

ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทักษะ พฤติกรรม
ในการป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน
กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 60 - 69 ปี
เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร

Correlation between knowledge, attitude, and behavior to
the prevention and control of hypertension and diabetes
with health status among elderly 60-69 years old in
Thawi Watthana district, Bangkok

สุธี สฤณีศิริ¹, วรณีย์ จีรังกูรสกุล², ทิตติยา มีชัย³

¹ศูนย์บริการสาธารณสุข 67 ทวีวัฒนา สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร,

²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร,

³คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

Suthee Saritsiri¹, Wannee Jiraungkoorskul², Titiya Meechai³

¹The 67th Public Health Center Thawi Watthana, Health Department Bangkok
Metropolitan Administration, ² Faculty of Public Health, Bangkokthonburi University,

³ Faculty of Medicine, Bangkokthonburi University

Corresponding author: big_bossboom@hotmail.com

Received 2024 Feb 19, Revised 2024 Mar 18, Accepted 2024 Mar 21

DOI: 10.14456/iudcj.2024.14

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อวัดระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุวัยต้นจำนวน 300 คน ใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง 1 สิงหาคม ถึง 30 กันยายน 2566 ใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และสเปียร์แมนในการวิเคราะห์ข้อมูล ค่า

นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการศึกษา ผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ย 64.1 ± 2.6 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ระดับการศึกษาปริญญาตรีและมัธยมศึกษา/ปวช. โรคประจำตัวที่พบ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน ร้อยละ 21.7, 15.3 และ 10.3 ตามลำดับ มีระดับความรู้ และทัศนคติ ระดับดี ร้อยละ 91.0 และ 75.3 ตามลำดับ และพฤติกรรมระดับปานกลาง ร้อยละ 52 คะแนนความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กันทางบวก ($r=0.26$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่แปรผกผันกับพฤติกรรม ($r=-0.02, -0.03, p>0.05$) สำหรับภาวะสุขภาพที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ คะแนนความรู้แปรผันตรงกับเฮซดีแอลคอเลสเตอรอลและแปรผกผันกับระดับไตรกลีเซอไรด์ ($r=0.12, r=-0.14, p < 0.05$) คะแนนพฤติกรรมแปรผันตรงกับระดับเฮซดีแอลคอเลสเตอรอล ($r=0.16, p < 0.05$) พบว่ากลุ่มที่มีคะแนนความรู้ระดับดีมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร ไตรกลีเซอไรด์น้อยกว่าและเฮซดีแอลคอเลสเตอรอลมากกว่ากลุ่มความรู้ระดับปานกลาง ถึงต่ำ กลุ่มที่คะแนนทัศนคติระดับดีมีค่าดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหารต่ำกว่า กลุ่มทัศนคติระดับปานกลางถึงต่ำ กลุ่มที่มีคะแนนพฤติกรรมระดับดีมีค่าไตรกลีเซอไรด์ต่ำกว่าและเฮซดีแอล คอเลสเตอรอลสูงกว่ากลุ่มพฤติกรรมระดับปานกลางถึงต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพควรส่งเสริมการแปลผลภาวะสุขภาพ ความรู้การดำเนินโรค อาการ และภาวะแทรกซ้อน เพิ่มทัศนคติที่ดีในการดูแลตนเองรวมถึงให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดหาอาหารที่เหมาะสม ลดหวาน มัน เค็มให้ผู้สูงอายุ ท้องถิ่นควรมีนโยบายสาธารณะในการจัดการปัจจัยสุขภาพ เช่น เข้าถึงแหล่งอาหารสุขภาพได้ง่าย และมีสถานที่ในการเพิ่มกิจกรรมทางกายอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ : ความรู้, ทัศนคติ, พฤติกรรม, ภาวะสุขภาพ, ผู้สูงอายุ

Abstract

The purpose of this survey research was to measure the level of knowledge, attitude, and behavior in preventing high blood pressure and diabetes and find correlation between factors and health status among elderly 60-69 years old in Thawi Watthana district, Bangkok. The samples consisted of 300 elderly people. Used the questionnaire to collect data between August 1 and September 30, 2023. Descriptive statistics, Pearson's and Spearman's correlation coefficients were used to analyze the data. Statistical significance was set at $p < 0.05$. Results: The mean age of the participants was 64.1 ± 2.6 years. The majority were females (58.3%), educational level: Bachelor's degree and high school. The most common underlying diseases were hypertension (21.7%), hyperlipidemia (15.3%), and diabetes (10.3%). The participants had a good level of knowledge (91.0%) and attitudes (75.3%)

towards the prevention of hypertension and diabetes. However, their behaviors were only at a moderate level (52%). The knowledge and attitude scores were positively correlated ($r = 0.26$, $p < 0.05$). However, they were negatively correlated with the behavior scores ($r = -0.02$, -0.03 , $p > 0.05$). For health status, the knowledge score was positively correlated with HDL cholesterol and negatively correlated with triglyceride levels ($r = 0.12$, $r = -0.14$, respectively, $p < 0.05$). The behavior score was positively correlated with HDL cholesterol level ($r = 0.16$, $p < 0.05$). The participants with a good knowledge score had lower fasting blood sugar and triglyceride levels and higher HDL cholesterol levels than those with a moderate or low knowledge score ($p < 0.05$). The participants with a good attitude score had lower body mass index and fasting blood sugar levels than those with a moderate or low attitude score ($p < 0.05$). The participants with a good behavior score had lower triglyceride levels and higher HDL cholesterol levels than those with a moderate or low behavior score ($p < 0.05$). The healthcare system should be developed to promote the interpretation of health status, knowledge of disease progression, symptoms, and complications. It is important to improve the attitude of the elderly towards self-care and provide caregivers with an understanding of how to provide appropriate food. The local government should have public policies in place to manage health factors, such as easy access to healthy food sources and places to increase physical activity.

Keywords: Knowledge, Attitude, Behavior, Health status, Elderly

ความเป็นมา

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี 2548 โดยมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ และคาดว่าจะเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) ในปี พ.ศ. 2567 โดยสัดส่วนผู้สูงอายุ 1 ใน 4 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นสัดส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ 20⁽¹⁾ และกำลังนับถอยหลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสูงสุด (Super-Aged

Society) ในอีก 12 ปีข้างหน้า ในปี 2573 โดยจะมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายुर้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด⁽²⁾ ข้อมูลสถิติจากสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย⁽³⁾ พบว่าในปี 2563 พบว่าประเทศไทยมีประชากร 66.5 ล้านคน มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด จำแนกเป็นผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) 7.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 7.2 ผู้สูงอายุวัยกลาง

(อายุ 70-79 ปี) 3.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.1 และผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) 1.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 3.4 โดยมีการคาดการณ์ว่าในปี 2583 ผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14.5, 11.7 และ 5.2 ตามลำดับ⁽⁴⁾ ข้อมูลผู้สูงอายุของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) พบว่าสภาพปัญหาของผู้สูงอายุที่สำคัญ คือ ปัญหาด้านสุขภาพ⁽⁵⁾ ในปี 2563 พบว่าร้อยละ 49 ของผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัว 2 - 5 โรค ต่อคน ส่วนใหญ่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Noncommunicable diseases; NCDs) ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต และโรคมะเร็ง ทำให้ผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลด้านสุขภาพ เพื่อการรักษาโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ต่อเนื่องและยาวนาน ดังนั้นเป้าหมายสำคัญของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงแห่งมนุษย์คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ⁽⁶⁾ ปัจจัยที่สำคัญและมีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมโรค ได้แก่ ความรู้ ทักษะ พฤติกรรมที่ปฏิบัติที่สัมพันธ์กับโรค ป้องกันโรค เสี่ยงต่อโรค หรือมีผลต่อการรักษาโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และช่วยให้พฤติกรรมนั้นคงอยู่ในระยะยาว สภาพแวดล้อม การเข้าถึงบริการสุขภาพ แรงสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และองค์กรที่เกี่ยวข้อง⁽⁷⁾

เขตทวีวัฒนาเป็นเขตชานเมืองในกรุงเทพมหานคร ในปี 2565 มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 79,027 คน เป็นผู้สูงอายุจำนวน 19,330 คน คิดเป็นร้อยละ 24.46 ของประชากรทั้งหมด เป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ซึ่งในปีดังกล่าวเขตทวีวัฒนาได้มีธรรมนูญสุขภาพในการสร้างชุมชนเข้มแข็ง ประเด็นการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และผู้สูงอายุ ข้อมูลจากการคัดกรองภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุของเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร ปี 2563 โรคประจำตัวที่พบบ่อย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 58.0 ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 35.5 และเบาหวาน ร้อยละ 25.6 และโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 3.4 พฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ ได้แก่ ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 9.2 ชอบรับประทานอาหารรสหวาน ร้อยละ 30.3 รสเค็ม ร้อยละ 29.4 และของมัน ของทอด ร้อยละ 23.6 ออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 37.3 ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 9.2 และสูบบุหรี่ ร้อยละ 6.1 โดยพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) มีพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพสูงกว่ากลุ่มอื่น⁽⁸⁾ ดังนั้นเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตทวีวัฒนาภายใต้นโยบายและแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตามแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566-2580) กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะสามารถดูแลสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และสามารถป้องกันและลดโรคที่สามารถป้องกันได้⁽⁹⁾ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจ

ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทักษะ และ พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 60-69 ปี เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร เพื่อเป็น แนวทางในการออกแบบกิจกรรมส่งเสริม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการ ป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ลดความเสี่ยงต่อโรคและการมีสุขภาพดีของ ผู้สูงอายุในพื้นที่เขตทวีวัฒนา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะ และ พฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ 60-69 ปี เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมกับภาวะ สุขภาพของผู้สูงอายุ 60-69 ปีเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาระดับความ รู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคความ ดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน และความสัมพันธ์ ดังกล่าวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 60-69 ปี เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานครหลักแนวคิดทฤษฎี เกี่ยวกับความรู้ ทักษะและพฤติกรรม (KAP) โดยให้ความสำคัญกับ ความรู้ (Knowledge)

ทัศนคติ (Attitude) และการยอมรับปฏิบัติ (Practice) ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมสัมพันธ์กัน เป็นลูกโซ่ กล่าวคือ เมื่อรับสารจะทำให้เกิดความรู้ ส่งผลทำให้เกิดทัศนคติที่ดี และเกิดการกระทำส่ง ผลต่อภาวะสุขภาพ⁽¹⁰⁾

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อวัดระดับความรู้ ทักษะและพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดัน โลหิตสูงและโรคเบาหวาน และหาความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยดังกล่าวกับภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุ 60-69 ปี เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ 60-69 ปี เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุ 60-69 ปี เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานครได้มาจากการ สุ่มตัวอย่าง และยินยอมให้ความร่วมมือ เข้าร่วมวิจัย การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการคำนวณจากสูตร⁽¹¹⁾

$$N = Z^2(P)(1-P)/e^2$$

$$n = (1.96)^2(0.158)(0.842)/(0.05)^2 = 204.43 \text{ คน}$$

n หมายถึง จำนวนตัวอย่าง Z หมายถึง ค่ามาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ค่า Z = 1.96
e หมายถึง ค่าความคลาดเคลื่อนในการสุ่ม 5%

P หมายถึง สัดส่วนกลุ่มตัวอย่างอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 15.8 (อ้างอิงจำนวนประชากร 60-69 ปี เขตทวีวัฒนา ปี 2565 ณ 1 เมษายน พ.ศ. 2565 สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง)

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเปราะบาง (ผู้สูงอายุ) ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 50 เป็น จำนวน 300 คน เพื่อทดแทนการ drop out ตามการศึกษาของ Wittes J.¹²⁾ ผู้วิจัยมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ ผู้สูงอายุในชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ทำกิจกรรม ที่อาศัยอยู่ในเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร

ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่าง 1 สิงหาคม 2566 - 30 กันยายน 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย แบบสอบถามที่สร้างขึ้น โดยศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและผลงาน วิจัยที่เกี่ยวข้องและปรับปรุงมาจากแบบเฝ้าระวัง พฤติกรรมเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป และแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ.2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561 และผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ของเครื่องมือ (Content Validity Analysis) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ใช้วิธีการวิเคราะห์ ค่า Content validity index: CVI ค่าดัชนี ความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเท่ากับ 0.81 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของ แบบสอบถามความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม เท่ากับ 0.73, 0.79 และ 0.61

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็น แบบบันทึกเกี่ยวกับ อายุ เพศ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว พฤติกรรม สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก ความสูง ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน จำนวน 10 ข้อ โดยมีคำตอบแบ่งเป็น 2 ข้อ คือ ใช่ ไม่ใช่ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน มีคะแนนเต็ม 10 คะแนน เกณฑ์การประเมิน ผู้ศึกษาได้แบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาตามเกณฑ์การแบ่งระดับอิงเกณฑ์

ที่ประยุกต์จากแนวคิดของ Samuel BB⁽¹³⁾ แบ่งระดับได้ดังนี้ ระดับดีคือร้อยละ 80 ขึ้นไป (8-10 คะแนน) มีความรู้ถูกต้องต่อการปฏิบัติตนได้เป็นอย่างดี ระดับปานกลางคือร้อยละ 60-79 (6-7 คะแนน) มีความรู้ถูกต้องเพียงพอต่อการปฏิบัติ และระดับต่ำคือน้อยกว่าร้อยละ 60 (0-5 คะแนน) มีความรู้ไม่ถูกต้องเพียงพอต่อการปฏิบัติ

2) แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน จำนวน 10 ข้อ โดยมีคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีให้เลือกตอบ 4 ระดับ เริ่มจากระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย ข้อความที่มีความหมายทางบวก เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง 3 คะแนน เห็นด้วยน้อย 2 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน ข้อความที่มีความหมายทางลบ ไม่เห็นด้วย 4 คะแนน เห็นด้วยน้อย 3 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง 2 คะแนน เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน มีคะแนนเต็ม 40 คะแนน แบ่งระดับได้ดังนี้ ระดับดีคือร้อยละ 80 ขึ้นไป (32-40 คะแนน) มีความเชื่อในสิ่งที่ถูกต้องว่าส่งผลดีหากปฏิบัติ ระดับปานกลางคือร้อยละ 60-79 (24-31 คะแนน) มีมุมมองที่ไม่เข้มงวดมากแต่ก็ไม่น้อยเกินไป และระดับต่ำคือน้อยกว่าร้อยละ 60 (น้อยกว่า 24 คะแนน) ไม่มีความเชื่อว่าทำสิ่งนั้นแล้วจะเกิดผลดีต่อตนเอง

3) แบบสอบถามพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน จำนวน

10 ข้อ โดยมีคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีให้เลือกตอบ 5 ระดับ ประเมินจากการปฏิบัติ 6-7 วัน/สัปดาห์ 4-5 วัน/สัปดาห์ 3 วัน/สัปดาห์ 1-2 วัน/สัปดาห์ และไม่ได้ปฏิบัติ การปฏิบัติที่มีความหมายทางบวก 6-7 วัน/สัปดาห์ 4 คะแนน 4-5 วัน/สัปดาห์ 3 คะแนน 3 วัน/สัปดาห์ 2 คะแนน 1-2 วัน/สัปดาห์ 1 คะแนน และไม่ได้ปฏิบัติ 0 คะแนน การปฏิบัติที่มีความหมายทางลบ ไม่ได้ปฏิบัติ 4 คะแนน 1-2 วัน/สัปดาห์ 3 คะแนน 3 วัน/สัปดาห์ 2 คะแนน 1-2 วัน/สัปดาห์ 1 คะแนน และ 4-5 วัน/สัปดาห์ 0 คะแนน มีคะแนนเต็ม 40 คะแนน แบ่งระดับได้ดังนี้ ระดับดีคือร้อยละ 80 ขึ้นไป (32-40 คะแนน) ปฏิบัติตนได้ถูกต้องสม่ำเสมอ ระดับปานกลางคือร้อยละ 60-79 (24-31 คะแนน) ปฏิบัติตนได้ถูกต้องแต่ยังไม่สม่ำเสมอ และระดับต่ำคือน้อยกว่าร้อยละ 60 (น้อยกว่า 24 คะแนน) ปฏิบัติตนถูกต้องน้อยและไม่สม่ำเสมอ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

วิเคราะห์ประมวลผลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS เวอร์ชัน 23 ทางสถิติกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 สำหรับค่าสถิติที่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกได้ 2 ประเภท คือ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive) จำนวน ร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation) และ สเปียร์แมน (Spearman's correlation)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับใบรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (วิทยาศาสตร์สุขภาพ) มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานครบุรี เอกสารรับรองเลขที่ 16/2566 ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง การพิทักษ์สิทธิ ผู้เข้าร่วมการวิจัย เริ่มต้นจากการที่ผู้วิจัยแนะนำตนเองแก่ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการวิจัยพร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

ผลการศึกษา

ผู้สูงอายุ 60-69 ปี มีอายุเฉลี่ย 64.1 ± 2.6 ปี ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ 60-64 ปี คิดเป็นร้อยละ 58.3 เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 66.7 ระดับการศึกษาปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 26.7 รองลงมา มัธยมศึกษา/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 26.7 โรคประจำตัวที่พบ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 21.7 ภาวะไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 15.3 และโรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 10.3 พฤติกรรมเสี่ยง สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 6.0 ดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 4.0 ส่วนใหญ่ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 64.7 ประเภทการออกกำลังกาย ได้แก่ เดินมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.7 รองลงมาวิ่ง คิดเป็นร้อยละ 8.1 เต้นแอโรบิกคิดเป็นร้อยละ 8.1 ปั่นจักรยาน คิดเป็นร้อยละ 8.1 แกว่งแขน คิดเป็นร้อยละ 6.8 อื่นๆ ได้แก่ โยคะ เปตอง ลีลาศ เทนนิส วายน้ำ ปิงปอง คิดเป็นร้อยละ 16.2 ระยะเวลาการออกกำลังกายต่อวันเฉลี่ย 41.51 ± 25.9 นาที ความถี่เฉลี่ย 4.46 ± 1.8 วันต่อสัปดาห์ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วของผู้สูงอายุ 60-69 ปี เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร (N=300)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ		
60-64 ปี	175	58.3
65-69 ปี	125	41.7
Mean (SD)	Mean + SD 64.1 + 2.6	
เพศ		
ชาย	100	33.3
หญิง	200	66.7
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	50	16.7

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มัธยมศึกษา/ปวช.	60	20.0
ปริญญาตรี	80	26.7
สูงกว่าปริญญาตรี	53	17.7
ไม่ระบุ	57	19
โรคประจำตัว		
เบาหวาน	31	10.3
ความดันโลหิตสูง	65	21.7
ไขมันในเลือดสูง	46	15.3
สูบบุหรี่	18	6.0
ดื่มแอลกอฮอล์	12	4.0
ไม่ออกกำลังกาย	106	35.3
ออกกำลังกาย	194	64.7
ระยะเวลาต่อวัน (นาที)	Mean + SD 41.51 + 25.94	
จำนวนวันต่อสัปดาห์ (วัน)	Mean + SD 4.46 + 1.79	

ตารางที่ 2 แสดงระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ 60-69 ปี เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร (N=300)

ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน	ระดับดี		ระดับปานกลาง		ระดับต่ำ		Mean (SD) คะแนน
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
ความรู้	273	91.0	22	7.3	5	1.7	9.2 + 1.3
ทักษะ	226	75.3	74	24.7	0	0	33.7 + 3.8
พฤติกรรม	39	13.0	156	52.0	105	35.0	23.5 + 4.2

ระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ 60-69 ปี พบว่าคะแนนความรู้เฉลี่ย 9.2 ± 1.3 คะแนน ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับดี (ความรู้ถูกต้องต่อการปฏิบัติตนได้เป็นอย่างดี) คิดเป็นร้อยละ 91 ระดับปานกลาง (ความรู้ถูกต้องเพียงพอต่อการปฏิบัติ) คิดเป็นร้อยละ 7.3 และระดับต่ำ (มีความรู้ไม่ถูกต้องเพียงพอต่อการปฏิบัติ) คิดเป็นร้อยละ 1.7 พบว่าคะแนนทัศนคติเฉลี่ย 33.7 ± 3.8 คะแนน และส่วนใหญ่มีทัศนคติระดับดี (มีความเชื่อในสิ่งที่ถูกต้องว่าส่งผลดีหากปฏิบัติ) คิดเป็นร้อยละ 75.3 ระดับปานกลาง (มีมุมมองที่ไม่เข้มงวดมากแต่ก็ไม่น้อยเกินไป) คิดเป็นร้อยละ 24.7 ไม่พบทัศนคติระดับต่ำ (ไม่มีความเชื่อว่าทำสิ่งนั้นแล้วจะเกิดผลดีต่อตนเอง) แต่พบคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ย 23.5 ± 4.2 คะแนน ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมระดับปานกลาง (ปฏิบัติตนได้ถูกต้องแต่ยังไม่สม่ำเสมอ) คิดเป็นร้อยละ 52 ระดับต่ำ (ปฏิบัติตนถูกต้องน้อยและไม่สม่ำเสมอ) คิดเป็นร้อยละ 35 และระดับดี (ปฏิบัติตนได้ถูกต้องสม่ำเสมอ) คิดเป็นร้อยละ 13 ดังตารางที่ 2

พบว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 60-69 ปี มีดัชนีมวลกาย Body Mass Index (kg/m^2) เฉลี่ย 25.21 ± 4.16 กก./ตร.ม. ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกาย ≥ 23 กก./ตร.ม. คิดเป็นร้อยละ 78.7 ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว Systolic Blood Pressure (mmHg) เฉลี่ย 135.29 ± 19.72 มม.ปรอท เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง (SBP 120 - 139 มม.ปรอท) คิดเป็นร้อยละ 44.3

และพบระดับความดันโลหิตสูง (SBP ≥ 140 มม.ปรอท) คิดเป็นร้อยละ 36.6 ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว Diastolic Blood Pressure (mmHg) เฉลี่ย 78.66 ± 11.13 มม.ปรอท เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง (DBP 80 - 89 มม.ปรอท) คิดเป็นร้อยละ 23.3 และพบระดับความดันโลหิตสูง (DBP ≥ 90 มม.ปรอท) คิดเป็นร้อยละ 17.4 ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร Fasting Blood Sugar (mg/dL) เฉลี่ย 105.30 ± 30.05 มก./ดล. เสี่ยงโรคเบาหวาน 100-125 มก./ดล. คิดเป็นร้อยละ 20.3 โรคเบาหวาน ≥ 126 มก./ดล. คิดเป็นร้อยละ 17.7 ระดับน้ำตาลสะสม HbA1c (%) เฉลี่ย 6.00 ± 1.04 % เสี่ยงโรคเบาหวาน 5.7-6.4 % คิดเป็นร้อยละ 41.3 โรคเบาหวาน ≥ 6.5 % คิดเป็นร้อยละ 21.3 ระดับคอเลสเตอรอลรวม Total cholesterol (mg/dL) เฉลี่ย 202.20 ± 43.63 มก./ดล. ผิดปกติ ≥ 200 มก./ดล. คิดเป็นร้อยละ 54 ระดับไตรกลีเซอไรด์ Triglyceride (mg/dL) เฉลี่ย 123.14 ± 59.55 มก./ดล. ผิดปกติ ≥ 150 มก./ดล. คิดเป็นร้อยละ 26.7 ระดับเอชดีแอลคอเลสเตอรอล HDL-Cholesterol (mg/dL) เฉลี่ย 59.85 ± 18.50 มก./ดล. ผิดปกติ ชาย < 40 หรือหญิง < 50 มก./ดล. คิดเป็นร้อยละ 21.33 ระดับแอลดีแอลคอเลสเตอรอล LDL-Cholesterol (mg/dL) เฉลี่ย 120.03 ± 37.14 มก./ดล. ผิดปกติ ≥ 100 มก./ดล. คิดเป็นร้อยละ 68.3 ระดับการทำงานของไต eGFR ml/min/1.73m² เฉลี่ย 80.88 ± 15.00 มล./นาที/1.73 ตรม. ไตทำงานลดลง eGFR น้อยกว่า 60 มล./นาที/1.73 ตรม. คิดเป็นร้อยละ 9 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 60-69 ปี เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร (N=300)

ภาวะสุขภาพและผลเลือด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย Body Mass Index (kg/m ²)		
น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ BMI < 18.5 kg/m ²	5	1.7
ร่างกายสมส่วน BMI 18.5-22.9 kg/m ²	93	31.0
ภาวะน้ำหนักเกิน/ อ้วนระดับ 1 BMI 23-24.9 kg/m ²	74	24.7
อ้วนระดับ 2 BMI 25-29.9 kg/m ²	88	29.3
อ้วนระดับ 3/ โรคอ้วนอันตราย BMI > 30 kg/m ²	74	24.7
Mean (SD)	Mean + SD 25.2 + 4.2	
ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว Systolic Blood Pressure(mmHg)		
ปกติ SBP < 120 mmHg	57	19
เสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง SBP 120-139 mmHg	133	44.3
โรคความดันโลหิตสูง SBP > 140 mmHg	110	36.6
Mean (SD)	Mean + SD 135.3 + 19.7	
ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว Diastolic Blood Pressure(mmHg)		
ปกติ DBP < 80 mmHg	178	59.3
เสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง DBP 80-89 mmHg	70	23.3
โรคความดันโลหิตสูง DBP > 90 mmHg	52	17.4
Mean (SD)	Mean + SD 78.7 + 11.1	
ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร Fasting Blood Sugar (mg/dL)		
ปกติ < 100 mg/dL	186	62
เสี่ยงโรคเบาหวาน 100-125 mg/dL	64	20.3
โรคเบาหวาน > 126 mg/dL	53	17.7
Mean (SD)	Mean + SD 105.3 + 30.1	

ภาวะสุขภาพและผลเลือด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับน้ำตาลสะสม HbA1c (%)		
ปกติ < 5.6 %	112	37.3
เสี่ยงโรคเบาหวาน 5.7-6.4 %	124	41.3
โรคเบาหวาน > 6.5 %	64	21.3
Mean (SD)	Mean + SD 6.0 + 1.0	
ระดับคอเลสเตอรอลรวม Total cholesterol (mg/dL)		
ปกติ < 200 mg/dL	138	46.0
ผิดปกติ > 200 mg/dL	162	54.0
Mean (SD)	Mean + SD 202.2 + 43.6	
ระดับไตรกลีเซอไรด์ Triglyceride (mg/dL)		
ปกติ < 150 mg/dL	220	73.3
ผิดปกติ > 150 mg/dL	80	26.7
Mean (SD)	Mean + SD 123.1 + 59.6	
ระดับเอชดีแอลคอเลสเตอรอล HDL-Cholesterol (mg/dL)		
ปกติ Male > 40 Female > 50 mg/dL	236	78.7
ผิดปกติ Male < 40 Female < 50 mg/dL	64	21.3
Mean (SD)	Mean + SD 59.9 + 18.5	
ระดับแอลดีแอลคอเลสเตอรอล LDL-Cholesterol (mg/dL)		
ปกติ < 100	95	31.7
ผิดปกติ > 100	205	68.3
Mean (SD)	Mean + SD 120.0 + 37.1	
ระดับการทำงานของไต eGFR ml/min/1.73m ²		
ไตเริ่มผิดปกติ > 90 ml/min/1.73m ²	115	38.3
ไตทำงานลดลงเล็กน้อย 60-89 ml/min/1.73m ²	158	52.7

ภาวะสุขภาพและผลเลือด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไตทำงานลดลงเล็กน้อยถึงปานกลาง 45-59 ml/min/1.73m ²	26	8.7
ไตทำงานลดลงปานกลางถึงมาก 30-44 ml/min/1.73m ²	1	0.3
ไตทำงานลดลงรุนแรงมาก < 30 ml/min/1.73m ²	0	0
Mean (SD)	Mean + SD 80.9 + 15.0	

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้ ทักษะคิด พฤติกรรม เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 60 - 69 ปี พบว่าคะแนนความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับกับคะแนนทัศนคติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.26, p < 0.01$) และคะแนนพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางลบกับกับคะแนนความรู้และทัศนคติ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.02, -0.03$) สำหรับความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพพบว่าคะแนนความรู้มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับไตรกลีเซอไรด์และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับเฮโมโกลบินเอแอลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.14, r = 0.12$ ตามลำดับ $p < 0.05$) และพบว่าคะแนนพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับเฮโมโกลบินเอแอลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.16, p < 0.01$) พบว่าระดับความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับทัศนคติและโรคประจำตัวไขมันในเลือดสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.20, 0.13$ และ $p < 0.05$) ระดับพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับเพศ ($r = 0.15, p < 0.01$) และความสัมพันธ์ทางลบกับระดับการศึกษา ($r = -0.14, p < 0.05$) โรคประจำตัวเบาหวาน ($r = -0.12, p < 0.05$) และความดันโลหิตสูง ($r = -0.15, p < 0.01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้ ทักษะคิด พฤติกรรมเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 60-69 ปี เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร (N=300)

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน	คะแนนความรู้	คะแนนทัศนคติ	คะแนนพฤติกรรม
คะแนนความรู้	1	0.26**	-0.02
คะแนนทัศนคติ	0.26**	1	-0.03
คะแนนพฤติกรรม	-0.02	-0.03	1
น้ำหนัก	-0.06	-0.08	-0.04
ดัชนีมวลกาย	-0.07	-0.11*	-0.03
ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว	-0.01	-0.04	0.01

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ แบบเพียร์สัน	คะแนนความรู้	คะแนนทัศนคติ	คะแนนพฤติกรรม
ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว	-0.04	0.06	-0.02
ระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร	-0.11	-0.10	-0.06
ระดับน้ำตาลสะสม	-0.09	-0.10	-0.04
ระดับคลอเลสเทอรอลรวม	0.01	0.06	-0.00
ระดับไตรกรีเซอไรด์	-0.14*	-0.05	-0.11
ระดับเอชดีแอลคอเลสเทอรอล	0.12*	0.08	0.16**
ระดับแอลดีแอลคอเลสเทอรอล	0.01	0.06	-0.02
ระดับการทำงานของไต	-0.02	-0.03	0.02
สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ สเปียร์แมน	ระดับความรู้	ระดับทัศนคติ	ระดับพฤติกรรม
ระดับความรู้	1	0.20*	0.09
ระดับทัศนคติ	0.20*	1	0.08
ระดับพฤติกรรม	0.09	0.08	1
อายุ	0.03	0.01	-0.06
เพศ	0.05	0.00	0.15**
การศึกษา	0.05	0.07	-0.14*
โรคประจำตัว เบาหวาน	-0.09	-0.06	-0.12*
ความดันโลหิตสูง	0.11	0.06	-0.15**
ไขมันในเลือดสูง	0.13*	0.03	-0.06

** $p < 0.01$ * $p < 0.05$

เมื่อจำแนกผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม เป็นกลุ่มที่มีคะแนนระดับดี และกลุ่มที่มีคะแนนระดับปานกลาง-ต่ำ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร และไตรกรีเซอไรด์ ในกลุ่มที่มีคะแนนระดับดีมีค่าต่ำกว่า และมีเอชดีแอลคอเลสเทอรอลสูงกว่ากลุ่มที่มีคะแนนระดับปานกลาง-ต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติ พบว่าค่าดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหารในกลุ่มที่มีคะแนนระดับดีมีค่าต่ำกว่ากลุ่มที่มีคะแนนระดับปานกลาง-ต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรม พบว่าระดับไตรกรีเซอไรด์ ในกลุ่มที่มีคะแนนระดับดีมีค่าต่ำกว่า และเอชดีแอลคอเลสเทอรอลสูงกว่ากลุ่มที่มีคะแนนระดับปานกลาง-ต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงผลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 60-69 ปี จำแนกตามคะแนนความรู้ คะแนนทัศนคติ และคะแนนพฤติกรรม N=300

ภาวะสุขภาพ	คะแนนความรู้ mean+SD		p	คะแนนทัศนคติ mean+SD		p	คะแนนพฤติกรรม mean+SD		p
	ดี	ปานกลาง-ต่ำ		ดี	ปานกลาง-ต่ำ		ดี	ปานกลาง-ต่ำ	
ทั้งหมด จำนวน คน (%)	273 (91%)	27 (7%)		226 (75%)	74 (25%)		39 (13%)	261 (87%)	
น้ำหนัก (กก.)	64+11.7	67+13.2	0.30	64+10.9	66+14.1	0.13	62+11	65+11.9	0.16
ดัชนีมวลกาย (กก./ม. ²)	25+4.1	26+4.7	0.42	25+3.7	26+5.2	0.03	25+4.2	25+4.2	0.54
ความดันโลหิต ขณะหัวใจบีบตัว (มม.ปรอท)	136+19.2	132+24.3	0.36	135+20.2	137+18.1	0.43	137+17	135+20.1	0.53
ความดันโลหิต ขณะหัวใจคลายตัว (มม.ปรอท)	79+11	79+12.7	0.81	79+11.6	78+9.6	0.44	80+12	79+11	0.52
น้ำตาลในเลือดหลัง งดอาหาร (มก./ดล.)	104+28.2	117+43.6	0.04	103+26.9	113+37.3	0.01	99+20	106+31.2	0.18
น้ำตาลสะสม (%)	6.0+0.9	6.2+1.0	0.33	5.9+0.8	6.2+1.3	0.11	5.9+0.7	6.0+1.0	0.45
คลอเลสโตรอลรวม (มก./ดล.)	203+42.5	200+43.2	0.68	204+42.6	198+42.3	0.28	206+41.1	203+42.8	0.60
ไตรกรีเซอไรด์ (มก./ดล.)	121+57	152+69.6	0.01	124+61.2	124+51.1	0.94	104+44	127+60.1	0.02
เอชดีแอลคลอเลส เตอรอล (มก./ดล.)	59+14.4	53+14.1	0.03	59+14.8	57+13.5	0.21	64+18.3	58+13.7	0.02
แอลดีแอลคลอเลส เตอรอล (มก./ดล.)	120+37.3	116+35.9	0.54	121+37.3	116+36.6	0.33	122+35.1	120+37.5	0.71
การทำงานของไต (มล./นาที/1.73 ม. ²)	81+14.4	78+16.6	0.36	80+14.8	83+13.8	0.18	79+13.2	81+14.8	0.56

สรุปอภิปรายผล

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ของผู้สูงอายุ 60-69 ปี เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดีทราบถึงปัจจัยเสี่ยงพฤติกรรม และพันธุกรรมที่ทำให้เกิดโรค แต่พบว่าส่วนน้อยที่มีความรู้เกี่ยวกับการแปลผลค่าของความดันโลหิต ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความเสี่ยง และอาการเฉพาะโรค ดังนั้น อาจส่งผลต่อการดูแลตนเอง ขาดความตระหนักในการลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ทักษะส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี เช่น การออกกำลังกายต้องทำควบคู่กับการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง แต่ทักษะคติบางอย่างอาจส่งผลกระทบต่อ การป้องกันตนเองจากโรค เช่น ผลไม้ทุกชนิดไม่ทำให้อ้วนสามารถรับประทานได้ไม่จำกัด การเดินในขณะที่อากาศร้อนอบอ้าวแล้วเหงื่อออกแต่ยังไม่รู้สึกเหนียวถือเป็นการออกกำลังกาย หรือท่านคิดว่าคนที่มีการพันธุเป็นโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงแม้จะรับประทาน อาหารป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงก็ไม่สามารถป้องกันได้ พฤติกรรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ โดยเฉพาะการ รับประทานอาหารหวาน เค็ม มัน และการไม่ออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาของอัญชลี สามงามมี⁽¹⁴⁾ พบว่าคะแนนความรู้และทัศนคติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติสอดคล้องกับหลายการศึกษา⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ ที่พบว่า

ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กันทางบวก ผู้สูงอายุถ้ามีความรู้ดีทัศนคติต่อสิ่งนั้นก็จะเป็น ตามไปด้วย การศึกษานี้พบว่าพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้และทัศนคติ สอดคล้อง กับหลายการศึกษา⁽¹⁷⁻¹⁹⁾ ที่พบว่าส่วนใหญ่ มีความรู้และทัศนคติอยู่ในระดับดีแต่พฤติกรรม อยู่ในระดับต่ำ โดยการศึกษาของชญาภา วรพิทยาภรณ์และคณะ⁽²⁰⁾ ที่พบว่าความรู้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษานี้พบว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 60 - 69 ปี มีภาวะน้ำหนักเกินขึ้นไป (BMI ≥ 23 กก./ตร.ม.) คิดเป็นร้อยละ 78.7 สูงกว่าผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการ ตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 - 2563⁽²¹⁾ ที่พบ ร้อยละ 63.5 ค่าความดันโลหิต ใกล้เคียงกับ ระดับประเทศ พบค่าระดับน้ำตาลโรคเบาหวาน FPG ≥ 126 มก./ดล. คิดเป็นร้อยละ 17.7 และ HbA1c $\geq 6.5\%$ คิดเป็นร้อยละ 21.3 พบความ ชุกน้อยกว่าของประเทศ คิดเป็นร้อยละ 20.7 และ 23.8 ตามลำดับ ระดับคอเลสเตอรอล รวม ผิดปกติ ≥ 200 มก./ดล. คิดเป็นร้อยละ 54 ต่ำกว่าของประเทศคิดเป็นร้อยละ 59 ระดับ เอชดีแอลคอเลสเตอรอล เฉลี่ย 59.85 ± 18.50 มก./ดล. สูงกว่าของประเทศที่มีค่าเฉลี่ย 53.90 ± 19.7 มก./ดล. และความชุกของเอชดี แอลคอเลสเตอรอล ชาย < 40 หรือหญิง < 50 มก./ดล. คิดเป็นร้อยละ 21.33 ต่ำกว่าของประเทศ ที่มีความชุก ร้อยละ 26.6 ระดับไตรกลีเซอไรด์ ผิดปกติ ≥ 150 มก./ดล. คิดเป็นร้อยละ 26.7 ต่ำกว่าของประเทศคิดเป็นร้อยละ 40.6 ระดับ

การทำงานของไตเฉลี่ย 80.88 ± 15.00 มล./นาที่/1.73 ตรม. และความชุกของไตทำงานลดลง eGFR น้อยกว่า 60 มล./นาที่/1.73 ตรม. คิดเป็นร้อยละ 9 สูงกว่าการศึกษาของ Tadashi Toyama และคณะ⁽²²⁾ มีค่าเฉลี่ย 75 ± 14 มล./นาที่/1.73 ตรม. ความชุกพบร้อยละ 12 ผลการศึกษาพบว่าระดับไตรกลีเซอไรด์มีความสัมพันธ์ทางลบเล็กน้อยกับคะแนนความรู้ ($r=-0.14$, $p < 0.05$) ระดับเอชดีแอลคอเลสเตอรอลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนความรู้ ($r=0.12$, $p < 0.05$) และคะแนนพฤติกรรม ($r=0.16$, $p < 0.01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่ากลุ่มที่มีระดับคะแนนความรู้ดีมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังดอาหาร และไตรกลีเซอไรด์ต่ำกว่ากลุ่มที่มีคะแนนความรู้ระดับปานกลางถึงต่ำ และเอชดีแอลคอเลสเตอรอลมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติ พบว่าค่าดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือดหลังดอาหาร ในกลุ่มที่มีคะแนนทัศนคติระดับดีมีค่าต่ำกว่าอีกกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Siraj Ahmad⁽²³⁾ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรม พบว่าระดับไตรกลีเซอไรด์ ในกลุ่มที่มีคะแนนพฤติกรรมระดับดีมีค่าต่ำกว่าอีกกลุ่ม และเอชดีแอลคอเลสเตอรอลสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Mirmiran, P และคณะ⁽²⁴⁾

ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาแนวทางการออกแบบกิจกรรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ 60-69 ปี เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร การให้สุขศึกษายังมีความสำคัญแต่ควรให้ความสำคัญกับการแปลผลระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมัน ค่าการทำงานของไต ดัชนีมวลกาย รอบเอว เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง และรับรู้การดำเนินโรครวมถึงอาการ และภาวะแทรกซ้อนทำให้เกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพมากยิ่งขึ้น คะแนนความรู้สัมพันธ์กับทัศนคติ แม้จะพบว่าไม่สอดคล้องกับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ แต่พบว่าผู้ที่มีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมที่ดีจะมีภาวะสุขภาพที่ดีกว่า ดังนั้นระบบบริการสุขภาพควรส่งเสริมกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง (self-care) ให้เข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเพิ่มทัศนคติที่ดีในการดูแลตนเองรวมถึงให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดหาอาหารที่เหมาะสม ลดหวาน มัน เค็มให้ผู้สูงอายุ นโยบายสาธารณะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการปัจจัยสุขภาพ เช่น ตลาด สถานประกอบการ ที่ควรเป็นแหล่งที่มีอาหารสุขภาพและเข้าถึงได้ง่าย และมีสถานที่ในการออกกำลังกาย สนับสนุนให้ผู้สูงอายุตระหนักในการเพิ่มกิจกรรมทางกายอย่างเหมาะสม ทำให้ลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานได้

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

สุทธิ สุทธิศิริ, วรรณีย์ จิรวงศ์กุล, ธิติยา มีชัย. ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทักษะ พฤติกรรม ในการป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 60-69 ปี เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. 2567;9(1):241-260.

Suggested citation for this article

Saritsiri S, Jiraungkoorskul W, Meechai T. Correlation between knowledge, attitude, and behavior to the prevention and control of hypertension and diabetes with health status among elderly 60-69 years old in Thawi Watthana district, Bangkok. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal. 2024;9(1):241-260.

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs [Internet]. New York City: United Nations; c2020. World Population Ageing 2020 Highlights; 2020 [cited 2024 Jan 15]; [about 2 screens]. Available from: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Sep/un_pop_2020_pf_ageing_10_key_messages.pdf
2. ปราโมทย์ ประสาทกุล, บรรณาธิการ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559. นครปฐม: พรินเตอร์ จำกัด; 2560.
3. ปราโมทย์ ประสาทกุล, บรรณาธิการ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน); 2564.
4. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 - 2583(ฉบับปรับปรุง). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน); 2562.
5. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). จัปตาทิศทางสุขภาพคนไทยปี 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.); 2544.
6. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12, กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2559.

7. Stretcher V, Rosenstock I M. The health belief model. In: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK, editors. Health behavior and health education: Theory, Research and Practice. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 1997. P. 41-59.
8. Saritsiri S. Health Status of the Elderly in primary care, Bangkok. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal. 2020;5(1):63-82.
9. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566-2580) กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2562.
10. Bandura A. Social learning theory. NJ: Prentice Hall Englewood Cliffs; 1977.
11. Pourhoseingholi MA, Vahedi M, Rahimzadeh M. Sample size calculation in medical studies. Gastroenterol Hepatol Bed Bench. 2013 Winter;6(1):14-7.
12. Wittes J. Sample size calculations for randomized controlled trials. Epidemiol Rev. 2002;24(1):39-53.
13. Samuel BB, Thomas H, George FM. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
14. อัญชลี สามงามมี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของบุคลากรสายสนับสนุนในมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง [อินเทอร์เน็ต] [ปริญญาานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2562. [เข้าถึงเมื่อ 16 ส.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:186561
15. Chumkaew K, Rungsayatorn S. Knowledge, Attitude, and Food Consumption Behavior of the Elderly in Songkhla Province. Kasetsart Journal of Social Sciences. 2014;35(1):16-29.
16. Lalun A, Vutiso P. Factors predicting stroke preventive behaviors of hypertensive patients at Na Fai Sub-district Health Promoting Hospital in Chang Wat Chaiyaphum. Thai Journal of Nursing. 2021;70(2):27-36.
17. วิรุทธิ์ วิเชยน์ต์. ความรู้และทัศนคติต่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอลี้ จังหวัดลำพูน [อินเทอร์เน็ต] [ปริญญาานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2558. [เข้าถึงเมื่อ 16 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <http://repository.cmu.ac.th/bitstream/6653943832/39436/3/FULL.pdf>

18. Verma A, Mehta S, Mehta A, Patyal A. Knowledge, attitude and practices toward health behavior and cardiovascular disease risk factors among the patients of metabolic syndrome in a teaching hospital in India. *J Family Med Prim Care*. 2019 Jan;8(1):178-83.
19. Kaewjongprasit P. A study of factors related to health behaviors of people with risk of Diabetes in Uthaithani. *Journal of MCU Nakhondhat*. 2023;10(10):327-36.
20. ชญาภา วรพิทยาภรณ์, พรทิพย์ มาลาธรรม, นพวรรณ พินิจจรเดช. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคไตเรื้อรัง. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*. 2564;27(1):81-95.
21. วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรอคเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. นนทบุรี: คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.); 2564.
22. Toyama T, Kitagawa K, Oshima M, Kitajima S, Hara A, Iwata Y, et al. Age differences in the relationships between risk factors and loss of kidney function: a general population cohort study. *BMC Nephrol*. 2020 Nov 13;21(1):1-9.
23. Ahmad S, Ahmad T. Assessment of knowledge, attitude and practice among diabetic patients attending a health care facility in North India. *Indian Journal of Basic and Applied Medical Research*. 2015;4(3):501-9.
24. Mirmiran P, Mohammadi-Nasrabadi F, Omidvar N, Hosseini-Esfahani F, Hamayeli-Mehrabani H, Mehrabi Y, et al. Nutritional knowledge, attitude and practice of Tehranian adults and their relation to serum lipid and lipoproteins: Tehran lipid and glucose study. *Ann Nutr Metab*. 2010;56(3):233-40.