diabetes mellitus, and osteoarthritis knee. Experimental group received group-health education program combined with home visit by CNP. Control group received usual care. Data collection was done in 2 times: 1st month and 2nd month after program implementation. Data analysis was the Independent t-test and the Chi square test at significance level of 0.05.

Therefore, the health promotion program combined with home visit by community nurse practitioner (CNP) demonstrated the positive effects on health status, health education, and healthy behavior that should be done as group program. This program can be implemented in urban community dwelling elders with chronic illness in the future.

Keywords: Chronic illness Elders, Health promotion, Health status, Knowledge, Healthy Behavior

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์และการสาธารณสุขมีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้นทำให้ประชากรมีอายุเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) โดยในปี 2559 ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวน 9.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 15.07 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) และกำลังจะกลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป

มีมากถึงร้อยละ 20 ในปี 2564 และคาดว่าจะเป็ นสังคมสูงวัยระดับสุดยอดในอีกไม่ถึง 20 ปีข้างหน้า เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วน ถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560)

นอกจากนั้นผู้สูงอายุส่วนใหญ่พบว่ามีปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรค เช่น โรคหัวใจ โรคไต ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และข้อเข่าเสื่อม เป็นต้น จากการสำรวจสถิติการและอนามัย พ.ศ.

2558 พบว่า ผู้สูงอายุชาย 36.8% และผู้สูงอายุหญิง 42.3% รายงานว่าตนเอง มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือโรคประจำตัว (เช่น เบาหวาน ความดันเลือดสูง) ตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560)

สำหรับสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในปัจจุบัน พบอัตราการตายจากโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น โดยร้อยละ 50 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (พีระ บุรณกิจเจริญ, 2553) ทั้งนี้หากควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ พบว่าจะมีผลลดอัตราป่วยและอัตราการตายจากภาวะแทรกซ้อนในระยะเฉียบพลันหรือระยะเรื้อรังของโรคความดันโลหิตได้ (พีระ บุรณกิจเจริญ, 2553; James, et. al., 2014) การควบคุมความดันโลหิตขึ้นอยู่กับความร่วมมือในการรักษา การปรับพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องทั้งในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การเลิกบุหรี่-เหล้า การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด และการจัดการภาวะเครียดที่ดี (ณัฐริกา ปรุสสาทแก้ว, แสงทอง ธีระทองคำ, และวันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2555; ชนานุช มานะดี, ชนัตถา พลอยเลื่อมแสง, และพยอม สุขเอนกนันท์, 2557) การไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยในการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาโรค โดยเฉพาะการไม่ปรับพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้อง การรับรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยและระบบการให้บริการสุขภาพ การขาดสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ และขาดการสนับสนุนทางสังคม (ณัฐริกา ปรุสสาทแก้ว, แสงทอง ธีระทองคำ, และวันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2555; กชกร ธรรมนำสีล, ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ, พัชราพร เกิดมงคล, และจินตนา อาจสันทียะ, 2558) ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สุขภาพจึงมีความสำคัญในการควบคุมความดันโลหิตให้ติดตามแผนการรักษา

เช่นเดียวกับสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทยโดยเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบเพิ่มมากขึ้นในผู้สูงอายุไทย โดยเพศหญิงมีส่วนป่วยมากกว่าเพศชาย ภาคที่มีรายงานสูงที่สุด คือ ภาคกลาง ในกลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป พบระดับน้ำตาลสูงผิดปกติมีความชุกสูงที่สุด 71.8 อายุที่มากขึ้นความชุกโรคเบาหวานสูงขึ้น (กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักโรคไม่ติดต่อ, 2559) องค์การอนามัยโลกคาดว่าผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกจะเพิ่ม เป็น 300 ล้านคนในปี 2025 สำหรับในส่วนของประเทศกำลังพัฒนาคาดว่าจะเพิ่มจาก 84 ล้านคน เป็น 228 ล้านคน และกลุ่มประชากรที่มีความชุกสูงคือ กลุ่มอายุ 45-64 ปี (World Health Organization, 2016) นอกจากนี้ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานยังส่งผลกระทบต่อพยาธิสภาพของหลอดเลือดหัวใจ ไต ตา และสมอง เป็นต้น (รังสิมา รัตนศิลา, ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ, สิรินทร ฉันทศิริกาจน, สิริประภา กลั่นกลั่น, และพัชราพร เกิดมงคล, 2558) นอกจากนั้นโรคเบาหวานมีอาการไม่ดีขึ้น มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม (ชนานุช มานะดี, ชนัตถา พลอยเลื่อมแสง, และพยอม สุขเอนกนันท์, 2557; รังสิมา รัตนศิลา, ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ, สิรินทร ฉันทศิริกาจน, สิริประภา กลั่นกลั่น, และพัชราพร เกิดมงคล, 2558; เลิศมณฑน์ฉัตร อัครวาทิน สุรางค์ เมรอนันท์ และสุทธิ ชัตติยะ, 2554)

สำหรับสถานการณ์โรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis Knee: OA. Knee) ปัจจุบันพบอัตราการเกิดโรคในประเทศไทยสอดคล้องกับในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งพบว่าผู้ที่มีอายุ 65 ปี มีความเสี่ยงเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมได้สูงถึงร้อยละ 80 และพบว่า



มีอาการของโรคข้อเข่าเสื่อมแล้วร้อยละ 5-10 (Howard, et. al., 2015) ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปพบว่า มีอาการของโรคข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 50 (Johnson & Hunter, 2014) จากการศึกษาในประเทศไทยพบโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้ร้อยละ 34.5 - 45.6 (สุภาพ อารีเอื้อ, สมหมาย วนะวนานต์ และ อินทรา รูปสว่าง, 2559) โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นสาเหตุสำคัญของอาการปวดเข่าและสัมพันธ์กับการเกิดความพิการมากกว่าโรคข้อเสื่อมอื่น ๆ (Howard, et., al, 2015; สุภาพ อารีเอื้อ, สมหมาย วนะวนานต์ และ อินทรา รูปสว่าง, 2559) อีกทั้งโรคข้อเข่าเสื่อมยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้งจากความปวดทำให้การเคลื่อนไหวลดลง จนอาจเกิดภาวะข้อเข่าติดแข็งทำให้มีความพิการได้ (Johnson & Hunter, 2014; สุภาพ อารีเอื้อ, สมหมาย วนะวนานต์ และ อินทรา รูปสว่าง, 2559; Sinusas, 2012) ที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีมากขึ้น ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับโรคสามารถป้องกันภาวะโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้

สำหรับสถิติโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้สูงอายุในชุมชนเขตบางกอกใหญ่ในกรุงเทพมหานครจากข้อมูลการสำรวจชุมชนของคณะผู้วิจัยในการเตรียมแหล่งฝึกในวิชาปฏิบัติการพยาบาลชุมชนสำหรับนักศึกษาพยาบาล พบว่าป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร้อยละ 22 แบ่งเป็นความดันโลหิตสูงร้อยละ 11 เบาหวานร้อยละ 7 และโรคข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 4 ตามลำดับ รวมทั้งยังพบอีกว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้อง ความเป็นสังคมเมือง

ที่ต้องใส่ใจกับการหาเลี้ยงชีพมากกว่าสุขภาพทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังกล่าวได้สูง

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีหน้าที่ในการดูแลติดตามสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน การติดตามเยี่ยมบ้านได้ถูกนำมาใช้เป็นหนึ่งในกลุ่มวิธีที่ช่วยในการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคและฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่บ้านร่วมกับครอบครัวและผู้ดูแล ผู้สูงอายุ โดยจำนวนครั้งในการเยี่ยมบ้านขึ้นกับปัญหาสุขภาพ ในการให้ความรู้และพัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นได้ (ณัฐริรา ประสาทแก้ว, แสงทอง อีระทองคำ, และ วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2555; สุธีรา อุ้นตระกูล และ วิไลพรรณ สมบุญตนนท์, 2555) ดังนั้นการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจึงส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแล รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนเพิ่มมากขึ้นหากเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือเกิดบ่อยๆ ซึ่งปัญหาดังกล่าวนี้สามารถลดลงได้ โดยการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อให้มีความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ส่งผลให้มีภาวะสุขภาพที่ดีตามมา ดังนั้นจึงเป็นที่มาของการดำเนินงานพัฒนาโปรแกรมการสอนการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สำหรับผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร โดยมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้นต่อไป

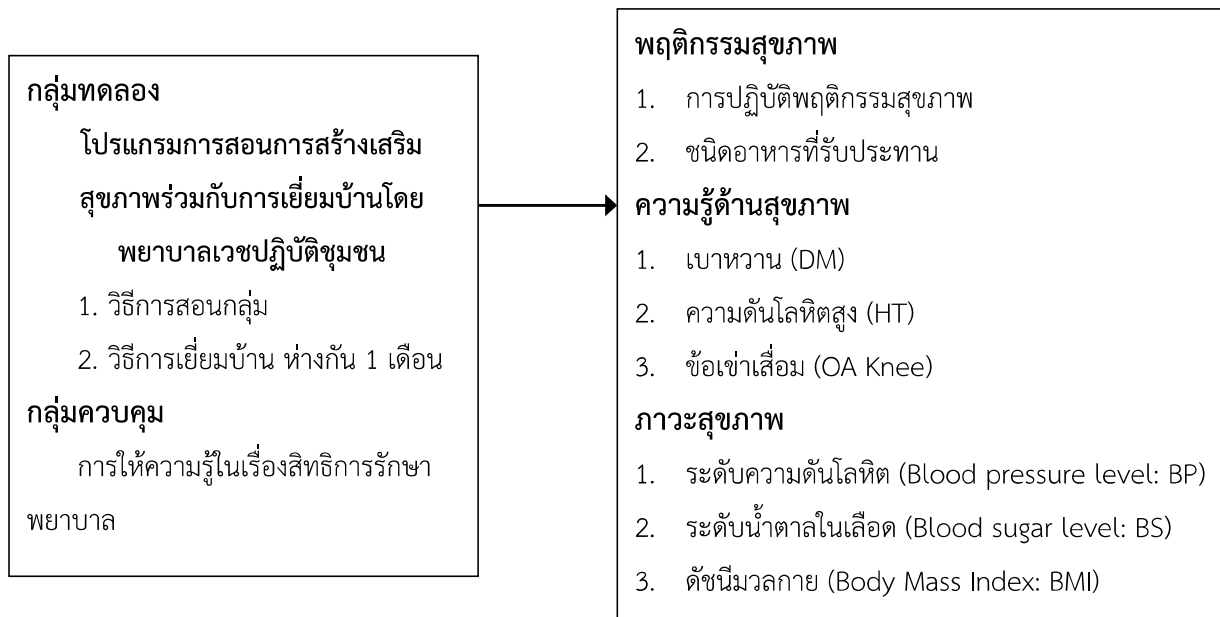
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อ ภาวะสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้ (Quasi Experimental Research) เป็นการศึกษาประสิทธิผลของ

โปรแกรมการสอนการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ต่อภาวะสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร โดยการประยุกต์ใช้รูปแบบการสอนกลุ่มร่วมกับการเยี่ยมบ้าน ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพและภาวะสุขภาพ ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ก. ประชากรเป้าหมาย

ผู้สูงอายุโรคที่มีโรคติดต่อเรื้อรังซึ่งได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่งดังต่อไปนี้ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และ/หรือ ข้อเข่าเสื่อม รวมจำนวน 125 คนที่อาศัยอยู่ใน 4 ชุมชนในเขตบางกอกใหญ่

ข. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และ/หรือ ข้อเข่าเสื่อม จาก 4 ชุมชนเมือง ในกรุงเทพมหานคร การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากเข้าเป็นกลุ่มทดลอง 2 ชุมชน (ชุมชนที่ 1 และ 2) และกลุ่มควบคุม 2 ชุมชน (ชุมชนที่ 3 และ 4) จากนั้นสุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในแต่ละ



ชุมชนดังกล่าวโดยการจับฉลาก (Simple random assignment) คัดเข้าเป็นตัวแทนกลุ่มละ 48 คน จำนวนรวม 96 คน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

- 1) ผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี
- 2) มีโรคติดต่อเรื้อรังซึ่งได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่งดังต่อไปนี้ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และ/หรือ ข้อเข่าเสื่อม
- 3) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้ง

ค. การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample Size) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป (G*Power 3) (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) โดยกำหนดอำนาจการทำนาย (Power) ที่ 0.85 ระดับนัยสำคัญ (Significant Level) ที่ 0.05 ทั้งนี้มีความแตกต่างกันในบริบทและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เพื่อการศึกษาวิจัย ทำให้ยังไม่มีงานวิจัยที่จะนำมาเทียบเคียงใช้ได้ จึงกำหนดค่าขนาดอิทธิพลในระดับปานกลาง (Medium Effect Size) เท่ากับ 0.60 ร่วมกับการศึกษาวิจัยทางพยาบาลนิยมใช้ค่าขนาดอิทธิพลระดับกลาง (Polit & Beck, 2010) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 41 คน อย่างไรก็ตามได้กำหนดเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 7 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในขณะเก็บข้อมูล สรุปขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 96 คน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างที่สามารถเข้าร่วมในการศึกษาทั้งสิ้นจำนวน 96 คน (n=96) กลุ่มละ 48 คน ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

ก่อนการเริ่มโปรแกรมฯ การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 และการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

กลุ่มทดลอง

1. ประเมินข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ (ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูงเพื่อประเมินดัชนีมวลกาย) ความรู้โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3 โรค (ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และข้อเข่าเสื่อม) และพฤติกรรมสุขภาพก่อนการเริ่มโปรแกรมฯ

2. เริ่มโปรแกรมการสอนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยวิธีการสอนแบบกลุ่มโดยผู้วิจัยและทีมเรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 1 ครั้ง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และข้อเข่าเสื่อม โดยแบ่งกลุ่มเข้าฐานความรู้ 3 ฐานๆละ 40 นาที เนื้อหาการสอนครอบคลุมเกี่ยวกับ ความหมาย สาเหตุ อาการ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการดูแลตนเอง ใช้ระยะเวลาการสอนรวมทั้งสิ้น 2 ชั่วโมง

3. การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 โดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ภายหลังการให้โปรแกรมการสอนฯ 1 เดือน เพื่อให้ความรู้และคำปรึกษาด้านสุขภาพโดยใช้เทคนิคการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและครอบครัวตามปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพในสถานการณ์จริง

4. ประเมินผลโปรแกรมครั้งที่ 1 ภายหลังจากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 โดยมีระยะห่าง 1 เดือน ประกอบด้วย ภาวะสุขภาพ (ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงเพื่อประเมินดัชนีมวลกาย) ความรู้โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และข้อเข่าเสื่อม) และพฤติกรรมสุขภาพ

5. การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 โดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ภายหลังการให้โปรแกรมการสอนฯ

2 เดือน หลังจากการประเมินครั้งที่ 1 โดยมีระยะห่าง 1 เดือน เพื่อติดตามปัญหาและให้ความรู้รวมทั้งคำปรึกษาทางด้านสุขภาพโดยใช้การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและครอบครัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ยังคงเป็นปัญหา

6. ประเมินผลโปรแกรมครั้งที่ 2 ภายหลังจากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 โดยมีระยะห่าง 1 เดือน ประกอบด้วย ภาวะสุขภาพ (ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงเพื่อประเมินดัชนีมวลกาย) ความรู้โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และข้อเข่าเสื่อม) และพฤติกรรมสุขภาพ

กลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการความรู้ในเรื่องสิทธิการรักษาพยาบาล ลักษณะของกลุ่มผู้สูงอายุและลักษณะชุมชนมีความใกล้เคียงกับกลุ่มทดลอง การเก็บข้อมูลวิจัยเริ่มโดยการประเมินข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ (ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงเพื่อประเมินดัชนีมวลกาย) ความรู้โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และข้อเข่าเสื่อม) และพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนการเริ่มโปรแกรมฯ ดังนี้

1. หลังเก็บข้อมูลพื้นฐานทั่วไปได้ให้คำแนะนำในการใช้บริการสุขภาพตามสิทธิการรักษาของผู้สูงอายุแต่ละราย โดยใช้ระยะเวลาการสอนรวมทั้งสิ้น 2 ชั่วโมง

2. ประเมินผลครั้งที่ 1 โดยการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ

3. ประเมินผลครั้งที่ 2 หลังจากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ของกลุ่มทดลอง โดยมีระยะห่าง 1 เดือน ในเรื่องความรู้เรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และพฤติกรรม

สุขภาพโดยใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้และพฤติกรรมสุขภาพและประเมินภาวะสุขภาพโดยวัดระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อประเมินดัชนีมวลกาย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการสอนการสร้างเสริมสุขภาพแบบกลุ่ม เรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีฐานความรู้ 3 ฐาน ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคข้อเข่าเสื่อม ระยะเวลาในการเรียนฐานละ 40 นาที รวมเป็นเวลา 2 ชั่วโมง โดยเนื้อหาประกอบด้วย ความหมาย สาเหตุ อาการ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการดูแลตนเอง โดยใช้วิธีการสนทนา แลกเปลี่ยนความรู้ การอภิปรายกลุ่ม และการสรุปประเด็นความรู้ โดยผู้สอน

2. แบบสัมภาษณ์สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยจากกรอบทฤษฎีวรรณกรรมตามกรอบแนวคิดการวิจัย และผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความตรง (Content validity) โดยการตรวจสอบเชิงเนื้อหาและการใช้ภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุจำนวน 2 ท่าน และพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน และนำแบบสัมภาษณ์มาปรับแก้ไขตามคำแนะนำและข้อเสนอแนะ แล้วจึงนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนเมืองแห่งหนึ่ง กรุงเทพฯ จำนวน 40 คน เพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความเที่ยง (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราคได้เท่ากับ 0.78 สำหรับแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคทั้งฉบับโดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน KR 20 มีค่าเท่ากับ .84 ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพในระดับเชื่อถือได้



แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 6 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลแบบมีโครงสร้าง เป็นคำถามแบบปลายปิด 6 ข้อ และแบบปลายเปิด 5 ข้อ รวม 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพ แบบมีโครงสร้าง เป็นคำถามแบบปลายปิด 4 ข้อ และแบบปลายเปิด 4 ข้อ รวม 8 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความรู้โรคความดันโลหิตสูง เป็นแบบสอบถามชนิดประเมินค่า 3 ระดับ ประกอบด้วย ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ โดยเป็นคำถามเชิงบวก 10 ข้อ และคำถามเชิงลบ 5 ข้อ รวม 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลความรู้โรคเบาหวาน เป็นแบบสอบถามชนิดประเมินค่า 3 ระดับ ประกอบด้วย ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ โดยเป็นคำถามเชิงบวก 10 ข้อ และคำถามเชิงลบ 2 ข้อ รวม 12 ข้อ

ส่วนที่ 5 ข้อมูลความรู้เรื่องข้อเข่าเสื่อม เป็นแบบสอบถามชนิดประเมินค่า 3 ระดับ ประกอบด้วย ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ โดยเป็นคำถามเชิงบวก 10 ข้อ และคำถามเชิงลบ 6 ข้อ รวม 16 ข้อ

ส่วนที่ 6 ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย

1) การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม 22 ข้อ เช่น การออกกำลังกาย การนอนหลับ การดื่มสุรา เป็นต้น ประกอบด้วยคำถามแบบปลายเปิด 7 ข้อ และคำถามแบบปลายปิด 15 ข้อ

2) ชนิดอาหารที่รับประทาน รวม 25 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดประเมินค่า 3 ระดับ ประกอบ

ด้วยปฏิบัติเป็นประจำนาน ๆ ครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย ประกอบด้วยคำถามเชิงบวก 16 ข้อ และคำถามเชิงลบ 9 ข้อ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยมหิดล หนังสือรับรองหมายเลข MU 2007-194 โดยกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ในการเข้าร่วมการวิจัยโดยผู้วิจัยได้ชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัยเมื่อผู้สูงอายุยินดีเข้าร่วมในการวิจัยจึงได้เซ็นหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการทดสอบที (Independent t-test) และไคสแควร์ (Chi-Square) ในการเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลอง (การสอนกลุ่มและการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1) ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

2. เปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง (การสอนกลุ่ม การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 และการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2) ในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของลักษณะประชากรกลุ่มควบคุมและกลุ่มตัวอย่าง (n = 96)

ลักษณะประชากร	กลุ่มควบคุม (n = 48 คน)	กลุ่มทดลอง (n = 48 คน)
1. เพศ		
หญิง	39 (81.2%)	39 (81.2%)
ชาย	9 (18.8%)	9 (18.8%)
2. สถานภาพสมรส		
โสด	1 (2.1%)	4 (8.3%)
คู่	20 (41.7%)	26 (54.2%)
หม้าย	26 (54.2%)	18 (37.5%)
หย่า	1 (2.1%)	-
3. การศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	7 (14.6%)	7 (14.6%)
ประถมศึกษา	29 (60.4%)	30 (62.5%)
มัธยมศึกษา	9 (18.8%)	10 (20.8%)
ปวช.	1 (2.1%)	1 (2.1%)
ปวส.	2 (4.2%)	-
4. จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
1-4 คน	19 (39.6%)	30 (62.5%)
5-8 คน	23 (47.9%)	14 (29.1%)
9-12 คน	2 (4.2%)	2 (4.2%)
13-16 คน	(8.3%)	2 (4.2%)
5. รายได้		
พอใช้มีเหลือเก็บ	17 (35.4%)	6 (12.5%)
พอใช้ไม่มีเหลือเก็บ	15 (31.3%)	20 (41.7%)
ไม่พอใช้	12 (25%)	19 (39.6%)
มีหนี้สิน	4 (8.4%)	3 (6.3%)



(ต่อ)

ลักษณะประชากร	กลุ่มควบคุม (48 คน)	กลุ่มทดลอง (48 คน)
6. อาชีพ		
ค้าขาย	6 (12.5%)	11 (22.9%)
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	9 (18.8%)	9 (18.8%)
รับจ้าง	4 (8.3%)	7 (14.6%)
กิจการส่วนตัว	1 (2.1%)	6 (12.5%)
ว่างงาน	28 (58.3%)	15 (31.2%)
7. สิทธิการรักษา		
ประกันสุขภาพ (บัตรทอง)	26 (54.2%)	27 (56.3%)
ประกันสังคม	2 (4.2%)	4 (8.3%)
ข้าราชการ	16 (33.3%)	10 (20.8%)
บัตรผู้สูงอายุ	1 (2.1%)	2 (4.2%)
ไม่ได้รับสิทธิใดๆ	3 (6.25%)	5 (10.4%)

ลักษณะประชากรกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 69 ปี กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 71 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงเท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม 39 คน (81.3%) สถานภาพสมรสของกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นหม้าย 26 คน (54.2%) ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ 26 คน (54.2%) ระดับการศึกษาของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 29 คน (60.4 %) และ 30 คน (62.5%) จำนวนสมาชิกในครอบครัวของกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มี 5-8 คน 23 คน (47.9 %) สำหรับกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสมาชิก 1-4 คน 30 คน (62.5%) รายได้ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ พอใช้มีเหลือเก็บ 17 คน (35.4%) ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่รายได้พอใช้ไม่มีเหลือเก็บ 20 คน (41.7%) ประชากรทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่ว่างงาน 28 คน (58.3%) และ 15 คน

(31.2%) ตามลำดับ เกี่ยวกับสิทธิการรักษาในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาของหลักประกันสุขภาพ (บัตรทอง) 26 คน (ร้อยละ 54.2%) และ 27 คน (56.3%) (ตารางที่ 1)

2. ผลการเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 (การสอนกลุ่ม และการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1) พบว่าความรู้เรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ($P>0.05$)

สำหรับการเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลอง (การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2) ในกลุ่มทดลอง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2

ความรู้ด้านสุขภาพ	n	mean	SD.	t, df, p-value
ความดันโลหิตสูง				
- ก่อนการทดลอง	48	8.16	3.27	t = 11.570, df = 47 P < 0.01*
- หลังการทดลอง	48	13.79	0.54	
เบาหวาน				
- ก่อนการทดลอง	48	7.25	3.15	t = 9.818, df = 47 P < 0.01*
- หลังการทดลอง	48	11.83	0.47	
ข้อเข่าเสื่อม				
- ก่อนการทดลอง	48	10.56	2.80	t = 9.051, df = 47 < 0.01*
- หลังการทดลอง	48	14.39	1.23	

ตารางที่ 2 จากการเปรียบเทียบความรู้ด้าน ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 พบว่ามีความแตกต่างความรู้ด้านสุขภาพภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างการเยี่ยมบ้าน สุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบภาวะสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง (การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2) ในกลุ่มทดลอง

ภาวะสุขภาพ	n	mean	SD.	t, p-value
1. ภาวะน้ำตาลในเลือด				
- ก่อนการทดลอง	48	130.125	46.3768	t = 2.524 p < 0.01*
- หลังการทดลอง	48	103.625	12.4963	
2. ดัชนีมวลกาย				
- ก่อนการทดลอง	48	25.1985	3.9898	T = 0.377 P = 0.354
- หลังการทดลอง	48	24.9223	3.6968	

จากตารางที่ 3 เปรียบเทียบภาวะสุขภาพ การทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังการทดลอง (การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2) ในกลุ่ม ($p < 0.01$) และดัชนีมวลกายก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ภาวะน้ำตาลในเลือดก่อนและหลัง ไม่แตกต่างกัน ($P = 0.354$)



ตารางที่ 4 เปรียบเทียบภาวะความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลอง (การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2) ในกลุ่มทดลอง

ภาวะความดันโลหิต	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	รวม
ปกติ	35	47	82
ผิดปกติ	13	1	14
รวม	48	48	96

$X^2 = 12.042$, P-Value < 0.01*

จากตารางที่ 4 พบว่าภาวะความดันโลหิต ในกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ก่อนและหลังการทดลอง (การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2) ($p < 0.01$)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง (การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2) ในกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนการทดลอง (48 คน)	หลังการทดลอง (48 คน)	รวม	X^2 , P-Value
1. การไปตรวจตามนัด				
ไปตามนัด	38	47	85	$X^2=8.317$
ไม่ไปตามนัด	10	1	11	P-Value < 0.01*
2. การดื่มกาแฟ				
ดื่ม	19	15	34	$X^2=40.067$
ไม่ดื่ม	29	33	62	P-Value < 0.01*
3. การออกกำลังกาย				
ออกกำลังกาย	26	27	53	$X^2=0.042$
ไม่ออกกำลังกาย	22	21	43	P-Value=0.250
4. ดื่มน้ำสุรา				
ดื่ม	2	1	3	$X^2=3.097$
ไม่ดื่ม	46	47	93	P-Value=0.121
5. สูบบุหรี่				
สูบ	3	2	5	$X^2=0.211$
ไม่สูบ	45	46	91	P-Value=0.500
6. ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง				
ดื่ม	2	1	3	$X^2=3.097$
ไม่ดื่ม	46	47	93	P-Value=0.121

จากตารางที่ 5 เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ (p < 0.01) สำหรับ การออกกำลังกาย การดื่มสุรา ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง (การเยี่ยม การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง ไม่แตกต่างกัน บ้านครั้งที่ 2) พบว่า การไปตรวจตามนัด การดื่ม (p = 0.250, 0.121, 0.500 และ 0.121) กาแฟ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง (การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2) ในกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมสุขภาพ	n	Mean	SD.	t
1. พฤติกรรมการดูแลข้อเข่า				
ก่อนการทดลอง	48	13.2292	3.1437	6.143
หลังการทดลอง	48	16.8125	2.3579	P < 0.01*
2. วิธีการปรุงอาหาร				
ก่อนการทดลอง	48	7.5833	2.2297	-1.063
หลังการทดลอง	48	8.0625	2.3557	P = 0.1465
3. ชนิดอาหาร				
ก่อนการทดลอง	48	49.6458	6.5768	<6.601
หลังการทดลอง	48	58.000	4.5942	P < 0.01*
4. รสเค็มจัด				-2.939
ก่อนการทดลอง	48	1.8958	1.0364	P < 0.01*
หลังการทดลอง	48	2.3750	0.5310	
5. รสหวานจัด				-2.508
ก่อนการทดลอง	48	2.0625	0.9544	P < 0.01*
หลังการทดลอง	48	2.2708	0.6098	
6. รสไม่จัด				-4.473
ก่อนการทดลอง	48	1.8750	1.1962	P < 0.01*
หลังการทดลอง	48	2.7708	0.6916	

จากตารางที่ 6 เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง (การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2) ในกลุ่มทดลอง พบว่าพฤติกรรมการดูแลข้อเข่า รสหวานจัด รสไม่จัด ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.01) สำหรับวิธีปรุงอาหารก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน (p = 0.1465)



อภิปรายผลการวิจัย

1. จากการศึกษาผลการสอนสุขศึกษาแบบกลุ่มและการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ในกลุ่มทดลองผลการเปรียบเทียบความรู้ ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว 3 โรคคือความดันโลหิตสูง เบาหวาน และข้อเข่าเสื่อม การได้รับการสอนกลุ่ม 1 ครั้ง และเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง ผู้สูงอายุยังไม่สามารถรับรู้เนื้อหาความรู้และนำไปปฏิบัติได้ทั้งหมดเนื่องจากขาดการดูแลต่อเนื่อง ทำให้ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของความรู้ ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ณัฏฐิรา ประสาทแก้ว แสงทองธีระทองคำและวันทนามณีศรีวงศ์กุล (2555) ที่พบว่าโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามอย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์มีผลต่อความเชื่อด้านสุขภาพและค่าความดันโลหิตของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

2. หลังจากเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ได้ 1 เดือน มีการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 และ 1 เดือนต่อมาทำการประเมินผลครั้งที่ 2 ในกลุ่มทดลองเพื่อเปรียบเทียบผลของความรู้ ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพก่อนการทดลองและหลังเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 พบว่าความรู้ ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพบางเรื่องมีความแตกต่างกันน่าจะเนื่องมาจากผู้ป่วยได้รับการทบทวนความรู้และการมีสัมพันธ์ภาพกับพยาบาลมากขึ้นสามารถจดจำความรู้ต่าง ๆ เพิ่มขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงดังนี้คือ ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนการทดลองและหลังการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ในกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (< 0.01) พฤติกรรมสุขภาพเรื่องการไปตรวจตามแพทย์นัด การดื่มกาแฟ พฤติกรรมการดูแลข้อเข่า ชนิดอาหารที่รับประทาน การรับประทานอาหารรสเค็มจัด รสหวานจัดและ

อาหารรสไม่จัด ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ในกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

นอกจากนั้นการเปรียบเทียบภาวะสุขภาพก่อนการทดลองและหลังการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ในกลุ่มทดลองพบภาวะความดันโลหิตและน้ำตาลในเลือดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ซึ่งจากการศึกษาพบว่าการสอนอย่างมีแบบแผนและการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องมีผลต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือด น่าจะเป็นผลมาจากกลุ่มทดลองมีความรู้มากขึ้น มีการปฏิบัติตัวถูกต้องมากขึ้นได้แก่การไปพบแพทย์ตามนัด การบริโภคอาหารเหมาะสมกับโรค เป็นต้น

การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยการให้ความรู้และคำปรึกษาในรูปแบบการเยี่ยมบ้านที่มีการใช้การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในการตัดสินใจแก้ปัญหาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอันส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิไลวรรณ ทองเจริญและคณะ (2554) ที่พบว่ากระบวนการจัดการความรู้โดยการประชุมกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีประสิทธิภาพต่อการจัดการปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงทั้งในด้านความรู้และพฤติกรรม การจัดการปัญหาความดันโลหิตสูงโดยเฉพาะในด้านการรับประทานอาหารด้านการสังเกตอาการผิดปกติและการแก้ไขปัญหา และการศึกษาของปิ่นนเรศ ศาสอดมและมณฑนา เหมชะญาติ (2554) โดยการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางกะจะ อำเภอเมืองจังหวัดจันทบุรีที่มีการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและผู้ที่เป็นเบาหวานและ

ความดันโลหิตสูง โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุการออกกำลังกายซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุพบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.59$, $p < .001$)

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการติดตามผลในระยะ 1 ปีหลังการ สอนกลุ่มร่วมกับการเยี่ยมบ้านเป็นระยะเพื่อติดตาม

การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดีหรือมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งมีการควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ หรือโรคร่วมอื่น ๆ เป็นต้น อีกทั้งควรมี การศึกษาเรื่องนี้ในประชากรเขตอื่น ๆ เช่น ในชุมชนชนบท เป็นต้น ในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุควรเน้น ความสำคัญของการสอนกลุ่มและติดตามเยี่ยมบ้าน เป็นระยะเพื่อการดำรงพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง





เอกสารอ้างอิง

กชกร ธรรมนำศีล, ขวัญใจ อำนาจซื่อสัตย์, พัทธราพร เกิดมงคล, และจินตนา อาจสันเทียะ. (2558). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 29 (2), 43-55.

กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2559). *รายงานประจำปี 2559 สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

ชนานุช มานะดี, ชนัตตา พลอยเลื่อมแสง, และวันทนา มณีศรีวงศ์กุล. (2555). ผลการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้านการใช้ยาที่บ้านในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารเภสัชอีสาน*, 10(3), 254-271.

ณัฐจิรา ประสาทแก้ว, แสงทอง ชีระทองคำ, และวันทนา มณีศรีวงศ์กุล. (2555). ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน ร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ ต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และค่าความดันโลหิตของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 42(3), 19-31.

พีระ บุระกิจเจริญ. (2553). โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

ปิ่นนเรศ กาศอุดมและมณฑนา เหมชะญาติ. (2554). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาล พระปกเกล้าจันทบุรี*, 22 (2): 61-70.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2560). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559. นครปฐม: บริษัท พริน เทอรี่ จำกัด.

รังสิมา รัตนศิลา, ขวัญใจ อำนาจซื่อสัตย์, สิริพร ฉันทศิริกาจน, สิริประภา กลั่นกลั่น, และพัชราพร เกิดมงคล. (2558). ผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 29 (1), 67-79.

เลิศมณฑนฉัตร อัครวาทิน สุรางค์ เมรานนท์ และสุทิตี ชัตติยะ. (2554). พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย โรคเบาหวาน: กรณีศึกษาผู้ป่วย ตำบลม่วงงาม อำเภอเสนาห์ จังหวัดสระบุรี. *วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์*, 5 (1), 103-110.

วิไลวรรณ ทองเจริญ จันทนา รณฤทธิวิชัย สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี ณัฐสุรางค์ บุญจันทร์ และวรรณ วาณิชย์ เจริญชัย. (2011). ประสิทธิผลของกระบวนการจัดการความรู้ต่อความรู้และการจัดการปัญหาความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ. *Journal of Nursing Science*, 29 (2), 103-112.

สุธีรา ชื่นตระกูลและวิไลพรรณ สมบุญตนนท์. (2555). การพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงใน การดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 13(3), 38-46 .

สุภาพ อารีเอื้อ สมหมาย วนะวนานต์และอินทิรา รูปสว่าง. ปัจจัยคัดสรรในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้ที่มี อาการโรคข้อเข่าเสื่อม. (2559). *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 30(1), 28-45.

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

Howard, R. G. et al. (2015). *Presence of gout is associated with increased prevalence and severity of knee osteoarthritis among older men: results of a pilot study. J. Clin. Rheumatol.*, 21, 63–71.

Johnson, V.L, & Hunter, D.J. The epidemiology of osteoarthritis. (2014). *Best Pract Res Clin Rheumatol.*, 28(1), 5-15.

James, P. A, Oparil, S, Carter, B.L., et al. (2014). Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA.*, 311(5), 507-520.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). *Study guide for essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice (7th ed.)*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins.

Sinusas, K. (2012). Osteoarthritis: Diagnosis and Treatment. *Am Fam Physician.*, 85(1), 49-56.

World Health Organization. (2016). *Global report on diabetes*. France: WHO Press.

