

ประสิทธิผลของการตรวจคัดกรองร่วมกับการส่งเสริมสุขภาพแบบพอเพียงต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในบริบทสังคมชนบทกึ่งเมือง จังหวัดยโสธร

วสันต์ กริมวิรัตน์กุล¹, วราทิพย์ แก่นการ², สถาพร มุ่งทวีพงษา¹

¹กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลยโสธร, ²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

The Effectiveness of Screening and Sufficiency Health Promotion on Quality of Life among Elders with Chronic Diseases in Semi-Urban Context, Yasothon Province

Wason Krimwiratkul¹, Waratip Kankarn², Sathapron Mongthaweepongsa¹

¹Group of Out-Reach Health Services, ²Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University.

หลักการและวัตถุประสงค์: วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของร่างกายลดลงทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง ดังนั้นการตรวจคัดกรองจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการค้นหาประชากรกลุ่มเสี่ยงร่วมกับการส่งเสริมสุขภาพแบบพอเพียงที่สอดคล้องกับบริบทของสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ วิถีชีวิต ตลอดจนขนบธรรมเนียมประเพณี รวมไปถึงการปรับสิ่งแวดล้อมจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วิธีการศึกษา: การศึกษานี้แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 ทำการตรวจคัดกรองโรคเรื้อรังในกลุ่มผู้สูงอายุและคัดเลือกเข้าทำการศึกษาในขั้นตอนที่ 2 ซึ่งเป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองกลุ่มเดียวประเมินก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 รายให้การส่งเสริมสุขภาพแบบพอเพียงเป็นระยะเวลา 10 เดือนวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา: ผลการตรวจคัดกรองพบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังพบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 14.96 รองลงมาเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 10.26 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมหลังการส่งเสริมสุขภาพแบบพอเพียงเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายก่อนและหลังการส่งเสริมสุขภาพแบบพอเพียงไม่มีความแตกต่างกัน

สรุป: การตรวจคัดกรองโรคเรื้อรังร่วมกับการส่งเสริมสุขภาพแบบพอเพียงที่สอดคล้องกับบริบทของสังคมช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

Background and Objective: Physiological ageing of the organ functions in elderly people is associated with the risk of chronic diseases. The screening and Sufficiency Health Promotion Programs based on community context, culture and lifestyle can be increased the performance of detecting the high-risk group. So, it can be improved the quality of life of the older.

Methods: This study was divided into two steps. The first step: the elderly group was screened for chronic diseases and was recruited into the next step. The second step was a one-group pretest-posttest design. Eighty-five cases received the Sufficiency Health Promotion Program for 10 months. The inferential statistic including paired sample t-test was used to analyze the data.

Results: The results of the screening showed that the most common chronic diseases in elderly people were hypertension (14.9%) and diabetes with hypertension (10.26%). After the program had been used, the mean score of the quality of life was at a high level with statistically significant difference ($p < .05$). However, the mean score of physical domain was not statistically significantly difference.

Conclusion: The screening for chronic diseases combined with the Sufficiency Health Promotion Programs based on community context, culture and lifestyle could be improved the quality of life among the elderly people.

Keywords: Sufficiency Health Promotion, Quality of life, Elders with Chronic Disease

คำสำคัญ: การส่งเสริมสุขภาพแบบพอเพียงคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ศรีนครินทร์เวชสาร 2560; 32(4): 298-303. • Srinagarind Med J 2017; 32(4): 298-303.

บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกเผชิญกับปัญหาประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วอันเป็นผลมาจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งจากการที่อัตราเกิดของประเทศต่างๆ ได้ลดต่ำลงทำให้คนมีอายุยืนขึ้นองค์การสหประชาชาติได้ประเมินสถานการณ์ว่าปี ค.ศ. 2001-2100 จะเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ หมายถึงการมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรรวมทั่วโลกและมีแนวโน้มว่าประชากรผู้สูงอายุเหล่านี้จะมีฐานะยากจน เป็นประเด็นท้าทายทั้งทางสังคมและเศรษฐกิจที่แต่ละประเทศจะต้องมีแผนรองรับสำหรับประเทศไทยปี พ.ศ. 2558 มีจำนวนผู้สูงอายุเกิน 60 ปีราว 10 ล้านคนจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องคาดว่าจำนวนผู้สูงอายุไทยจะเพิ่มเป็นร้อยละ 21 และ 24 ของประชากรรวมในอีกสิบและสิบสี่ปีข้างหน้าตามลำดับโดยจะเพิ่มเป็น 20.5 ล้านคนในปี พ.ศ. 2583² ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของร่างกายไปในทางที่เสื่อมทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคโดยเฉพาะโรคเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศ³ จากการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้สูงอายุที่อายุ 65 ปีขึ้นไปประมาณร้อยละ 80 มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค⁴ และประมาณร้อยละ 70 มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่า 2 โรคขึ้นไป⁵ สำหรับประเทศไทยผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่สำคัญได้แก่โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะซึมเศร้า ข้อเข่าเสื่อม โรคหัวใจ และอัมพาต/อัมพฤกษ์ โดยในปี พ.ศ. 2558 พบว่าผู้สูงอายุที่อายุ 65 ปีขึ้นไปทราบว่าเป็นโรคเรื้อรังมีความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 40.5⁶ และจากการศึกษาของ Wannachart และคณะ พบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง⁷ โดยกองทุนหลักประกันสุขภาพภาครัฐระบุนำค่าใช้จ่ายสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจาก 60,000 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2553 เป็น 220,000 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2565 หรือร้อยละ 2.8 ของ GDP ในปี พ.ศ. 2565 การตรวจคัดกรองสุขภาพในโรคเรื้อรังเป็นการค้นหาผู้ป่วยในระยะแรกเริ่มโดยจะได้รับการวินิจฉัยโรคและการรักษาอย่างทันเวลาที่ ช่วยลดอัตราการป่วย และอัตราการเสียชีวิต นอกจากนี้การให้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เหมาะสมในแต่ละบุคคลการแนะนำวิธีการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ช่วยทำให้ผู้สูงอายุมี

คุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดสุขภาพพอเพียงตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงโดยยึดหลักการที่เหมาะสมในการบริโภคอย่างพอดีพอประมาณมีเหตุผลในการตัดสินใจ มีการวางแผนภูมิคุ้มกันชีวิตในยามฉุกเฉินและป้องกันอันตราย⁸ เนื่องจากเป็นหลักการที่สามารถปฏิบัติได้จริง มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุที่มีรายได้ลดลงและยังคงยึดมั่นกับขนบธรรมเนียมประเพณีดั้งเดิม ซึ่งจากการศึกษาของ Padungkiattong พบว่าการปฏิบัติตามวิถีสุขภาพพอเพียงทำให้ประชาชนของทั้ง 2 ชุมชนต้นแบบมีสุขภาพดีขึ้นร้อยละ 100 ทั้งร่างกายจิตใจจิตวิญญาณและสังคมความเจ็บป่วยทุเลาลงได้ร้อยละ 96.7 ความเจ็บป่วยหายร้อยละ 3.3 ทุกคนที่ปฏิบัติมีความพึงพอใจในวิถีสุขภาพพอเพียงในระดับดีมาก⁹ และการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ของ Ounnapiruk และคณะ พบว่ากลุ่มตัวอย่างหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่าคุณภาพสุขภาพดีขึ้นมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)¹⁰

จังหวัดยโสธรเป็นอีกหนึ่งจังหวัดที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเนื่องจากในปี พ.ศ. 2558 มีผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีร้อยละ 14.04 ของจำนวนประชากรทั้งหมด โดยพบว่ามีอัตราป่วยโรคเบาหวานต่อแสนประชากร เท่ากับ 5,103.29 และอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร เท่ากับ 6,741.07¹¹ จากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นร่วมกับการเปลี่ยนแปลงจากสังคมชนบทไปสู่สังคมเมืองทำให้เกิดปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีภาวะทุพพลภาพทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ขาดโอกาสที่จะได้รับการส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ¹² รวมทั้งมีผลการศึกษาที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีผลเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้^{13, 14} ดังนั้นทีมผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการตรวจคัดกรองสุขภาพเชิงรุกร่วมกับส่งเสริมสุขภาพแบบพอเพียงที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนเนื่องจากผู้สูงอายุในจังหวัดยโสธรมีวัฒนธรรม ความเชื่อ วิถีชีวิต ตลอดจนขนบธรรมเนียมประเพณีที่แตกต่างจากพื้นที่อื่นจะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นสุขตามความพอเพียงทางสุขภาพ

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้แบ่งเป็น 2 ขั้นตอนขั้นตอนที่ 1 ทำการตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพโดยแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวและผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังจะคัดเลือกเข้าทำการศึกษาในขั้นตอนที่ 2 ซึ่งเป็นการศึกษาแบบ Pretest-posttest one group design การกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคำนวณโดยกำหนดให้ power = .80, medium effect size, alpha = 0.05¹⁵ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 ราย แต่เพื่อแก้ไขข้อมูล Missing และกลุ่มตัวอย่างถอนตัวออกจากการศึกษาจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 88 ราย โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

1) เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria) ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-75 ปีป่วยเป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงช่วยเหลือตัวเองได้ดีสามารถรับรู้และติดต่อสื่อสารได้ปกติสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการศึกษาเกินร้อยละ 80 และในระหว่างที่เข้ากิจกรรมไม่มีเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

2) เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ต้องการยกเลิกการเข้าร่วมการศึกษาระหว่างดำเนินการมีภาวะเจ็บป่วยกะทันหัน

การเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพแบบพอเพียงเป็นระยะเวลา 10 เดือน หลังเสร็จสิ้นการศึกษามีกลุ่มตัวอย่างคงอยู่จำนวน 85 ราย

ข้อพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี (เลขที่ HE 591014)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

1. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศอายุสถานภาพสมรสระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษา ข้อมูลของผู้ดูแล

1.2 แบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อชุดภาษาไทย (WHO QOL-BREF-THAI) เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกโดย Mahatnirunkul และคณะ¹⁶ ซึ่งมีข้อจำกัดในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป การใช้แบบประเมินนี้ในผู้สูงอายุจึงใช้วิธีการสัมภาษณ์และอธิบายในหัวข้อที่สงสัยโดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ดีสามารถรับรู้และติดต่อสื่อสาร

ได้ปกติแบบวัดคุณภาพชีวิตมีทั้งหมด 4 องค์ประกอบได้แก่ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมซึ่งมีข้อคำถามเพียง 26 ข้อแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนนตั้งแต่ 26-130 คะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับไม่ดี ปานกลาง ดี และคะแนนจากทุกด้านรวมกันเป็นคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม การศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient อยู่ระหว่าง 0.71-0.86^{17,18}

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยได้แก่โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพแบบพอเพียง โดยประยุกต์ใช้แนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคมถึงตุลาคม 2559 รายละเอียดดังนี้

เดือนที่ 1 จัดกิจกรรมโดยใช้เวลา 4 ชั่วโมงประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ให้ความรู้และผลกระทบโรคเรื้อรังบรรยายแบบมีส่วนร่วม ชี้ให้เห็นความสำคัญและผลกระทบต่อตนเองและครอบครัว ชุมชน

กิจกรรมที่ 2 การส่งเสริมสุขภาพแบบพอเพียงตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงกระบวนการกลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความสำคัญและประโยชน์การตามรอยพ่อ

เดือนที่ 2 จัดกิจกรรมโดยใช้เวลา 4 ชั่วโมงประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 3 การเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับวัยสูงอายุและโรคเรื้อรังหาได้เองในท้องถิ่น สาธิตการประกอบอาหารเฉพาะโรค ส่งเสริมการปลูกพืชผักในครัวเรือน

กิจกรรมที่ 4 การใช้ยาอย่างสมเหตุผล ข้อควรระวังในการซื้อยาบำรุงและยาปรังสำเร็จอื่นๆ การเลือกใช้ยาสมุนไพรในท้องถิ่น

เดือนที่ 3-10 จัดกิจกรรมโดยใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง/สัปดาห์ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 5 ส่งเสริมการออกกำลังกายโดยใช้กะลามะพร้าวสำหรับผู้สูงอายุติดบ้าน การออกกำลังกายใช้ดนตรีหมอลำสำหรับผู้สูงอายุติดสังคม

กิจกรรมที่ 6 ส่งเสริมการปฏิบัติธรรมในวันธรรมสวนะ

กิจกรรมที่ 7 ส่งเสริมการสร้างคุณค่าตนเองโดยการถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่น

กิจกรรมที่ 8 การเยี่ยมบ้านดูแลการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการหกล้ม

กิจกรรมที่ 9 ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์และจิตอาสาเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้สถิติเชิงพรรณนา อธิบายผลการตรวจคัดกรองโรคเรื้อรัง และลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุก่อนทดลองและหลังทดลองและทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov test การแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติใช้สถิติ Pairedt-test โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

ขั้นตอนที่ 1 ผลการตรวจคัดกรอง

ผู้สูงอายุเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคเรื้อรังทั้งหมด 1,364 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 76.23

อายุเฉลี่ย 69.42 ปี น้ำหนักเฉลี่ย 64.56 ± 9.13 กิโลกรัม ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 27.32 ± 3.51 กิโลกรัม/เมตร² รอบเอวเฉลี่ย 34.56 ± 3.47 นิ้ว กลุ่มติดสังคมร้อยละ 89.81 ผลการตรวจคัดกรองพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคเรื้อรังร้อยละ 74.27 และผู้สูงอายุที่ไม่เคยรับการตรวจคัดกรองมาก่อนร้อยละ 21.04 ผลการตรวจคัดกรองพบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังพบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 14.96 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงผลการตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพ (n=1,364)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	1,040 (76.23)
หญิง	324 (23.77)
อายุเฉลี่ย (ปี) [mean ± SD]	69.42 ± 6.51
น้ำหนักเฉลี่ย (กิโลกรัม) [mean ± SD]	64.56 ± 9.13
ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย (กิโลกรัม/เมตร ²) [mean ± SD]	27.32 ± 3.51
รอบเอวเฉลี่ย (นิ้ว) [mean ± SD]	34.56 ± 3.47
กลุ่มติดสังคม	1,225 (89.81)
กลุ่มติดบ้าน	94 (6.89)
กลุ่มติดเตียง	24 (1.76)
กลุ่มพิการ	21 (1.54)
ไม่มีโรคเรื้อรัง	1,013 (74.27)
ไม่เคยรับการตรวจคัดกรอง	287 (21.04)
โรคเบาหวาน	103 (7.55)
โรคความดันโลหิตสูง	204 (14.96)
โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	140 (10.26)
โรคไขมันในเลือดสูง	65 (4.77)
โรคข้อเข่าเสื่อม/ปวดข้อ	42 (3.08)
โรคไตวายเรื้อรัง	17 (1.25)
โรคหัวใจ	2 (0.15)
โรคคอพอก	2 (0.15)

ขั้นตอนที่ 2 ประสิทธิภาพของการส่งเสริมสุขภาพแบบพอเพียง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 79.41 อายุเฉลี่ย 67.12 ± 5.67 ปี สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 64.34 ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษาร้อยละ 89.15 อาศัยอยู่กับครอบครัวร้อยละ 95.07 มีรายได้เฉลี่ย 1,500-2,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 87.36 รายได้มาจากสวัสดิการของรัฐและจากบุตร/หลาน มีรายได้เพียงพอร้อยละ 51.23 สิทธิการรักษาใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพร้อยละ 89.23 ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสามี/ภรรยา/บุตร/หลานร้อยละ 85.23 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=85)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	18 (20.59)
หญิง	67 (79.41)
อายุเฉลี่ย (ปี) [mean±SD]	67.12 ± 5.67
ระดับการศึกษา	
ชั้นประถมศึกษา	76 (89.15)
ชั้นมัธยมศึกษา	7 (8.23)
ปริญญาตรี	2 (2.62)
อาศัยอยู่กับครอบครัว	81 (95.07)
อาศัยอยู่คนเดียว	4 (4.93)
รายได้เฉลี่ย 1,500-5,000 บาทต่อเดือน	74 (87.36)
รายได้เฉลี่ย มากกว่า 5,000 บาทต่อเดือน	11 (12.64)
มีรายได้เพียงพอ	44 (51.23)
ไม่เพียงพอ	41(48.77)
สิทธิหลักประกันสุขภาพ	76 (89.23)
สิทธิบัตรประกันสังคม/จ่ายตรง	9 (10.77)
ผู้ดูแลสามี/ภรรยา/บุตร/หลาน	73 (85.23)
ไม่มีผู้ดูแล	12 (14.77)

ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ระหว่างก่อนและภายหลังจากได้รับการส่งเสริมสุขภาพแบบพอเพียง พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมและโดยรวมหลังการส่งเสริมสุขภาพแบบพอเพียงเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) ส่วนคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายก่อนและหลังการส่งเสริมสุขภาพแบบพอเพียงไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคเรื้อรังระหว่างก่อนและหลังการส่งเสริมสุขภาพแบบพอเพียงจำแนกตามคะแนนรายด้านและโดยรวม (n=85)

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	คะแนนและการแปลผล						t	p-value
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง				
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ		
ด้านร่างกาย	25.94	2.29	ปานกลาง	26.04	2.24	ปานกลาง	.54	.59
ด้านจิตใจ	17.80	3.70	ปานกลาง	25.23	1.10	ดี	11.03	.00*
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	10.56	2.06	ปานกลาง	11.43	0.86	ปานกลาง	2.18	.04*
ด้านสิ่งแวดล้อม	26.53	4.34	ปานกลาง	31.17	1.29	ดี	6.05	.00*
คุณภาพชีวิตโดยรวม	80.00	12.14	ปานกลาง	102.50	3.88	ดี	10.74	.00*

* p < .05

วิจารณ์

ผลการตรวจคัดกรองผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังพบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 14.96 รองลงมา เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 10.26 และโรคเบาหวานร้อยละ 7.55 สอดคล้องกับการศึกษาผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในจังหวัดอุบลราชธานีของ Wannachart และคณะ⁷ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวเรื้อรังได้แก่โรคเบาหวานร้อยละ 61.9 โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 67.8 และจากรายงานของสำนักงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. 2558 พบว่าความชุกของผู้สูงอายุ (65-74 ปี) ผู้สูงอายุที่ทราบว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงเท่ากับร้อยละ 40.5⁶ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของร่างกายไปในทางที่เสื่อมทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคโดยเฉพาะโรคเรื้อรังซึ่งส่งผลกระทบต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาว (long term care) จากผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่เคยรับการตรวจคัดกรองมาก่อนร้อยละ 21.04 ปัจจุบันศักยภาพของครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุ ถดถอยลงการเคลื่อนย้ายของวัยแรงงานจากชนบทสู่เมืองสตรีต้องออกไปทำงานนอกบ้านส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดผู้ดูแล ในช่วงกลางวันจึงสูญเสียโอกาสในการเข้าถึงการบริการ ดังนั้นการให้บริการเชิงรุกในตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

การศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 85 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชายและระดับการศึกษาเป็นประถมศึกษา ก่อนเริ่มโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพแบบพอเพียงกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งจากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 95.07 อาศัยอยู่กับครอบครัวเนื่องจากในบริบทของชนบทอีสานคนในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีซึ่งก่อให้เกิดการเกื้อกูลและการช่วยเหลือทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่จากคนในครอบครัว

สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมาด้วยสอดคล้องกับการศึกษาของ Sunsern และคณะ¹⁹ พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายได้ ส่วนใหญ่มาจากสวัสดิการของรัฐและจากบุตร/หลานทำให้มีรายได้เพียงพอในการใช้จ่ายสอดคล้องกับการศึกษาของ Hongthong และคณะ²⁰ ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตชนบทของประเทศไทย

ภายหลังกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพแบบพอเพียงกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายในระดับปานกลางพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรัง คือโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งการมีอายุที่เพิ่มขึ้นร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้น้อยลงรวมทั้งโรคเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดต้องใช้เวลาในการรักษานานและต่อเนื่องและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตลดลง สอดคล้องกับแนวคิดของ World Health Organization²¹ ที่กล่าวไว้ว่าองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (physical domain) คือการรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวันเช่นการรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายการรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบายไม่มีความเจ็บปวดการรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Wannachart และคณะ⁷ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในจังหวัดอุบลราชธานีมีคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางส่วนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($p < .05$) เนื่องจากการส่งเสริมแบบพอเพียงเน้นให้ผู้สูงอายุมีความพอเพียงทางด้านสุขภาพมีเหตุผลในการใช้จ่ายไม่เชื่อตามคำโฆษณาเน้นการดูแลโดยใช้สมุนไพรไทย สร้างคุณค่าในตนเองโดยการถ่ายทอดความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่สามารถผลิตได้เองในท้องถิ่น ส่งเสริมการออกกำลังกายโดยใช้ดนตรีพื้นบ้าน ส่งเสริมสุขภาพจิตได้แก่ การปฏิบัติธรรมในวันธรรมสวนะ กิจกรรมประกอบด้วย การเยี่ยมบ้าน การใช้กระบวนการกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสวดมนต์และปฏิบัติภารกิจที่สอดคล้องบริบทของชุมชนสามารถปฏิบัติได้จริง

สรุป

การให้บริการตรวจคัดกรองสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังควรเน้นการบริการเชิงรุก เนื่องจากกลุ่มนี้มีข้อจำกัดในการเข้าถึงการบริการและการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพแบบพอเพียงในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังโดยให้สามารถแสดงศักยภาพได้ตามความถนัด และสอดคล้องกับบริบทของชุมชนช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables. Working Paper No. ESA/P/WP. 241; 2015.
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development. Thai elderly population report 2008. Bangkok: TQP Co; 2015.
3. Eliopoulos C. Gerontological nursing. 7th ed. Philadelphia: lippincottwilliams&wilkins; 2010.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Healthy Aging at a Glance 2011. Available <http://stacks.cdc.gov/view/cdc/22022>. [Accessed 2 July 2015].
5. Lochner KA, Cox CS. Prevalence of multiple Chronic conditions among medicare beneficiaries, United states, 2010. *Prev Chronic Dis* 2013; 10: E61.
6. Annual Report 2015. Bureau of Non Communicable Disease. Department of Disease Control. Ministry of Public Health; 2016.
7. Wannachart M, Nanthamongkolchai S, Munsawaengsub C, Taechaboonsermsak P. Quality of Life among Elderly People with Chronic Diseases in Ubon Ratchathani Province. *Journal of Public Health Special Issue* 2015: 8-29.
8. Phuphaibul R, Watanasak S, Jitramontree N, Apanuntikul M, Youngpradith A, Sinsuksai N, et al. Development process for sufficiency health in community. *J Nurs Sci Health* 2012; 35: 28-38.

9. Padungkiattiwong W, Patcharavirosakul N, Somboon K, Krutpuark J. Achievement of the sufficiency health under the philosophy of sufficiency economy. *J Region 4-5 Med* 2015; 34: 110-9.
10. Ounnapirok L, Wirojratana V, Kongsuriyanavin W, Termsettajaroen W. The Effectiveness of a Health Promotion Program on Quality of Life of Elderly People in the Elderly Club. *J Nurs Sci* 2012; 30 : 35-45.
11. Yasothon Provincial Public Health office. Strategic plans for health development in Yasothon Province; 2015.
12. Lee TW, Ko IS, Lee KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: Across-sectional survey. *Int J Nurs Stud* 2006; 43: 293-300.
13. Tamai SA, Paschoal SM, Litvoc J, Machado AN, Curiati PK, Prada LF, et al. Impact of a program to promote health and quality of life of elderly. *Einstein (Sao Paulo)* 2011; 9: 8-13.
14. Rana AKM, Masud, Wahlin AKE, Lundborg CS, Kabir ZN. Impact of health education on health-related quality of life among elderly persons: results from a community-based-intervention study in rural Bangladesh. *Health Promot Int* 2009; 24: 36-45.
15. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum; 1988.
16. Mahatnirunkul S, Tuntipivanakul W, Pumpisanchai W. Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 items). *J Ment Health Thai* 1998; 5: 4-15.
17. Phunggrassami T, Katikarn R, Watanaarepornchai S, Sangtawan D. Quality of life assessment in radiotherapy patients by WHOQOL- BREF-THAI: A feasibility study. *J Med Assoc Thai* 2004; 87: 1459-65.
18. Sakthong P, Schommer JC, Gross R, Sakulbumrungsil R, Prasithsirikul W. Psychometric properties of WHOQOL-BREF-THAI in patients with HIV/AIDS. *J Med Assoc Thai* 2007; 90: 2449-60.
19. Sunsem R, Rattanagreetakul S, Lawang W, Tassanatanachai A, Viriya C, Sorujthamakul T, et al. Evidence, Problems, and health care needs for hypertension patients at Baan-bung district, Chon-Buri province. *J Nurs Edu* 2011; 4: 2-16.
20. Hongthong D, Somrongthong R, Paul Ward. Factors influencing the quality of life (QoL) among Thai older people in a rural area of Thailand. *Iran J Public Health* 2015; 44: 479-85.
21. World Health Organization. WHO QOL-BREF. Introduction, Administration, Scoring and generic of the assessment: Field Trial Version. Geneva; 1996.

