

# การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน

บางคอแหลม กรุงเทพมหานคร\*

## The Survey of Health Behavior of Elderly Who Living with Chronic Illness in Bangklorlem Subdistrict, Bangkok Metropolitan

ดร. จินตนา อัจฉริยะ\*\*

อัจฉริยา เจริญเกียรติ\*\*\*

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยพรรณนาเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดและเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกับปัจจัยในด้าน เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรสและรายได้ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุชุมชนบางคอแหลมจำนวน 200 คนโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ใช้การทดสอบค่าที (t-Test) ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังชุมชนบางคอแหลมมีพฤติกรรมสุขภาพในด้านการดูแลจิตวิญญาณและด้านสัมพันธภาพอยู่ในระดับ ต่ำมาก ( $\bar{X} = 8.50$ , 8.24) พฤติกรรมสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง การจัดการความเครียด และด้าน

โภชนาการอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 8.04$ , 7.77, 7.28) ส่วน พฤติกรรมสุขภาพที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือการดูแลจิต วิญญาณของการมี จิตกุศล คิดดี ( $\bar{X}_{\max} = 8.83$ ) และ พฤติกรรมสุขภาพที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ พฤติกรรม การดื่มหมของของผู้สูงอายุ ( $\bar{X}_{\min} = 5.69$ ) ส่วนด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 44.4 มีความรู้ในระดับดีมาก ร้อยละ 13.2 เมื่อศึกษาเปรียบเทียบระหว่างเพศชาย และหญิง กับความแตกต่างด้านอายุ ระดับการศึกษา และศาสนามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนเพศชายกับหญิงกับพฤติกรรมโรคเรื้อรัง ของผู้สูงอายุสถานภาพสมรสของผู้สูงอายุ และรายได้ ของผู้สูงอายุไม่มีความแตกต่างกัน

ส่วนระดับการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ระดับการศึกษาต่างกันจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านภาวะโภชนาการต่างกันและมี การจัดการ กับความเครียด สัมพันธภาพในครอบครัว แตกต่าง กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังนั้นการมีส่วนร่วมใน การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ควรมีการอบรมให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุในชุมชนสำหรับการดูแลสุขภาพในด้านการ

\*ได้รับทุนวิจัยจากวิทยาลัยเซนต์หลุยส์

\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

\*\*\*หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาลและบริหารทั่วไป ลำดับที่ 1 ศูนย์บริการสาธารณสุข 12 จันทน์เที่ยง เนตรวิเศษ

ออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียดที่เหมาะสม และการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย การศึกษาไม่ควรให้ห้องค้การบริหารส่วนตำบล หรือศูนย์บริการสาธารณสุขจัด

กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ เพื่อลดการเสื่อมของสุขภาพที่เกิดขึ้นตามวัยและ ส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในสิ่งแวดล้อมของชุมชน

### Abstract

This survey descriptive research was to study the health behaviors of the elderly who living with chronic illness that composed of exercise , eating behavior, behavior during illness, stress management and to compare the health behaviors of the elderly people with personal information - gender, age, education, marital status, income. The sample was the 200 elderly people who living with chronic illness in Bangkok, Bangkok by using simple random Sampling. The tool in collecting data was questionnaire. The data was analyzed by using frequency, percentage, average, standard deviation. The differences between groups were compared with T-test and one-way ANOVA.

The result found that the elderly people who living with chronic illness in Bangkok had good level in the psychological and relationship behavior ( $\bar{x} = 8.50, 8.24$ ). For the health behavior, stress management, and nutrition had good level ( $\bar{x} = 8.04, 7.77, 7.28$ ). The highest

score in health behavior was positive thinking of the elderly ( $\bar{x}_{max} = 8.83$ ), the lowest score was milk drinking of the elderly ( $\bar{x}_{min} = 5.69$ ). For the average knowledge level of the elderly was 44.4%. The good knowledge level was 13.2 %. When comparing the study between male and female with age, education, and religious respect were significant differently. For male and female with chronic illness in the study of marital status, and income were not difference. In the study of education and health behavior found that education level had health behavior and nutrition difference, stress management relationship in the family as well with the significant difference. Thus participation of local administrator or health center should have program in knowledge, exercise, nutrition, stress management and caring in illness for elderly in community to decrease deteriorate health and to increase quality of life in environmental community.

### ความเป็นมาและความสำคัญ

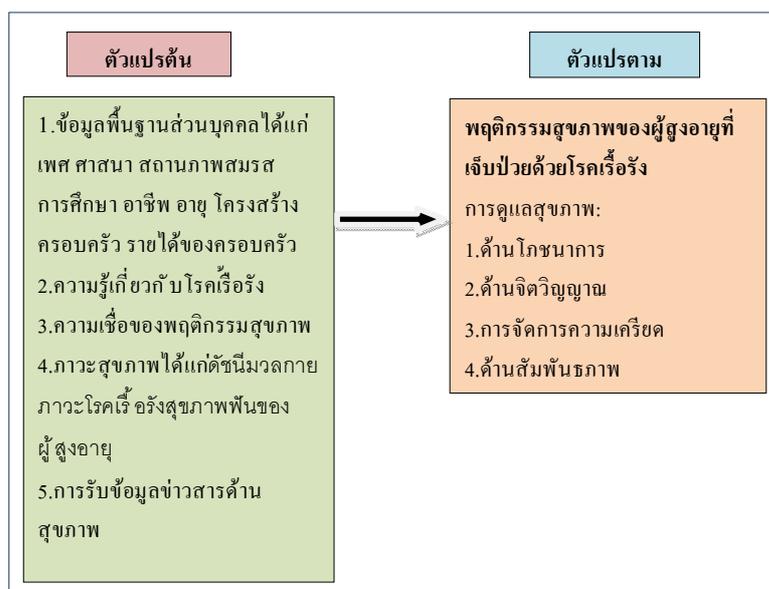
ศูนย์บริการสาธารณสุข ถือได้ว่าเป็นหน่วยงานหลักในการดูแลด้านสุขภาพของประชาชนโดยตรง ควรมีการดำเนินการเพื่อส่งเสริมป้องกัน โดยเฉพาะสุขภาพของผู้สูงอายุที่สังคมไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่ผู้สูงอายุมีโรคที่ป้องกันได้และโรคเสื่อมตามสภาพร่างกาย ดังนั้น แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ควรมุ่ง

เน้นไปที่การป้องกันมากกว่าการรักษา โดยส่งเสริมการได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ และการตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี จะสามารถทำให้การเข้าสู่ผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีคุณภาพและควรมีการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในเชิงรุก รวมถึงการตรวจคัดกรอง เพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงทางสุขภาพของ

ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2554  
วิภากร ลิทธิศาสตร์และสุชาติสาวันนุ้ม, 2550)

คณะผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการสำรวจ  
พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในความรับผิดชอบ  
เพื่อพัฒนาระบบข้อมูลโดยการสำรวจ/ติดตาม  
สถานการณ์สภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของ  
ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนและ  
พัฒนายุทธศาสตร์การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างทันที่  
ที่และเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดีตาม  
วัย ทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมี  
คุณค่า และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (สุรัชย์ อยู่สาโก, 2550)  
ดังนั้น การศึกษาถึงพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุนับ  
เป็นสิ่งที่สำคัญซึ่งควรเกิดควบคู่ไปกับการส่งเสริม  
สุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ  
มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เป็นแนวทางการแก้ไขปัญหา  
ที่ใช้ต้นทุนต่ำแต่ได้คุณประโยชน์สูง การส่งเสริมให้ผู้  
สูงอายุมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีจะลดปัญหา  
และผลกระทบที่เกิดแก่ผู้สูงอายุครอบครัวและสังคม  
ได้ (ลัดดา ดำริการเลิศ, 2551) นอกจากนี้ยังเพื่อให้มี  
การดูแลผู้สูงอายุที่ห่างไกลจากโรคได้เช่นกัน (ภาคินี  
สุขสถาพรเลิศ, 2557)

#### กรอบแนวคิดของการวิจัย



ที่มา : พัฒนารอบแนวคิดจาก Health Promotion Model 1996

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๑ (มกราคม - มีนาคม) ๒๕๕๙

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านการดูแลสุขภาพ ด้านโภชนาการ ด้านจิตวิญญาณ การจัดการความเครียด และด้านสัมพันธภาพ

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุตามความแตกต่างด้านปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ความรู้ ความเชื่อ ภาวะสุขภาพ การรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

#### ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนบางคอแหลม กรุงเทพมหานคร จำนวน 200 คน โดยสอบถามข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง และความเชื่อในการดูแลสุขภาพ ตลอดจนสัมพันธภาพของครอบครัว ของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนบางคอแหลมในระหว่างเดือนกันยายน ถึงธันวาคม 2557

**วิธีดำเนินการวิจัย**

**รูปแบบงานวิจัย** เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ

**ลักษณะของประชากรกลุ่มตัวอย่าง**

ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน บางคอแหลม

**การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)**

ในพื้นที่แขวงบางคอแหลมมีประชากรทั้งสิ้น 3,090 คน เป็นชาย 1,802 คน และหญิง 1,288 คน เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 890 คน มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 272 คน ที่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 12

**กำหนดกลุ่มตัวอย่าง** โดยใช้เกณฑ์ (ธีรวุฒิ เอกะกุล, 2543)

- จำนวนหลักร้อย ใช้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15-30
- จำนวนประชากรหลักพัน ใช้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10-15
- จำนวนประชากรหลักหมื่น ใช้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5-10
- ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้เกณฑ์ ร้อยละ 20 จาก 890 คน = 178 คน ในงานวิจัยเก็บ 200 คน

**วิธีการเก็บข้อมูล**

1. ติดต่อประสานงานพื้นที่เก็บข้อมูล
2. เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากประชากรที่มีคุณสมบัติดังนี้ เป็นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวนทั้งสิ้น 200 คน โดยใช้ค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5
3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสัมภาษณ์งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ จำแนกออกเป็นด้านการดูแลสุขภาพ ด้านโภชนาการด้านจิตวิญญาณการจัดการความเครียดด้านสัมพันธภาพลักษณะคำถามเป็นแบบ Likert scale แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ความเชื่อในพฤติกรรมสุขภาพ ภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

4. ดำเนินการโดยการสัมภาษณ์ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

5. ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถาม หากมีข้อคำถามที่เก็บรวบรวมข้อมูลไม่สมบูรณ์ จะสัมภาษณ์ผู้สูงอายุเพิ่มเติมทันที

6. เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูลแล้ว จะให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุตามความจำเป็นที่ประเมินได้ ในขณะที่เก็บข้อมูล

7. นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามทั้งหมดมาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลกันยายน 2557 - ธันวาคม 2557

**จริยธรรมงานวิจัย**

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร รหัสโครงการ Q58q/57 ซึ่งได้ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki ,Belmont Report ,CIOMS Guidelines and ICH-GCP Guidelines หมายเลขหนังสือรับรอง 048 ให้ไว้ ณ วันที่ 4 กันยายน 2557

**วิธีวิเคราะห์ข้อมูล**

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ในการหาร้อยละและค่าเฉลี่ยต่างๆ และ กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 มีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบไปด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ สมรส รายได้ และความพอเพียงของรายได้ แหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่ ภาวะการมีโรคประจำตัว โดยใช้การแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ
2. วิเคราะห์ระดับพฤติกรรมทั้ง 4 ด้าน ประกอบไปด้วย การดูแลสุขภาพด้านโภชนาการ ด้านจิตวิญญาณ ในภาวะเจ็บป่วย การจัดการความเครียด

ด้านสัมพันธภาพ ใช้ค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มี เพศ อายุ การมีโรคประจำตัวต่างกัน โดยใช้ค่าการทดสอบที (T - Test Independent)

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มี รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ต่างกัน โดยใช้ค่าสถิติทดสอบความแปรปรวนทางเดียว (One - way ANOVA)

### ผลการวิจัยและการอภิปราย

#### ปัจจัยพื้นฐานของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนบางคอแหลม

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนที่ศึกษาเป็นเพศชาย ร้อยละ 26.5 และเพศหญิงร้อยละ 73 อายุเฉลี่ยที่ศึกษาของเพศชายอยู่ที่ 71.83 และกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงอยู่ที่ 67.98 ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังนับถือศาสนาพุทธร้อยละ 49 และมุสลิม ร้อยละ 47 ด้านอาชีพผู้สูง

อายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 51.5 ส่วนใหญ่มีรายได้จากเงินสนับสนุนจากภาครัฐ และลูกหลานแบ่งให้ใช้บ้าง บางครอบครัวต้องยังชีพหลักด้วยเงินสนับสนุนจากภาครัฐซึ่งก็ไม่เพียงพอ ด้านลักษณะโครงสร้างครอบครัว ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโครงสร้างครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 63.5 การศึกษาพบลักษณะของครอบครัวที่ลูกหลานแยกที่พักอาศัยไปอยู่ใกล้สถานที่ทำงานเพื่อสะดวกในการเดินทางและแยกครอบครัวไปซื้อบ้านใหม่เมื่อมีรายได้ดีขึ้น แต่มีผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่ขอยู่ที่ชุมชนเช่นเดิมเพราะความคุ้นเคย ดังนั้นบางท่านจึงมีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีแต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอไม่เหลือเก็บและเป็นหนี้ ร้อยละ 34.5

เมื่อศึกษาถึงช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุในชุมชนพบว่ามีสื่อสื่อสารกันทางศูนย์สุขภาพชุมชนที่เป็นที่ตั้งของหอกระจายข่าว การรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของชุมชนมาจากสื่อต่างๆ ที่พบมากที่สุด คือ สื่อโทรทัศน์ ร้อยละ 45.5 สื่อที่พบรองลงมาคือ ครอบครัวยุค หนังสือพิมพ์และ วิทยุ คิดเป็นร้อยละ 26.5, 14 และ 10 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ของผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเรื้อรังในชุมชนบางคอแหลม จำแนกตามการรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

การรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
หนังสือพิมพ์	28	14.0
วิทยุ	20	10.0
โทรทัศน์	91	45.5
ครอบครัว	53	26.5
อื่นๆ	9	4.5

จากการสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนบางคอแหลม พบดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานในระดับอ่อนร้อยละ 65.9 ในระดับท้วมร้อยละ 10.7 ในระดับปกติ ร้อยละ 14.7 และในระดับผอม ร้อยละ 8.7 สุขภาพฟัน กลุ่มตัวอย่างชุมชนบางคอแหลมมีปัญหาสุขภาพฟันต้องใส่ฟันปลอมทั้ง

ปากมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 21.5 และส่วนด้านภาวะโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างมีภาวะโรคเรื้อรังที่สำคัญ คือ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ซึ่งพบโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 40 และ 30 ตามลำดับ

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๑ (มกราคม - มีนาคม) ๒๕๕๙

**พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง  
ในชุมชนบางคอแหลม**

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชุมชนบางคอแหลมพบว่า พฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพ การจัดการความเครียด และด้านโภชนาการอยู่ในระดับดี ( $\bar{X}$  = 8.04, 7.77, 7.28) พฤติกรรมด้านจิตวิญญาณ และด้านสัมพันธภาพอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{X}$  = 8.50, 8.24 ) ส่วนด้านความรู้ของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีความรู้ อยู่ในระดับพอใช้ที่ 50-59.9 เปอร์เซนต์ ถึงร้อยละ 44.4 ความรู้ในระดับดี มากกว่า 80 เปอร์เซนต์ ร้อยละ 13.2 ส่วนด้านความเชื่อแบ่งออกเป็นความเชื่อในอำนาจ ภายใตตนเอง ความเชื่อภายนอกตน และความเชื่อใน

โชคชะตาไว้ดโดยใช้แบบสอบถามโดยคะแนนของระดับความเชื่อเต็มระดับคือ 10 คะแนน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาพบว่ามีความเชื่อในอำนาจควบคุมตนเองในระดับสูงซึ่งอยู่ในระดับดีมาก (total = 8.27)

**เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกับปัจจัย**

1.ระดับการศึกษากับพฤติกรรมสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาต่างกัน จะมีพฤติกรรมสุขภาพด้านภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** แสดงความแตกต่างของระดับการศึกษากับตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพ

		แหล่งความ				
		แปรปรวน	df	Mean Square	F	p-value
ความ รับผิดชอบ ต่อการดูแล สุขภาพ	ระหว่างกลุ่ม	41.159	7	5.880	2.263	.031
	ภายในกลุ่ม	498.941	192	2.599		
	รวม	540.099	199			
ด้าน โภชนาการ	ระหว่างกลุ่ม	50.144	7	7.163	2.573	.015
	ภายในกลุ่ม	534.611	192	2.784		
	รวม	584.755	199			
ด้านจิต วิญญาณ	ระหว่างกลุ่ม	7.877	7	1.125	.913	.498
	ภายในกลุ่ม	236.702	192	1.233		
	รวม	244.579	199			
การจัดการ กับ ความเครียด	ระหว่างกลุ่ม	56.728	7	8.104	3.550	.001
	ภายในกลุ่ม	438.348	192	2.283		
	รวม	495.076	199			
ด้าน สัมพันธภาพ	ระหว่างกลุ่ม	106.812	7	15.259	5.550	.000
	ภายในกลุ่ม	527.835	192	2.749		
	รวม	634.647	199			

2. ระดับความรู้ของผู้สูงอายุในชุมชนบางคอแหลมกับพฤติกรรมสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่าความรู้ต่างกันจะมีพฤติกรรมด้านโภชนาการ ด้านจิตวิญญาณ และด้านสัมพันธภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

3. ความเชื่อกับพฤติกรรมสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่า ความเชื่อในอำนาจควบคุมต่างกันจะมีความรับผิดชอบด้านสุขภาพด้านโภชนาการ ด้านจิตวิญญาณ ด้านจัดการกับความเครียด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพต่างกันจะมีความรับผิดชอบด้านสุขภาพด้านโภชนาการ ด้านจิตวิญญาณ ด้านจัดการกับความเครียด ความสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. ภาวะสุขภาพ กับ พฤติกรรมสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่า ภาวะสุขภาพที่ต่างกันจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ต่างกันในด้านความรับผิดชอบด้านสุขภาพ ด้านโภชนาการ ด้านจิตวิญญาณ ด้านจัดการกับความเครียด ความสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัว ซึ่งต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความแตกต่างภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	p-value
ความ	ระหว่างกลุ่ม	480.773	127	3.786	4.594	.000
รับผิดชอบ	ภายในกลุ่ม	59.327	72	.824		
ต่อการดูแล	รวม	540.099	199			
สุขภาพ						
ด้าน	ระหว่างกลุ่ม	504.575	127	3.973	3.568	.000
โภชนาการ	ภายในกลุ่ม	80.180	72	1.114		
	รวม	584.755	199			
ด้านจิต	ระหว่างกลุ่ม	228.489	127	1.799	8.051	.000
วิญญาณ	ภายในกลุ่ม	16.090	72	.223		
	รวม	244.579	199			
การจัดการ	ระหว่างกลุ่ม	426.492	127	3.358	3.526	.000
กับ	ภายในกลุ่ม	68.583	72	.953		
ความเครียด	รวม	495.076	199			
ด้าน	ระหว่างกลุ่ม	523.526	127	4.122	2.671	.000
สัมพันธภาพ	ภายในกลุ่ม	111.120	72	1.543		
	รวม	634.647	199			

### บทสรุป วิจัยและข้อเสนอแนะ

โรคเรื้อรังในชุมชนบางคอแหลมที่สำคัญ คือ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ซึ่งพบโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 40 และโรคเบาหวานร้อยละ 30 การประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุใช้เป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุนั้นต้องประเมินแบบองค์รวมเพื่อเข้าใจในพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพราะปัญหาของผู้สูงอายุมีความเกี่ยวโยงกันทั้งจากปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกเพื่อเข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนเกิดความรู้ ความเข้าใจทัศนคติเพื่อเกิดการเรียนรู้หรือเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนอกจากนี้การทำจิตใจให้แจ่มใส ไม่เครียดพักผ่อนอย่างเพียงพอพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม เช่น การซื้อยามารับประทานเอง การใช้ยาเก่าเพื่อรักษาอาการใหม่หรือรับยาจากผู้อื่นมาใช้ ควรพบแพทย์สม่ำเสมอเพื่อรับคำปรึกษาในการปฏิบัติตัว สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศรี พงษ์ประภาพันธ์, ประทีป ปัญญา, และสุวิมล แสนเวียงจันทร์, 2553 การตรวจสุขภาพเป็นประจำเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังดังนั้นการดูแลสุขภาพนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่งควรถือปฏิบัติอยู่ 4 ประการ คือ 1) พิจารณาลักษณะของอาหารที่จะรับประทาน มีความหลากหลาย และพอเพียง 2) ส่งเสริมให้ได้ออกกำลังกาย ในวัยผู้สูงอายุมีความสำคัญมาก เพราะจะทำให้มวลกระดูกแข็งแรง 3) พักผ่อนในที่ชื่นชอบ เช่น วัดหรือสถานที่อยู่ในความสนใจและนอนหลับอย่างเพียงพอ 4) มีการทำจิตใจให้สงบมีความคิดเป็นบวก ไม่กลัวต่อการตาย มีการเตรียมความพร้อม และมีความคิดว่าเป็นสังขารในวาระสุดท้ายของชีวิต เมื่อผสมความคิดกับหลักศาสนา จะทำให้การทำใจเป็นไปได้อย่างธรรมชาติและง่ายต่อความเข้าใจในการเตรียมตัวเมื่อวาระสุดท้ายมาถึง

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายชัดเจนในเรื่องการดูแลสุขภาพและจัดสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ นโยบายหลัก

ประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ยังเป็นปัญหาเช่นกัน โดยเฉพาะสถานบริการสุขภาพที่บริการยังไม่ทั่วถึง และบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการทางการแพทย์ต่อประชากรที่ต้องดูแลไม่เพียงพอ ประชาชนยังไม่เข้าใจถึงนโยบายหลักประกันสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพยังไม่ถึงกลุ่มเป้าหมายเท่าที่ควร การพิจารณาปรับเปลี่ยนบริการด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้รับบริการที่มีความพึงพอใจและได้รับการที่ครอบคลุม ทั้งนี้การเร่งให้มีการพัฒนาการดำเนินงานในคลินิกผู้สูงอายุ การจัดช่องทางพิเศษสำหรับบริการกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ ในสถานบริการสาธารณสุข ร่วมกับการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ ให้เข้มแข็งเป็นสิ่งดี (มงคลชัย แก้วเอี่ยม .2550) เพื่อให้เป็นแนวทางการดำเนินงานให้มีความชัดเจนได้รูปแบบที่เหมาะสมในแต่ละสถานบริการของชุมชน เพื่อพัฒนาชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลที่มีเป้าหมายให้คนไทยอยู่ในครอบครัว ชุมชนและสังคมที่มีความพอเพียงทางสุขภาพ มีศักยภาพ มีการเรียนรู้และมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ยึดคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา สามารถใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาไทยและภูมิปัญญาสากลได้อย่างรู้เท่าทัน เพื่อให้ชุมชนดำรงอยู่อย่างพึ่งตนเองได้และมีสุขภาพะในสังคมโลกที่มีสภาพการเชื่อมโยงและมีอิทธิพลต่อกัน (McGuire, C.L., 2007) นอกจากนี้ควรมีการฝึกทักษะ การฟัง และทำให้เกิดชุมชนแห่งการเรียนรู้ (Community of practice) เพราะในการแก้ปัญหาและพัฒนาจำเป็นต้องเปิดโอกาสให้ภาคีส่วนต่างๆ ของชุมชนมีการร่วมคิด ร่วมรู้ ร่วมดำเนินการ ร่วมประสานประโยชน์ ร่วมตรวจสอบ ร่วมประเมินผล (Ron Z. Goetzel, Ronald J. Ozminowski, Kenneth R. Pelletier, R. Douglas Metz, & Larry S. Chapman, 2007) นอกจากนี้ควรมีการร่วมสรุปและถอดบทเรียนจากการวิจัยจะได้นำไปแก้ปัญหาให้ชุมชนและเกิดการพัฒนาคุณภาพต่อไป

### ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย

1. การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นสิ่งจำเป็นที่การมีทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมาร่วมพัฒนางานเป็นระบบด้วยกิจกรรมที่ไม่ยุ่งยากปฏิบัติได้ เช่น การอบรมให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ ในด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด และการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย โดยเฉพาะกับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย การศึกษาหรือคอร์สหรือการจัดการบริหารส่วนตัว หรือศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานีนอนามัย จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ อาทิ การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย และสภาพความพร้อมของร่างกาย เช่น การรำไม้พลอง เปตอง รำไท้เก๊ก
2. ควรมีการพบปะสังสรรค์ของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็นระหว่างกันสร้างกลุ่มทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีความชอบที่คล้ายกันมาผ่อนคลายและไม่เหงา และรู้สึกถูกทอดทิ้ง
3. ควรส่งเสริมกิจกรรมช่วยเหลือชุมชนอื่นๆ เช่น การดูแลเด็กและเยาวชนในหมู่บ้าน เพื่อสร้างความสัมพันธ์ระหว่างวัยต่างๆ ในสังคม การยกย่องและให้เกียรติผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุเป็นผู้นำหรือที่ปรึกษาของชุมชนและส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีความรู้ความสามารถเข้าไปช่วยพัฒนาโรงเรียน สอนภูมิปัญญาชาวบ้านและถ่ายทอดวัฒนธรรมสู่ชุมชน
4. การติดต่อสื่อสารทางสุขภาพในชุมชนสามารถช่วยที่ได้รับข้อมูลสื่อสารได้ดีควรเสนอผ่านทางสื่อโทรทัศน์ เป็นต้น

5. การช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนควรมีการจัดตั้งศูนย์ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Day care center) เป็นสถานที่ ที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ดูแล เจ้าหน้าที่ และบุคลากรทั้งในและนอกชุมชนมาพบปะกัน อยู่ร่วมกัน มีกิจกรรมร่วมกันเพื่อตอบสนองความต้องการร่วมกันหรือเป็นสถานที่ในชุมชนที่ให้บริการหลายประเภท เป็นกิจกรรมที่ชุมชนจัดทำขึ้นเพื่อคนในชุมชน

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาพฤติกรรมการสุขภาพด้านพฤติกรรมเสี่ยงของผู้สูงอายุกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความเสื่อมตามสภาพโดยวางรูปแบบเป็นปัจจัยทำนายเป็นต้น
2. ควรศึกษาปัจจัยที่เป็นปัญหา และอุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อที่จะได้หาแนวทางในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ในการดำเนินกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ผู้สูงอายุในชุมชนทั้งของสังคมเมืองและสังคมชนบท
3. ควรศึกษาถึงความเจริญทางเทคโนโลยีที่จะมาสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบ Application แบบใดที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในการส่งเสริม ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หรือเหมาะสมกับผู้สูงอายุ จึงเป็นการพัฒนาเทคโนโลยีมาช่วยส่งเสริมป้องกันและดูแลสุขภาพกับผู้สูงอายุต่อไป

### บรรณานุกรม

- จารุวรรณ มานะสุรการ. (2554). *ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง : ผลกระทบและการพยาบาล*. สงขลา : คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เพ็ญศรี พงษ์ประภาพันธ์ ประทีป ปัญญาและ สุวิมล แสนเวียงจันทร์. (2553). *การพัฒนารูปแบบการพัฒนาสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนวัดบูรณาวาส . คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี.*
- ภาคินี สุขสถาพรเลิศ . (2557). "บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง". *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน*. 1(1) : 13-19.
- มงคลชัย แก้วเอี่ยม. (2550). *การรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานตำบลหนองกลางนา อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี. โปรแกรมสุขศึกษา คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.*
- ลัดดา ดำริการเลิศ. (2551). *โครงการเพื่อคุณภาพชีวิตสำหรับสังคมสูงอายุ. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ* วันที่ 2 สิงหาคม 2556, จาก <http://elibrary.trf.or.th>.
- วิภาพร ลิทธิศาสตร์และ สุชาดาสวนนุ้ม. (2550). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตความรับผิดชอบของ สถานีอนามัยบ้านเสาหิน ตำบลวัดพริก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.*
- สุรัชย์ อยู่สาโก. (2550). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองท่าเรือ-พระแท่น อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (การพยาบาล). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.*
- McGuire,C.L. (2007). *Healthy lifestyle behaviors among older U.S. adults with and without Disabilities*. Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2003. Retrieved July 2, 2009, from [www.cdc.gov/pcd/issues/2007/jan/06\\_0029.htm](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/jan/06_0029.htm).
- Ron Z. Goetzel, Ronald J. Ozminowski, Kenneth R. Pelletier, R. Douglas Metz, & Larry S. Chapman. (2007). *The Art of Health Promotion. American Journal of Health Promotion*. 22(1): TAHP-1-TAHP-10.

