

แบบรายการประกอบคำขอประเมินผลงาน
ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของแกนนำชมรมผู้สูงอายุ
ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี

ของ

ชื่อ นายชัชวาลย์ เพ็ชรทอง
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ระดับ ปฏิบัติการ
ตำแหน่งเลขที่ ๑๓๑๐
กลุ่มงาน/ฝ่าย กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยเรียน
สำนัก/กอง/ศูนย์ ศูนย์อนามัยที่ ๘ อุตรธานี
กรมอนามัย

เพื่อแต่งตั้งให้ดำรง

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ระดับ ชำนาญการ
ตำแหน่งเลขที่ ๑๓๑๐
กลุ่มงาน/ฝ่าย กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยเรียน
สำนัก/กอง/ศูนย์ ศูนย์อนามัยที่ ๘ อุตรธานี
กรมอนามัย

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

๑. ชื่อผลงานเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของแกนนำชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี
๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ มกราคม - เมษายน ๒๕๖๒
๓. สัดส่วนของผลงานในส่วนตัวตนเองปฏิบัติ ๑๐๐% (ระบุรายละเอียดของผลงานพร้อมทั้งสัดส่วนของงาน) ดำเนินการทุกขั้นตอน ได้แก่ การออกแบบการศึกษา การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และเขียนรายงานการศึกษา
๔. ผู้ร่วมจัดทำผลงาน (ถ้ามี) -
๕. บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของแกนนำชมรมผู้สูงอายุในเครือข่ายศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี ประกอบด้วย จังหวัดราชบุรี กาญจนบุรี สุพรรณบุรี นครปฐม สมุทรสาคร สมุทรสงคราม เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์ คัดเลือกตัวแทนชมรมผู้สูงอายุจังหวัดละ ๑ ชมรม ตามความสมัครใจเข้าร่วมโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุคุณภาพเขตสุขภาพที่ ๕ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ปรับปรุงจากแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพวัยทำงาน ของกองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านสุขภาพ ทักษะความรู้ด้านสุขภาพ ๖ ด้าน และพฤติกรรมสุขภาพ ทำการปรับปรุงข้อคำถามและทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ ๐.๙๔ ดำเนินการเก็บข้อมูลเมื่อวันที่ ๑๔ มกราคม ๒๕๖๒ ณ ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี กลุ่มตัวอย่างคือแกนนำชมรมผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่เข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการดังกล่าว จำนวน ๑๐๙ คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า แกนนำชมรมผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๗๘ ช่วงวัยเป็นผู้สูงอายุวัยต้น (๖๐ - ๖๙ ปี) ร้อยละ ๘๔.๔ อาชีพแม่บ้าน/พ่อบ้าน ร้อยละ ๒๘.๔ ข้าราชการบำนาญ ร้อยละ ๒๔.๘ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ ๓๑.๒ และระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ ๒๔.๘ ด้านสุขภาพพบว่า ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในกลุ่มอ้วน ร้อยละ ๓๔.๙ และกลุ่มปกติ ร้อยละ ๓๑.๒ กลุ่มเพศชายมีเส้นรอบเอวเกิน ๙๐ เซนติเมตร ร้อยละ ๕๘.๓ กลุ่มเพศหญิงมีเส้นรอบเอวเกิน ๘๐ เซนติเมตร ร้อยละ ๕๘.๘ มีโรคประจำตัว ร้อยละ ๕๑.๔ ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๖๗.๙ ระดับความรู้ด้านสุขภาพ ๖ ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ระดับไม่ดี ร้อยละ ๕๙.๖ ความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ระดับพอใช้ ร้อยละ ๕๖.๙ การสื่อสารด้านสุขภาพ ระดับไม่ดี ร้อยละ ๔๕.๙ การจัดการตนเอง ระดับพอใช้ ร้อยละ ๔๒.๒ การตัดสินใจด้านสุขภาพ ระดับพอใช้ ร้อยละ ๕๐.๕ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ระดับไม่ดี ร้อยละ ๕๑.๔ ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ ๗๓.๔ และพฤติกรรมสุขภาพ ๓๐ ๒๕ อยู่ในระดับดี ร้อยละ ๕๔.๑

การศึกษาในครั้งนี้เป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมเพื่อยกระดับความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร และการรู้เท่าทันสื่อ ซึ่งแกนนำสมาชิกชมรมผู้สูงอายุควรมีทักษะของความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี เนื่องจากเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการกำหนดแนวทางการดำเนินงานเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับสมาชิกในชมรม

๖. บทนำ

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี ๒๕๔๘ และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในปี ๒๕๖๔ การเข้าสู่วัยผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางเสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นผลทำให้ความเสื่อมโทรมเพิ่มมากขึ้นจนอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุได้ จากการสำรวจสุขภาพ

ประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายปี ๒๕๕๗ พบกว่า ประชากรไทย ๖๐ ปีขึ้นไป เป็นโรคเรื้อรังได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๕๓.๒ โรคเบาหวาน ร้อยละ ๑๘.๑ ภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ ๑๙.๐ อ้วน ร้อยละ ๓๐.๔ ข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ ๒๒.๕ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ร้อยละ ๔.๘ หลอดเลือดสมอง ร้อยละ ๒.๗ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ของประเทศไทยเป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ ๑๓.๑ (วิชัย เอกพลากร, ๒๕๕๗) เมื่อความชราเพิ่มขึ้น ความเสื่อมของสุขภาพและร่างกายก็เพิ่มมากขึ้นตามวัย หากมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่ดีจะส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังข้างต้น และยังส่งผลให้อัตราการพึ่งพิงด้านสุขภาพในกลุ่มวัยผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสามารถในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงได้ยาวนานขึ้น และลดการพึ่งพิงการดูแลระยะยาวในอนาคต

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หรือ Health Literacy เป็นความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจในข้อมูล เพื่อวิเคราะห์ ตัดสินใจ ประเมินการปฏิบัติ และจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถสื่อสาร บอกต่อชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, ๒๕๖๑; วชิระเพ็งจันทร์, ๒๕๖๐) ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การปฏิบัติตามคำแนะนำทางสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย และมีความสัมพันธ์กับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern, & Crotty, ๒๐๑๑; World Health Organization, ๒๐๑๓) แต่ในปัจจุบันรายงานการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มวัยผู้สูงอายุในประเทศไทยยังมีไม่มากนัก

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๖๔) ได้ระบุยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ๖ มาตรการ คือ ๑) ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย และดูแลตนเองเบื้องต้น ๒) ส่งเสริมการรวมกลุ่มและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ ๓) ส่งเสริมด้านการงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ ๔) สนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ๕) ส่งเสริมสนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้และสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและสื่อ ๖) ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, ๒๕๖๑) และยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) กำหนดให้มีการปฏิรูประบบเสริมสร้างความรอบรู้และจิตสำนึกทางสุขภาพ ประเด็นยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ได้ระบุเรื่องการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยพัฒนาองค์ความรู้และการสื่อสารด้านสุขภาพที่ถูกต้องและเชื่อถือได้ให้แก่ประชาชน พร้อมทั้งเฝ้าระวังและจัดการกับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง จนเกิดเป็นทักษะทางปัญญาและสังคมที่เป็นการเพิ่มศักยภาพในการจัดการสุขภาพของตนเองของประชาชน อาทิ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้มีความเหมาะสม และการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอในการดำรงชีวิต (คณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ, ๒๕๖๑) ซึ่งจากทั้งสองแผนหลักดังกล่าวระบุเรื่องของการสร้างและพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นประเด็นสำคัญ

กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยสูงอายุ ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี ซึ่งมีภารกิจด้านการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และการสนับสนุนวิชาการด้านผู้สูงอายุในระดับเขตสุขภาพ ได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุคุณภาพเขตสุขภาพที่ ๕ และมีกิจกรรมการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเป้าหมาย คือแกนนำชมรมผู้สูงอายุที่เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการฯ ดังกล่าว เพื่อให้ทราบสถานการณ์เบื้องต้นเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นข้อมูลสำคัญในการวางแผนพัฒนาโครงการในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและชมรมผู้สูงอายุคุณภาพสู่องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพต่อไป

๗. วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุคุณภาพของศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี

๘. วิธีการดำเนินงาน/วิธีการศึกษา/ขอบเขตงาน

๘.๑ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้คือ แกนนำชมรมผู้สูงอายุ (อายุ ๖๐ ปี ขึ้นไป) จากชมรมผู้สูงอายุ ๘ ชมรม ในเขตสุขภาพที่ ๕ ได้แก่ จังหวัดราชบุรี กาญจนบุรี สุพรรณบุรี นครปฐม สมุทรสาคร สมุทรสงคราม เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์ จังหวัดละ ๑ ชมรม ซึ่งเป็นตัวแทนจังหวัดเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุคุณภาพของศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี รวม จำนวน ๑๐๙ คน ณ ห้องประชุมราชาวดี ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี เก็บข้อมูลเมื่อวันที่ ๑๔ มกราคม ๒๕๖๒

เกณฑ์การคัดเลือก

- เป็นแกนนำชมรมผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการในโครงการพัฒนาเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุคุณภาพของศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี

- เป็นผู้ที่ยินยอมเปิดเผยข้อมูลและให้ความสมัครใจในการตอบแบบสอบถามในการศึกษาครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก

- แกนนำชมรมผู้สูงอายุที่มีอายุต่ำกว่า ๖๐ ปี หรือกลุ่ม pre-aging ที่เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการฯ ในครั้งนี้

- แกนนำชมรมผู้สูงอายุที่ไม่ยินยอมเปิดเผยข้อมูล และไม่สมัครใจตอบแบบสอบถาม

- ผู้ที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการฯ ในครั้งนี้

๘.๒ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามซึ่งปรับปรุงจากแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (กองสุขศึกษา, ๒๕๕๙) ประกอบด้วย ๓ ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ ๑ คุณลักษณะทั่วไปและสถานะสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว โรคประจำตัว

ส่วนที่ ๒ ความรู้ด้านสุขภาพ ๖ ทักษะ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การสื่อสารด้านสุขภาพ การตัดสินใจ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ

ส่วนที่ ๓ พฤติกรรมสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (พฤติกรรม ๓๐ ๒๘)

ปรับปรุงข้อคำถามของแบบสอบถามให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ จากนั้นตรวจสอบความสอดคล้องด้านเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน ๓ ท่าน และทำการทดสอบเครื่องมือกับชมรมผู้สูงอายุแห่งหนึ่ง อำเภอเมืองราชบุรี หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ ๐.๙๔

๘.๓ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

ผู้ศึกษาชี้แจงความเป็นมา วัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูล อธิบายแบบสอบถามและการเก็บข้อมูลอย่างละเอียดจนผู้เข้าร่วมโครงการรับทราบและเข้าใจตรงกัน ขอความยินยอมในการเก็บข้อมูล เมื่อผู้เข้าร่วมโครงการยินยอมให้ข้อมูล จึงเริ่มการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ในระหว่างที่ทำแบบสอบถาม ผู้เข้าร่วมโครงการสามารถซักถามเพิ่มเติมในประเด็นที่สงสัยได้ตลอดเวลา โดยผู้ศึกษาจะไม่ชี้แจงการตอบแบบสอบถาม เมื่อผู้เข้าร่วมโครงการตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้นผู้ศึกษาทำการเก็บรวบรวมแบบสอบถามที่ได้รับเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

๘.๔ การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS เวอร์ชัน ๒๒

๙. ผลการดำเนิน/ ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป แกนนำชมรมผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๗๘ เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (๖๐ – ๖๙ ปี) ร้อยละ ๘๔.๔ อาชีพแม่บ้าน/พ่อบ้าน ร้อยละ ๒๘.๔ ข้าราชการบำนาญ ร้อยละ ๒๔.๘ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ ๓๑.๒ และระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ ๒๔.๘ รายละเอียดดังตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ ลักษณะทั่วไปด้านประชากรของแกนนำชมรมผู้สูงอายุที่เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ (N=๑๐๙)

ลักษณะทั่วไปด้านประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	๒๔	๒๒.๐
หญิง	๘๕	๗๘.๐
อายุ		
ผู้สูงอายุวัยต้น (๖๐ – ๖๙ ปี)	๙๒	๘๔.๔
ผู้สูงอายุวัยกลาง (๗๐ – ๗๙ ปี)	๑๔	๑๒.๘
ผู้สูงอายุวัยปลาย (๘๐ ปี ขึ้นไป)	๓	๒.๘
ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ปี)	๖๗.๕ \pm ๕.๘๘	
อาชีพ		
ใช้แรงทั่วไป เช่น ทำไร่ ทำนา รับจ้าง	๒๕	๒๒.๙
ค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว	๒๖	๒๓.๙
ข้าราชการบำนาญ	๒๗	๒๔.๘
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	๓๑	๒๘.๔
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	๓๔	๓๑.๒
มัธยมศึกษาตอนต้น	๑๘	๑๖.๕
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)	๒๕	๒๒.๙
อนุปริญญา	๕	๔.๖
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	๒๖	๒๔.๘

ด้านสุขภาพ แกนนำชมรมผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่ มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในกลุ่มอ้วน ร้อยละ ๓๔.๙ และกลุ่มปกติ ร้อยละ ๓๑.๒ กลุ่มเพศชายมีเส้นรอบเอวเกิน ๙๐ เซนติเมตร ร้อยละ ๕๘.๓ กลุ่มเพศหญิงมีเส้นรอบเอวเกิน ๘๐ เซนติเมตร ร้อยละ ๕๘.๘ มีโรคประจำตัว ร้อยละ ๕๑.๔ ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๖๗.๙ รายละเอียดดังตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ ข้อมูลด้านสุขภาพของแกนนำชมรมผู้สูงอายุที่เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ (N=๑๐๙)

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ค่าดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ตารางเมตร)		
ปกติ (๑๘.๕ - ๒๒.๙)	๓๔	๓๑.๒
น้ำหนักเกิน (๒๓.๐ - ๒๔.๙)	๒๗	๒๔.๘
อ้วน (๒๕.๐ - ๒๙.๙)	๓๘	๓๔.๙
อ้วนอันตราย (๓๐ ขึ้นไป)	๑๐	๙.๒
ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	๒๔.๗๘ \pm ๓.๑๗	
เส้นรอบเอว (เซนติเมตร)		
เพศชาย		
รอบเอวปกติ	๑๐	๔๑.๗
รอบเอวเกิน ๙๐	๑๔	๕๘.๓
ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	๘๙.๕ \pm ๙.๘	
เพศหญิง		
รอบเอวปกติ	๓๕	๔๑.๒
รอบเอวเกิน ๘๐	๕๐	๕๘.๘
ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	๘๒.๓ \pm ๗.๑	
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	๕๓	๔๘.๖
มีโรคประจำตัว	๕๖	๕๑.๔
ความดันโลหิตสูง	๓๘	๖๗.๙
เบาหวาน	๒๗	๔๘.๒
ไขมันในเลือดสูง	๑๔	๒๕.๐
โรคหัวใจ	๖	๑๐.๗
โรคไต	๒	๓.๖
ข้อเข่าเสื่อม	๑	๑.๘

*โรคประจำตัวสามารถตอบได้หลายข้อ

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ๖ ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ระดับไม่ดี ร้อยละ ๕๙.๖ ความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ระดับพอใช้ ร้อยละ ๕๖.๙ การสื่อสารด้านสุขภาพ ระดับไม่ดี ร้อยละ ๔๕.๙ การจัดการตนเอง ระดับพอใช้ ร้อยละ ๔๒.๒ การตัดสินใจด้านสุขภาพ ระดับพอใช้ ร้อยละ ๕๐.๕ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ระดับไม่ดี ร้อยละ ๕๑.๔ ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ ๗๓.๔

ระดับพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (พฤติกรรม ๓๐ ๒๕) พบว่าแกนนำชมรมผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ ๕๔.๑ รายละเอียดดังตารางที่ ๓

ตารางที่ ๓ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของแกนนำชมรมผู้สูงอายุที่เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ (N=๑๐๙)

องค์ประกอบ	ดี		พอใช้		ไม่ดี		$\bar{X} \pm S.D.$
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	๑๗	๑๕.๖	๒๗	๒๔.๘	๖๕	๕๙.๖	๔.๗๗ ± ๒.๖๗
ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	๒๔	๒๒.๐	๖๒	๕๖.๙	๒๓	๒๑.๑	๕.๘๖ ± ๒.๑๐
การสื่อสารด้านสุขภาพ	๒๔	๒๒.๐	๓๕	๓๒.๑	๕๐	๔๕.๙	๘.๔๑ ± ๓.๕๓
การจัดการตนเอง	๔๐	๓๖.๗	๔๖	๔๒.๒	๒๓	๒๑.๑	๑๐.๙๔ ± ๓.๖๕
การตัดสินใจด้านสุขภาพ	๓๔	๓๑.๒	๕๕	๕๐.๕	๒๐	๑๘.๓	๑๓.๑๑ ± ๔.๖๗
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	๑๙	๑๗.๔	๓๔	๓๑.๒	๕๖	๕๑.๔	๔.๘๖ ± ๒.๔๐
ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม	๑๐	๙.๒	๘๐	๗๓.๔	๑๙	๑๗.๔	๔๗.๙๗ ± ๑๒.๑๑
พฤติกรรมสุขภาพ ๓๐ ๒๕	๕๙	๕๔.๑	๓๘	๓๔.๙	๑๒	๑๑.๐	๒๒.๕๙ ± ๔.๕๐

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของแกนนำชมรมผู้สูงอายุที่เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการในโครงการพัฒนาเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี อภิปรายผลการศึกษา ดังนี้

การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ พบว่าแกนนำชมรมผู้สูงอายุมีการเข้าถึงข้อมูลในระดับไม่ดี ร้อยละ ๕๙.๖ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ ๖๑.๓๒ อาจจะเป็นเนื่องจากบริบทปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมความเป็นชุมชนเมืองของกลุ่มตัวอย่าง (ศิรินันท์ สุขศรี, ดาวิวรรณ เศรษฐีธรรม, ๒๕๖๐) และไม่สอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้นำองค์กรภาครัฐ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเข้าถึงข้อมูลระดับดีมาก ร้อยละ ๔๘.๑ อาจเนื่องมาจากความแตกต่างของอายุและระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างที่ยังเป็นกลุ่ม pre-aging และระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบปริญญาตรีขึ้นไป (พิทยา ไพบูลย์ศิริ, ๒๕๖๑)

ความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ พบว่าแกนนำชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพระดับพอใช้ ร้อยละ ๕๖.๙ สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญ ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพระดับปานกลาง ร้อยละ ๔๑.๕๘ (ศิรินันท์ สุขศรี, ดาริวรรณ เศรษฐีธรรม, ๒๕๖๐) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้นำองค์กรภาครัฐ ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพระดับดีมาก ร้อยละ ๕๒.๓๘ อาจเนื่องจากความแตกต่างของระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง (พิทยา ไพบูลย์ศิริ, ๒๕๖๑)

การสื่อสารด้านสุขภาพ พบว่าแกนนำชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการสื่อสารด้านสุขภาพระดับไม่ดี ร้อยละ ๔๕.๙ และระดับพอใช้ ร้อยละ ๓๒.๑ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้นำองค์กรภาครัฐที่พบว่าส่วนใหญ่มีการสื่อสารสุขภาพระดับพอใช้ ร้อยละ ๕๕.๙๕ และระดับไม่ดี ร้อยละ ๓๖.๙ (พิทยา ไพบูลย์ศิริ, ๒๕๖๑) แต่อาจไม่สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญที่ส่วนใหญ่มีทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพระดับปานกลาง ร้อยละ ๗๑.๐๕ ซึ่งอาจจะเนื่องมาจากบริบทความเป็นชุมชนเมืองของกลุ่มตัวอย่างที่มีโอกาสเข้าถึงเทคโนโลยีการสื่อสารได้มากกว่า (ศิรินันท์ สุขศรี, ดาริวรรณ เศรษฐีธรรม, ๒๕๖๐)

การจัดการตนเอง พบว่าแกนนำชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการจัดการตนเองระดับพอใช้ ร้อยละ ๔๒.๒ สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการจัดการตนเองระดับปานกลาง ร้อยละ ๔๘.๙๕ (ศิรินันท์ สุขศรี, ดาริวรรณ เศรษฐีธรรม, ๒๕๖๐) และยังไม่สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้นำองค์กรภาครัฐที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการจัดการตนเองระดับพอใช้ ร้อยละ ๔๒.๒ (พิทยา ไพบูลย์ศิริ, ๒๕๖๑)

การตัดสินใจด้านสุขภาพ พบว่าแกนนำชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการตัดสินใจด้านสุขภาพระดับพอใช้ ร้อยละ ๕๐.๕ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการตัดสินใจด้านสุขภาพระดับสูง ร้อยละ ๖๗.๑๑ (ศิรินันท์ สุขศรี, ดาริวรรณ เศรษฐีธรรม, ๒๕๖๐) และยังไม่สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้นำองค์กรภาครัฐที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการตัดสินใจระดับดีมาก ร้อยละ ๕๑.๑๙ ระดับพอใช้ ร้อยละ ๓๙.๒๙ (พิทยา ไพบูลย์ศิริ, ๒๕๖๑) ซึ่งอาจเป็นผลจากความแตกต่างด้านระดับการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ และการสื่อสารด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ พบว่าแกนนำชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศในระดับไม่ดี ร้อยละ ๕๑.๔ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญที่พบว่ามีการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศระดับปานกลาง ร้อยละ ๕๑.๓๒ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีระดับการเข้าถึงข้อมูลที่แตกต่างกัน (ศิรินันท์ สุขศรี, ดาริวรรณ เศรษฐีธรรม, ๒๕๖๐) และไม่สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้นำองค์กรภาครัฐที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศระดับดีมาก ร้อยละ ๖๓.๑ และระดับพอใช้ ร้อยละ ๒๘.๕๗ อาจเนื่องมาจากความแตกต่างของลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ยังเป็นวัยทำงาน และเป็นข้าราชการที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป ประกอบกับระดับการเข้าถึงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ดีกว่า (พิทยา ไพบูลย์ศิริ, ๒๕๖๑)

ในภาพรวม แกนนำชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพอใช้ ร้อยละ ๗๓.๔ สอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค พบว่า ร้อยละ ๖๘.๒ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (แสงเดือน กิ่งแก้ว, นุสรุ ประเสริฐศรี, ๒๕๕๙) และการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ๓๐ ๒๘ ในกลุ่มผู้นำองค์กร พบว่า ร้อยละ ๗๓.๘๑ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมในระดับพอใช้ (พิทยา ไพบูลย์ศิริ, ๒๕๖๑) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษา ที่ศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานคร พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพื้นฐาน (ระดับต่ำ) ร้อยละ ๙๙.๕ และระดับปฏิสัมพันธ์ (ระดับปานกลาง) ร้อยละ ๐.๕ อาจเนื่องมาจากสัดส่วนด้านระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีความแตกต่างกัน ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Nilnate, Hengspraprom, Hanvoravongchai, ๒๐๑๖)

จากผลการศึกษาด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา (พฤติกรรม ๓๐ ๒๘) พบว่า แกนนำชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ ๕๔.๑ ระดับพอใช้ ร้อยละ ๓๔.๙ อาจไม่สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๕๘.๙ มีระดับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (แสงเดือน กิ่งแก้ว, นุสรุ ประเสริฐศรี, ๒๕๕๙) และการศึกษาในกลุ่มผู้นำองค์กร ที่พบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพ ๓๐ ๒๘ อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ ๕๒.๓๘ แต่อย่างไรก็ตาม สำหรับลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่มีบทบาทเป็นผู้นำองค์กร การมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับพอใช้ อาจจะไม่เพียงพอ จึงต้องมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับดี และประพฤติตนเป็นแบบอย่างให้ผู้อื่นได้บังคับบัญชาปฏิบัติตาม (พิทยา ไพบูลย์ศิริ, ๒๕๖๑)

๑๐. การนำไปใช้ประโยชน์

เผยแพร่ข้อมูลผลการศึกษาให้เครือข่ายบุคลากรสาธารณสุขและเครือข่ายแกนนำชมรมผู้สูงอายุ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรม โปรแกรม และสื่อ สำหรับพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมและตรงกับประเด็นที่ต้องการพัฒนาในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ และชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ

๑๑. ความยุ่งยากในการดำเนินการ/ปัญหา/อุปสรรค (ที่เป็นปัญหายุ่งยากของผู้ดำเนินการ)

เนื่องจากข้อมูลการศึกษาเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุในประเทศไทยยังมีไม่มากนัก และในเขตสุขภาพที่ ๕ ยังไม่เคยมีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ การศึกษาค้นคว้าจึงเป็นการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมต่อไป

๑๒. ข้อเสนอแนะ/วิจารณ์

๑๒.๑ การศึกษาในครั้งนี้เป็นแนวทางในการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุสู่องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการพัฒนาทักษะของแกนนำผู้สูงอายุในด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ การสื่อสารด้านสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่อ ให้มีทักษะในระดับดี เนื่องจากเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการกำหนดแนวทางการดำเนินงานเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับสมาชิกในชมรม

๑๒.๒ เครือข่ายบุคลากรสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแกนนำชมรมผู้สูงอายุสามารถนำผลการศึกษาที่ได้ไปเป็นแนวทางในการดำเนินงานสำหรับชมรมผู้สูงอายุหรือปรับปรุงหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ

๑๒.๓ จัดทำสื่อภาษา หรือรูปภาพ และการฝึกปฏิบัติร่วมด้วย (Key message) ที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายตลอดเวลา และมีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถจดจำและพูดคุยเรื่องสุขภาพกันมากขึ้น

๑๓. กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณแก่นำชมรมผู้สูงอายุเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุคุณภาพเขตสุขภาพที่ ๕ เป็นอย่างสูง ที่เข้าร่วมโครงการ และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษานี้

๑๔. เอกสาร/เว็บไซต์อ้างอิง

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. การสร้างเสริมและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน. กรุงเทพฯ: นิเวศรรมตาการพิมพ์; ๒๕๕๙.

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้. กรุงเทพฯ: อมรินทร์; ๒๕๖๑.

คณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ. ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐ (ฉบับประกาศราชกิจจานุเบกษา). [ม.ป.ท.: ม.ป.พ.]; ๒๕๖๑.

คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๖๔) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๒. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิสัย; ๒๕๕๓.

พิทยา ไพบูลย์ศิริ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ๓๐-๒๘ ของผู้บริหารภาครัฐ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย ม.ค. - เม.ย. ๒๕๖๑; ๘(๑): ๙๗-๑๐๗.

วชิระ เพ็งจันทร์. เอกสารประกอบการบรรยาย เรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ Health Literacy [เอกสารอัดสำเนา]. นนทบุรี: กรมอนามัย; ๑ ก.พ. ๒๕๖๐.

วิชัย เอกพลากร (บรรณาธิการ). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๕๗. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๕๗.

ศิรินันท์ สุขศรี, ดาริวรรณ เศรษฐธรรม. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดูแลตนเองที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา) ตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๖๐; ๑๗(๔): ๗๓-๘๔.

แสงเดือน กิ่งแก้ว, นุสรรา ประเสริฐศรี. ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. NJPH (วารสาร พ.ส.) ๒๕๕๙; ๒๕(๓): ๔๓-๕๔.

Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med* [serial online] ๒๐๑๑; ๑๕๕(๒): ๙๗-๑๐๗.

Nilnate W, Hengpraprom S, Hanvoravongchai P. Level of Health Literacy in Thai Elders, Bangkok, Thailand. *J Health Res* ๒๐๑๖; ๓๐(๕):๓๑๕-๓๒๑.

World Health Organization. *Health literacy The solid facts* [online] ๒๐๑๓ [cited ๒๐๑๙ Sep ๑]. Available from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/12๘๗๐๓/e๙๖๘๕๔.pdf>.

แบบรายการประกอบคำขอประเมินผลงาน

ข้อเสนอแนวคิด/วิธีการ เพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เรื่อง ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อผู้สูงวัยแข็งแรง
ระดับคะแนน (E๗๕) ต่อสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ

ของ

ชื่อ นายชัชวาลย์ เพ็ชรทอง

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ระดับ ปฏิบัติการ

ตำแหน่งเลขที่ ๑๓๑๐

กลุ่มงาน/ฝ่าย กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยเรียน

สำนัก/กอง/ศูนย์ ศูนย์อนามัยที่ ๘ อุตรธานี

กรมอนามัย

เพื่อแต่งตั้งให้ดำรง

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ระดับ ชำนาญการ

ตำแหน่งเลขที่ ๑๓๑๐

กลุ่มงาน/ฝ่าย กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยเรียน

สำนัก/กอง/ศูนย์ ศูนย์อนามัยที่ ๘ อุตรธานี

กรมอนามัย

ข้อเสนอแนวคิด/วิธีการ เพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

๑. ชื่อผลงานเรื่อง ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อผู้สูงวัยแข็งแรงกระฉับกระเฉง (E๗๕) ต่อสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตุลาคม ๒๕๖๔ - เมษายน ๒๕๖๕

๓. สรุปเค้าโครงเรื่อง

๓.๑ หลักการและเหตุผล

การเข้าสู่วัยผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางเสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นผลทำให้ความเสื่อมโทรมเพิ่มมากขึ้นจนอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุได้ จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายปี ๒๕๕๗ พบกว่า ประชากรไทยอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป เป็นโรคเรื้อรังได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๕๓.๒ โรคเบาหวาน ร้อยละ ๑๘.๑ ภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ ๑๙.๐ อ้วน ร้อยละ ๓๐.๔ ข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ ๒๒.๕ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ร้อยละ ๔.๘ หลอดเลือดสมอง ร้อยละ ๒.๗ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ของประเทศไทยเป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ ๑๓.๑ (วิชัย เอกพลากร, ๒๕๕๗) และการพลัดตกหกล้มยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในกลุ่มวัยผู้สูงอายุซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองในกลุ่มของการบาดเจ็บ โดยทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการหกล้มในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ เฉลี่ยวันละ ๑,๑๖๐ คนสำหรับประเทศไทยมีผู้สูงอายุเสียชีวิตจากการหกล้มเฉลี่ยวันละ ๓ คน การศึกษาพยากรณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ โดยกรมควบคุมโรค คาดการณ์ว่าจะมีผู้สูงอายุพลัดตกหกล้มเท่ากับร้อยละ ๒๗ หรือปีละประมาณ ๓,๐๓๐,๙๐๐ - ๕,๕๐๖,๐๐๐ คน ในจำนวนนี้จะมีผู้เสียชีวิต จำนวน ๕,๗๐๐ - ๑๐,๔๐๐ คนต่อปี ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อัตราการพึ่งพิงและค่าใช้จ่ายในการดูแลด้านสาธารณสุข (นิพา ศรีข้าง, ลวิตรา กำวี, ๒๕๖๐) เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว การป้องกันการพลัดตกหกล้มในกลุ่มวัยผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

๓.๒ บทวิเคราะห์/แนวความคิดหรือแนวทางดำเนินการ/ข้อเสนอ

ผลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ ปี ๒๕๖๓ พบว่าเขตสุขภาพที่ ๘ มีผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ ๓๘.๔ ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดคือผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ร้อยละ ๕๐ เมื่อพิจารณาข้อมูลรายด้านของพฤติกรรมที่พึงประสงค์ พบว่า มีการออกกำลังกายเป็นประจำ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๔๕.๗ ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ ๘ แก้วเป็นประจำ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๖๔.๙ รับประทานผักผลไม้สดวันละ ๔๐๐ กรัม ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๖๒.๑ ไม่สูบบุหรี่และยาเส้น ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๘๓.๒ ไม่ดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๘๘.๑ (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, ๒๕๖๓) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ร้อยละพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านการออกกำลังกายเป็นประจำ มีค่าน้อยที่สุดและยังไม่ผ่านเกณฑ์

ประโยชน์ของการออกกำลังกาย หรือการมีกิจกรรมทางกาย มีหลายประการ เช่น ระบบไหลเวียนโลหิต หัวใจและปอดแข็งแรงทนทาน ป้องกันไขมันจับผนังหลอดเลือด ป้องกันโรคหัวใจล้มเหลว ระบบการเคลื่อนไหว ช่วยให้กล้ามเนื้อแข็งแรง ทนทาน ข้อต่อเคลื่อนไหวคล่องขึ้น ระบบประสาท การสั่งงานของสมองไว ปฏิกริยาตอบโต้เร็ว ความจำและสมาธิดี ระบบทางเดินอาหาร การย่อยอาหารเป็นไป อย่าง

สมบูรณ์ การขับถ่ายอุจจาระสม่ำเสมอ ระบบภูมิคุ้มกันโรคดี มีความต้านทานต่อโรคดีขึ้น เพิ่มความกระฉับกระเฉง ป้องกันความเครียด เสริมสร้างบุคลิกภาพและความมั่นใจในตนเอง ผู้สูงอายุที่ไม่ออกกำลังกายหรือขาดการมีกิจกรรมทางกายเป็นประจำ จะเกิดผลเสียต่อสุขภาพหลายประการ เช่น ทำให้กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง ทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะคลื่นไส้ เป็นลมได้ง่าย เพราะการนอนนานๆ จะทำให้ความดันโลหิตต่ำ ซึ่งอาจทำให้มีอาการดังกล่าวได้เมื่อมีการเปลี่ยนท่าทางอย่างกะทันหัน ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย เช่น โรคของระบบทางเดินหายใจ หัวใจและหลอดเลือด สุขภาพจิตเสื่อม นอนไม่หลับ ท้องอืด ท้องผูก และอาหารไม่ย่อย เป็นต้น (มินตรา สารระรักษ์, ๒๕๕๘)

โปรแกรมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงวัยระดับกระฉับกระเฉง (โปรแกรม E๗๕) เป็นการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ รวมทั้งฝึกสมาธิบริหารสมองในการควบคุมการเคลื่อนไหว และฝึกการทรงตัว ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความแข็งแรง ใช้ชีวิตอย่างกระฉับกระเฉง ผู้สูงอายุสามารถทำการบริหารร่างกายได้ง่าย ๆ ทุกที่ โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ใด ๆ ประกอบด้วยท่าบริหารกาย ๑๕ ท่า ครอบคลุมการบริหารกล้ามเนื้อส่วนบน ได้แก่ ออก บ่า หลังส่วนบน หัวไหล่ แขน กล้ามเนื้อส่วนกลาง ได้แก่ หน้าท้อง ลำตัว หลังส่วนล่าง และกล้ามเนื้อส่วนล่าง ได้แก่ สะโพก ต้นขา และน่อง (กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ, ๒๕๖๒)

ดังนั้น การขยายผลการดำเนินงานขับเคลื่อนกิจกรรมทางกายในกลุ่มวัยผู้สูงอายุด้วยโปรแกรม E๗๕ ของกรมอนามัย นอกจากจะช่วยเพิ่มอัตราการมีกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุให้เพิ่มขึ้นแล้ว ผู้วิจัยยังมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกาย E๗๕ จะส่งผลต่อสมรรถภาพทางกายผู้สูงอายุให้ดีขึ้นเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มได้หรือไม่

วัตถุประสงค์การศึกษาวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงวัยแข็งแรงระดับกระฉับกระเฉง (E๗๕) ต่อสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ

รูปแบบการศึกษาวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) โดยมีกลุ่มตัวอย่าง ๒ กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ทำการรวบรวมข้อมูลและวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group Pre-test Post-test design) โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายด้วยโปรแกรม E๗๕ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะไม่ได้รับโปรแกรม E๗๕ แต่อาจมีการออกกำลังกายแบบอื่นๆ ตามกิจกรรมของชมรมนั้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

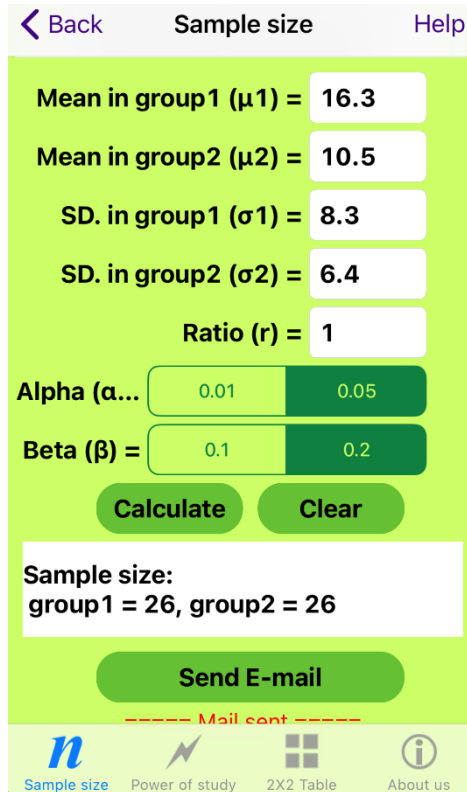
ประชากร หมายถึง ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ ๘ ได้แก่ จังหวัดบึงกาฬ หนองบัวลำภู อุดรธานี เลย หนองคาย สกลนคร และนครพนม

กลุ่มตัวอย่าง หมายถึง ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ ๘ คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป N4Studies (Ngamjarus, Chongsuvivatwong, ๒๐๑๔) โดยใช้สูตรการ

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากร ๒ กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ของ Bernard (๒๐๐๐) ได้ขนาดตัวอย่าง กลุ่มละ ๒๖ คน ดังนี้

$$n_1 = \frac{(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2 \left[\sigma_1^2 + \frac{\sigma_2^2}{r} \right]}{\Delta^2}$$

$$r = \frac{n_2}{n_1}, \Delta = \mu_1 - \mu_2$$



เมื่อ μ_1, σ_1 = ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการทรงตัวของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง

μ_2, σ_2 = ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการทรงตัวของผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม

จากผลการศึกษา เรื่อง ผลของโปรแกรม My Self ต่อความสามารถในการทรงตัวและกำลังขาในผู้สูงอายุ (ภัค จุฑานันท์ สมมิ่ง, ปัทมา แสงสุวรรณ, ๒๕๖๒)

ปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหาย (อรุณ จิระวัฒน์กุล, ๒๕๔๗)

$$n_{adj} = \frac{n}{(1-R)^2}$$

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณ

n_{adj} = ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว

R = สัดส่วนการสูญหายจากการติดตาม ร้อยละ 10 = 0.1

$$n_{adj} = \frac{26}{(1-0.1)^2}$$

$$= 32.09 \approx 33 \text{ คน}$$

ดังนั้น ใช้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ ๓๓ คน รวมทั้งหมด ๖๖ คน

เกณฑ์การคัดเข้า

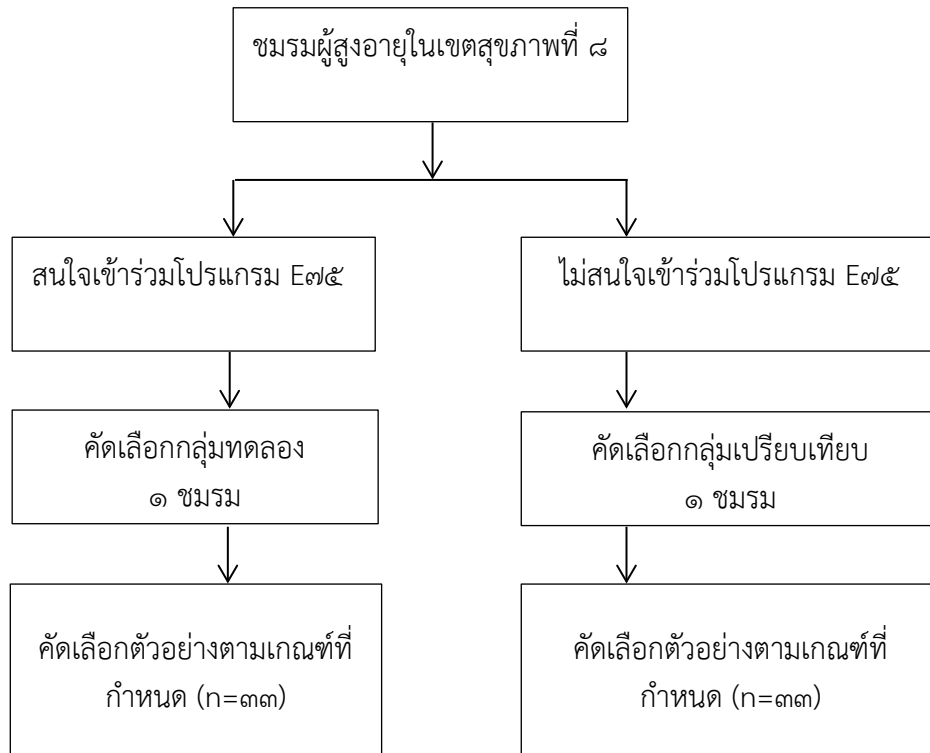
๑. เป็นผู้สูงอายุ ๖๐ ปี ขึ้นไป ที่มาชมรมผู้สูงอายุเป็นประจำ
๒. เป็นผู้ที่มีคะแนน ADL ตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไป (ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม)
๓. ไม่มีประวัติเคยหกล้มมาก่อน
๔. สนใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัย และสามารถปฏิบัติโปรแกรมการออกกำลังกาย E๗๕ สัปดาห์ละ ๓ ครั้งอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการศึกษา ๑๒ สัปดาห์

เกณฑ์การคัดออก

๑. ผู้ที่สนใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัย แต่ไม่สามารถฝึกปฏิบัติโปรแกรมการออกกำลังกายได้อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการศึกษา หรือมาเข้าร่วมกิจกรรมเป็นบางครั้ง จะไม่นำข้อมูลมาวิเคราะห์และรายงานผลการศึกษา
๒. สมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่มีอายุต่ำกว่า ๖๐ ปี
๓. ผู้ที่มีประวัติเคยหกล้ม

การสุ่มตัวอย่าง

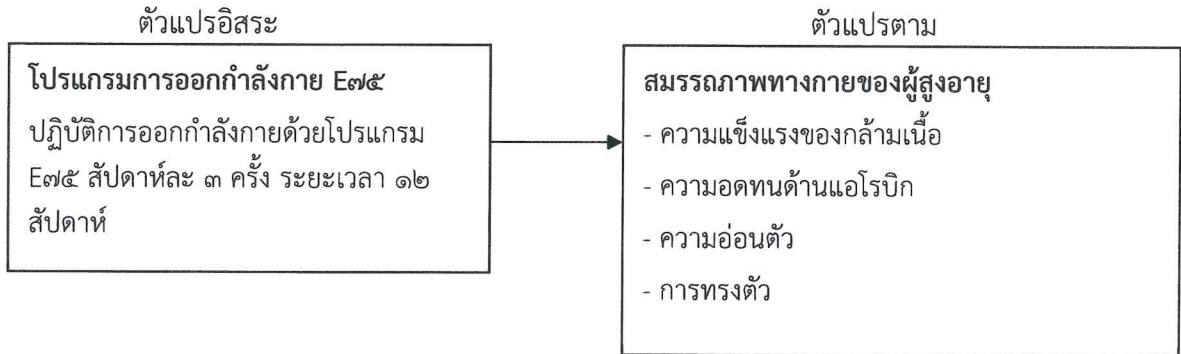
คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย แบบจับฉลาก จำนวน ๒ ชมรม แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ดังนี้



เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

1. โปรแกรมการออกกำลังกาย E๗๕ กรมอนามัย
2. แบบประเมินสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ ตามเกณฑ์ของกรมพลศึกษา
3. แบบประเมินการทรงตัว (Time up and go test)
4. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและความพึงพอใจต่อโปรแกรม E๗๕

กรอบแนวคิดการศึกษาวิจัย



๓.๓ ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพทางด้านร่างกายที่แข็งแรง
2. ป้องกันความเสี่ยงและลดอัตราการอุบัติเหตุการหกล้มในผู้สูงอายุ
3. เกิดการขับเคลื่อนงานด้านออกกำลังกายและการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชมรมผู้สูงอายุ
4. เพิ่มสัดส่วนการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ

๓.๔ ตัวชี้วัดความสำเร็จ

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านการออกกำลังกายในกลุ่มวัยผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๕๐ ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. ๒๕๖๔

ลงชื่อ

(นายชัชวาลย์ เพ็ชรทอง)

ผู้เสนอผลงาน

๒ / สิกวนท์ / ๒๕๖๔