

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเขวาไร่ อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

ปิติ กิ่งไพศาล*

ระดา พันธุ์เชื้อ**

อภิญา อรบุตร**

รุ่งทิวา ศรีเดช**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาโดยการสำรวจศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลเขวาไร่ อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๐. ประชากรตัวอย่างในการศึกษา ได้แก่ผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปี ขึ้นไป ทั้งชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลเขวาไร่ จำนวน ๒๔๘ คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่มจาก ๑๘ หมู่บ้าน. การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันในการแสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ.

จากการศึกษาพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในเขตตำบลเขวาไร่ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง. เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การปฏิบัติด้านโภชนาการ, การออกกำลังกาย, สุขนิสัยประจำวัน, การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น, การจัดการกับความเครียด และความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตตำบลเขวาไร่ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง. คุณภาพชีวิตด้านที่อยู่อาศัยและสังคมอยู่ในระดับน้อย. ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย, นันทนาการ และความคิดเห็นเกี่ยวกับตัวเองอยู่ในระดับสูง. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ.

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปใช้กำหนดนโยบายและกลยุทธ์ในการดำเนินงานด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชนได้ โดยการดำเนินงานควรทำในลักษณะของเครือข่ายสุขภาพ อาศัยการร่วมมือกันของเจ้าหน้าที่ทั้งจากโรงพยาบาล สถานีอนามัย และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. เพื่อเป็นการแก้ปัญหาในภาพรวมให้ครอบคลุมทุกด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นในด้านของสังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพอนามัย.

คำสำคัญ: พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ, คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ

*โรงพยาบาลนาเชือก อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม, **เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอนาเชือก

**Abstract Health-promoting Behavior and Quality of Life of the Elderly in Khowrai Primary Care Units, Na Chueak District, Maha Sarakham Province****Piti Tangpaisarn*, Rada Punchuea**, Arpinya Oraboot**, Rungtiwa Sridach**.****Na Chueak Hospital, and **Health Service Network of Na Chueak district, Maha Sarakham Province.*

The study involved descriptive research using the survey method to study the health-promoting behavior, quality of life and relationship between health-promoting behavior and quality of life of the elderly in Khowrai subdistrict. It was conducted in the period February-May 2007. Data were collected by interviewing the sample population using modified questionnaires of Kwanjai Tantiwattasatien, Pechara Intarapanich and Daowrueng Khommuang puk, which utilized alpha coefficient for accuracy. Samples included the elderly over 60 years old. Both men and women subjects lived in Khowrai subdistrict; 248 persons were selected by cluster sampling from 18 villages. Data were analyzed by descriptive statistics, mean, percentage, standard deviation and Pearson's coefficient for assessing the relationship between health-promoting behavior and quality of life.

The findings were as follows: health-promoting behavior regarding nutrition, exercise, daily hygiene, sociability, stress management, and health responsibility were medium grade; quality of life was high grade by if considered in detail the quality of life in terms of residence and social interaction were low level, but the quality of life in health, recreation and self-assessment were high. Health-promoting behavior relates significantly to quality of life. The results can be used for policy and strategic planning for health promoting innovation for the elderly by cooperating with health personnel and subdistrict organizations to solve social, economic and health problem in the elderly.

Key words: health-promoting behavior, quality of life, elderly

ภูมิหลังและเหตุผล

ในปัจจุบันโครงสร้างประชากรของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม. อายุขัยโดยเฉลี่ยมีแนวโน้มยืนยาวขึ้น โดยพบว่าใน พ.ศ. ๒๕๒๓ - ๒๕๒๘ เพศชายมีอายุขัยโดยเฉลี่ยอยู่ที่ ๖๐.๒๕ ปี และเพศหญิงอยู่ที่ ๖๖.๒๕ ปี; ในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๓-๒๕๔๘ เพศชายมีอายุขัยเฉลี่ยที่ ๖๖.๗๕ ปี ส่วนเพศหญิงอยู่ที่ ๗๐.๒๕ปี^(๑). สำนักงานสถิติแห่งชาติสำนักนายกรัฐมนตรีได้รายงานเมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๐ ว่าอัตราส่วนของผู้สูงอายุต่อประชากรทุกกลุ่มอายุมีแนวโน้มสูงขึ้น คือใน พ.ศ. ๒๕๓๘ มีจำนวน ๔ ล้านคน (ร้อยละ ๖.๗) เพิ่มขึ้นเป็น ๕.๒๓ ล้านคน (ร้อยละ ๘.๖) ใน พ.ศ. ๒๕๔๐ และได้มีการประมาณการว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น ๑๐.๗๘ ล้านคนใน พ.ศ. ๒๕๖๓ (ร้อยละ ๑๕.๒๘)^(๑) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทั้งหมดล้วนมีผลทำให้โครงสร้างประชากรของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงไป. ผล

ที่เกิดจากการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุทำให้อัตราส่วนพึ่งพาของผู้สูงอายุ (aged dependency ratio) สูงขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และเป็นสาเหตุหนึ่งที่มีผลกระทบต่อสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับสูง โดยการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุดังกล่าวมีผลกระทบต่อตรงต่อนโยบาย และงานด้านสาธารณสุขของประเทศ. ผู้สูงอายุกลายเป็นกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญต่อการเป็นโรคต่าง ๆ ได้ง่าย^(๒) ซึ่งปัญหาด้านสุขภาพในผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดจากการมีพฤติกรรมที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพหรือมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำ^(๓) และพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพไม่แข็งแรงสมบูรณ์นั้นมักมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพ ส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวและแข็งแรง จะมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพมากกว่า^(๔). ดังนั้นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

และเป็นกลยุทธ์ที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเองโดยไม่เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม.

สำหรับจำนวนประชากรผู้สูงอายุในตำบลเขวาไร่ อำเภอ นาเชือก จังหวัดมหาสารคาม มีแนวโน้มอัตราส่วนของผู้สูงอายุต่อประชากรทุกกลุ่มอายุเพิ่มขึ้นจากในอดีตเช่นกัน โดยใน พ.ศ. ๒๕๔๖ จากประชากรทั้งหมด ๖,๙๘๙ คน เป็นกลุ่มผู้สูงอายุถึง ๕๕๘ คน (ร้อยละ ๗.๙๘) และใน พ.ศ. ๒๕๕๐ จากประชากรทั้งหมด ๗,๘๔๓ คน มีผู้สูงอายุถึง ๖๕๐ คน (ร้อยละ ๘.๒๙) ซึ่งจะเห็นได้ว่าแนวโน้มของประชากรกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นจากเดิม อีกทั้งแนวโน้มการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังยังมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ โรคเรื้อรังที่พบเป็นอันดับต้น ๆ ในชุมชน ได้แก่ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งในปัจจุบันมีผู้สูงอายุในเขตตำบลเขวาไร่ที่เป็นโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ ๓๖.๘๐ ของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมดในเขตตำบลเขวาไร่ และเป็นโรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ ๖๓.๘๙ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมดในเขตตำบลเขวาไร่. โรคที่พบบ่อยเหล่านี้ล้วนมีปัจจัยการเกิดโรคที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองทั้งสิ้น อีกทั้งยังเป็นโรคที่พบในผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่. ดังนั้นผู้สูงอายุจึงควรได้รับการควบคุมดูแลในเรื่องของพฤติกรรมสุขภาพอย่างถูกต้อง.

องค์การบริหารส่วนตำบลเขวาไร่ เป็นหนึ่งในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนเพิ่มเติมจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อนำงบประมาณมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนางานด้านสาธารณสุขในชุมชน ซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุถือเป็นประชากรอีกกลุ่มที่ควรได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น. ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเขวาไร่ อำเภอ นาเชือก จังหวัดมหาสารคาม เพื่อให้ทราบสถานการณ์ปัญหาในปัจจุบัน และสามารถนำข้อมูลที่ได้มาใช้ประโยชน์ในการวางแผนงานในการดูแล และส่งเสริมสุขภาพ

ของผู้สูงอายุในพื้นที่ต่อไป.

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยใช้กระบวนการเชิงสำรวจ เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างดำเนินการศึกษาในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๐. เครื่องมือการศึกษาดัดแปลงจากเครื่องมือของขวัญใจ ตันตวิวัฒน์เสถียร, เพชรา อินทรพานิช และดาวเรือง ชมเมืองปักษ์ โดยหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช ซึ่งหลังการทดสอบพบว่าแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ ๐.๗๗ และแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้ค่าความเที่ยง ๐.๗๖. ประชากรตัวอย่างในการศึกษา คือผู้สูงอายุ ๒๔๘ คนที่มีอายุ ๖๐ ปี ขึ้นไป ทั้งชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเขวาไร่ อำเภอ นาเชือก จังหวัดมหาสารคาม. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้แบบแบ่งกลุ่มจาก ๑๘ หมู่บ้าน, คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างกรณีทราบขนาดประชากร^(๕). การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการอธิบายลักษณะของข้อมูลทั่วไป และใช้สถิติเชิงอนุมานค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ.

การแปลผลด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การสรุปพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลด้านต่าง ๆ โดยใช้เกณฑ์ของ Bess อ้างถึงในผาสุข อยู่ละ แล้วนำมาจัดแบ่งกลุ่มตามคะแนนเฉลี่ยได้เป็น ๓ กลุ่ม ดังนี้

-ผู้ที่มีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับต่ำ มีค่าคะแนนเฉลี่ย ๑-๒.

-ผู้ที่มีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย ๒.๐๑-๓.

-ผู้ที่มีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับสูง มีค่าคะแนนเฉลี่ย ๓.๐๑-๔.

ส่วนด้านคุณภาพชีวิตอาศัยเกณฑ์การเลือกตอบและให้



คะแนนเป็นแบบวัดประมาณค่า ๓ ระดับ และกำหนดน้ำหนัก การให้คะแนนดังนี้. ถ้าเลือกตอบข้อที่ ๑ ให้คะแนน ๓ คะแนน. เลือกตอบข้อที่ ๒ ให้คะแนน ๒ คะแนน. ถ้าเลือกตอบข้อที่ ๓ ให้ ๑ คะแนน โดยแปลความหมายดังนี้

คุณภาพชีวิตระดับต่ำ ช่วงคะแนน ๑-๑.๖๖.

คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ช่วงคะแนน ๑.๖๗- ๒.๓๓.

คุณภาพชีวิตระดับสูง ช่วงคะแนน ๒.๓๔-๓.

การหาค่าความสัมพันธ์สหสัมพันธ์ระหว่างความ สัมพันธ์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กำหนดให้

ไม่มีความสัมพันธ์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ ๐.

ความสัมพันธ์ระดับต่ำ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ ๐.๑-๐.๓๐.

ความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ ๐.๓๑-๐.๗๐.

ความสัมพันธ์ระดับสูง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ ๐.๗๑-๐.๙๐

ความสัมพันธ์ระดับสูงมาก ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ ๐.๙๑-๑.

คำจำกัดความ

ผู้สูงอายุ หมายถึงผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป นับถึงวัน ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๐ และอาศัยอยู่ในเขตตำบลเขาไร่ อำเภอ นาเชือก จังหวัดมหาสารคาม.

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึงกิจกรรมต่าง ๆ ที่ บุคคลกระทำด้วยตนเองจนเป็นกิจวัตรประจำวัน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ และสามารถดำรงชีวิตใน สังคมได้อย่างปกติสุข ซึ่งประกอบด้วยการปฏิบัติ ๑. ด้าน โภชนาการ, ๒. ด้านการออกกำลังกาย, ๓. ด้านสุขนิสัยประจำวัน, ๔. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ, ๕. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น, ๖. ด้านการจัดการกับความเครียด.

คุณภาพชีวิต หมายถึงสภาพการดำรงชีวิตที่มีความสุขทั้ง

ทางร่างกายและจิตใจ อันเนื่องมาจากการได้รับการตอบสนอง ความต้องการด้านต่าง ๆ อย่างเพียงพอและเหมาะสม. ความ สุขทางกายได้แก่ การมีอาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย เครื่องอำนวยความสะดวกต่าง ๆ เหมาะกับอัตภาพและฐานะของตน. ความ สุขทางใจ ได้แก่ การได้รับความรัก ความอบอุ่น การยอมรับ และความมั่นคงทางจิตใจ.

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๕๖.๘๕ เป็นหญิงร้อยละ ๓๓.๐๖ อายุ ๖๐-๖๔ ปี, มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ ๕๑.๒๑, และมีระดับ การศึกษาจบระดับประถมศึกษาร้อยละ ๘๗.๙๐. ผู้สูงอายุ ร้อยละ ๕๙.๖๘ ไม่มีอาชีพ, ร้อยละ ๕๐.๘๑ มีรายได้ > ๑,๐๐๐ บาทต่อเดือน; ร้อยละ ๕๙.๒๗ รายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัว; ร้อยละ ๕๒.๔๒ ไม่มีโรคประจำ ตัว. ผู้สูงอายุร้อยละ ๗๔.๒๐ เป็นสมาชิกชมรม/กลุ่ม, และ ร้อยละ ๕๐.๘๑ เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ (ตารางที่ ๑).

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ใน ระดับปานกลาง (2.5 ± 0.28) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย สุขนิสัยประจำวัน ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และการ จัดการกับความเครียด ทั้งหมดล้วนอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ ๒).

คุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปาน กลาง. คุณภาพชีวิตด้านที่อยู่อาศัย และด้านสังคมอยู่ในระดับ ต่ำ ร้อยละ ๑๐๐ ทั้งสองด้าน. ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ อนามัย ด้านนันทนาการ และด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเอง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ ๗๓.๘๐, ๖๕.๗๐ และ ๙๖.๐ ตามลำดับ (ตารางที่ ๓).

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับ คุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $p < 0.01$) โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r = 0.25$) (ตารางที่ ๔).

ตารางที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ๒๔๘ คน

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	๑๐๓	๔๓.๑๕
หญิง	๑๔๕	๕๖.๘๕
อายุ (ปี) เฉลี่ย 65.20 ± 6.50		
๖๐ - ๖๔	๘๒	๓๓.๐๖
๖๕ - ๖๙	๖๔	๒๕.๘๑
๗๐ - ๗๔	๔๐	๑๖.๑๓
๗๕ - ๗๙	๒๓	๑๐.๘๙
๘๐ ขึ้นไป	๓๕	๑๔.๑๓
สถานภาพสมรส		
โสด	๑๙	๗.๖๖
คู่	๑๒๓	๕๐.๒๑
ม่าย/หย่า/แยก	๑๐๖	๔๒.๑๓
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	๒๐	๘.๐๖
ประถมศึกษา	๒๑๘	๘๗.๙๐
มัธยมศึกษา	๖	๒.๔๒
ปริญญาตรี	๔	๑.๖๒
อาชีพ		
ไม่มี	๑๔๘	๕๙.๖๘
มี	๑๐๐	๔๐.๓๒
รายได้ส่วนตัว		
$\leq ๑,๐๐๐$ บาท/เดือน	๑๒๒	๔๙.๑๙
$> ๑,๐๐๐$ บาท/เดือน	๑๒๖	๕๐.๘๑
รายได้ครอบครัว		
ไม่เพียงพอ	๑๔๓	๕๗.๒๖
เพียงพอ	๑๐๕	๔๒.๗๓
โรคประจำตัว		
ไม่มี	๑๓๐	๕๒.๔๒
มี	๑๑๘	๔๗.๕๘
การเป็นสมาชิกชมรม/กลุ่ม		
เป็น	๑๘๔	๗๔.๒๐
ไม่เป็น	๖๔	๒๕.๘๐
สมาชิกชมรม/กลุ่ม		
สมาคมข้าราชการบำนาญ	๑	๐.๔๐
ชมรมผู้สูงอายุ	๑๒๖	๕๐.๘๑
ชมรมออกกำลังกาย	๑๓	๕.๒๔
ชมรมอื่น ๆ	๔๔	๑๗.๖๔



ตารางที่ ๒ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรม	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนฯ	ระดับ
ด้านโภชนาการ	๐.๘	๕๕.๒๐	๐.๐	ปานกลาง
ด้านการออกกำลังกาย	๓๗.๕	๕๕.๒	๖.๕	ปานกลาง
ด้านสุขนิสัยประจำวัน	๔.๐	๕๖.๐	๐.๐	ปานกลาง
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	๓๓.๕	๖๒.๕	๓.๒	ปานกลาง
ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น	๕.๓	๕๐.๗	๐.๐	ปานกลาง
ด้านการจัดการกับความเครียด	๕.๒	๕๔.๘	๐.๐	ปานกลาง
โดยรวม	๓๘.๔๖	๕๗.๖๕	๓.๘๕	ปานกลาง

ตารางที่ ๓ คุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน	ระดับ
ด้านที่อยู่อาศัย	๐	๐	๑๐๐	น้อย
ด้านสังคม	๐	๐	๑๐๐	น้อย
ด้านสุขภาพอนามัย	๗๓.๘	๒๖.๒	๐	สูง
ด้านนันทนาการ	๖๕.๗	๓๔.๓	๐	สูง
ด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเอง	๕๖.๐	๔.๐	๐	สูง
โดยรวม	๔๗.๑๐	๑๒.๕	๔๐	ปานกลาง

ตารางที่ ๔ ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามตัวแปร

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ค่าพี
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	๐.๒๕	๐.๐๑*
คุณภาพชีวิต	๐.๒๕	๐.๐๑*

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑

วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สามารถอภิปรายเป็นรายด้านได้ดังนี้

ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับโภชนาการ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่กินอาหารครบ ๓ มื้อต่อวัน กินผักและผลไม้บ่อยครั้ง. อาหารที่ผู้สูงอายุไม่นิยมบริโภค คืออาหารที่มีไขมันสูง เช่น เนื้อป่นมัน แกงกะทิ ของทอดต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพชรา อินทรพานิช^(๖) ที่พบว่าอาหารที่ผู้สูงอายุไม่บริโภคเป็นอาหารรสจัด และอาหารมัน.

ด้านการออกกำลังกาย พบว่าผู้สูงอายุอาศัยการออกกำลังกาย โดยการช่วยทำงานบ้าน เช่น การกวาดบ้าน การจัดข้าวของเครื่องใช้ภายในบ้าน รวมถึงมีการสอดแทรกในระหว่างปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น ลูกเดินหลังกินอาหารแทนการนั่งรถในระยะใกล้ ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อ่ำไพ ชนะกอก ที่พบว่าผู้สูงอายุนิยมออกกำลังกาย โดยทำกิจกรรมยืดเส้นสาย เดินเล่น หรือการรำมวยจีน.

ด้านการปฏิบัติสันทัดประจำวัน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ นอนหลับในเวลากลางคืน วันละ ๕-๖ ชั่วโมง เป็นประจำ และชอบนอนพักผ่อนในเวลากลางวัน ซึ่งสอดคล้องกับหลักการสำคัญสำหรับการรักษาสุขภาพผู้สูงอายุ ของเกษม ต้นตอผลาชีวะ (อ้างถึงในรายงานของ สดใส ศรีสะอาด^(๗)) โดยได้ชี้แนะว่าการนอนมีความสำคัญต่อสุขภาพ จะทำให้ตื่นขึ้นมาทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ กระปรี้กระเปร่า และร่างกายมีความพร้อมมากขึ้น.

ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เมื่อไม่สบาย หรือรู้สึกว่าร่างกายผิดปกติ จะนิยมไปตรวจหรือปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์, มีการอ่านวารสาร หรือหนังสือ การฟังวิทยุ การดูโทรทัศน์ในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ และไปตรวจสุขภาพประจำปีเป็นบางครั้ง.

ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา งานบุญ และเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนเป็นประจำ, ร่วมพูดคุยปรึกษาหารือและร่วมรับผิดชอบต่อความเป็นอยู่ของครอบครัว, ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพชรา อินทรพานิช^(๖) ที่พบว่ากิจกรรมที่ผู้สูงอายุจะมีส่วนร่วมร่วมกับชุมชนส่วนใหญ่จะเป็นกิจกรรมทางศาสนา เช่น การไปวัด การทำบุญ.

ด้านการจัดการกับความเครียด พบว่าผู้สูงอายุจะปรึกษาหรือระบายความทุกข์ความคับข้องใจกับบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลที่ไว้ใจได้, จะผ่อนคลายความเครียดโดยการทำงานอดิเรก ทำสมาธิหรือสวดมนต์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพชรา อินทรพานิช^(๖) ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการกับความเครียดโดยการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ด้วยการสวดมนต์ การไหว้พระก่อนนอนทุกคืน การไปวัดทุกวันพระ และการตักบาตร.

ส่วนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง ซึ่งประเด็นที่ศึกษาประกอบด้วยคุณภาพชีวิต ในด้านที่อยู่อาศัย ด้านสังคม ด้านสุขภาพอนามัย ด้านนันทนาการ และด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเอง.

-ด้านที่อยู่อาศัย ส่วนใหญ่ใช้วัสดุเสื่อมสภาพทำฝาบ้าน ไม่มีการแบ่งพื้นที่ใช้สอยภายในบ้าน ซึ่งเนื่องจากครอบครัว

ส่วนใหญ่ที่ทำการศึกษาคั้งนี้มีฐานะค่อนข้างยากจนดังนั้นจึงไม่สามารถก่อสร้างบ้านที่มั่นคง แข็งแรงได้ และไม่สามารถแบ่งพื้นที่ใช้งานออกเป็นสัดส่วน หรือเป็นห้องต่าง ๆ ได้. ดังนั้นทีมสุขภาพควรจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับหลักสุขภาพโภชนาการและอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนในระหว่างการเยี่ยมบ้าน.

-ด้านสังคม ผู้สูงอายุไม่ค่อยมีเวลาอยู่กับครอบครัว, ไม่มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นภายในบ้าน แต่ยังมีกรเข้าร่วมงานประเพณีประจำหมู่บ้าน หรือการช่วยงานพัฒนาหมู่บ้านในบางครั้ง ซึ่งอาจเนื่องมาจากครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขนาดใหญ่อยู่ร่วมกันหลายครอบครัว จึงอาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเสมือนเป็นส่วนเกินภายในบ้าน. แต่หากเป็นกิจกรรมในระดับหมู่บ้านแล้ว ผู้สูงอายุจะรู้สึกว่ามันเองมีความสำคัญต่อกิจกรรมเหล่านั้น. ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมเชิงรุกเข้าไปในชุมชน ส่งเสริมให้เกิดครอบครัวอบอุ่น การกระจายศูนย์สุขภาพชุมชนให้ดูแลครอบคลุมประชากร การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในระดับตำบล หรือส่งเสริมการจัดตั้งชมรมออกกำลังกายในหมู่บ้าน เป็นต้น.

-ด้านสุขภาพอนามัย ผู้สูงอายุบริโภคอาหารครบทั้ง ๕ หมู่ แต่สุขภาพร่างกายไม่ค่อยแข็งแรง เจ็บป่วยเรื้อรัง ส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา. เมื่อเจ็บป่วยจะนึกถึงสถานีอนามัยใกล้บ้านก่อน ซึ่งอาจเป็นเพราะบุคคลที่อยู่อาศัยในครอบครัวเดียวกันกับผู้สูงอายุมีความรู้มากขึ้นทั้งจากการศึกษาที่ดีขึ้นในปัจจุบัน หรือจากสื่อต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้บริโภคที่มีคุณภาพครบทั้ง ๕ หมู่. แต่การที่มีอายุมากแล้ว จึงทำให้สุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง และมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง.

-ด้านนันทนาการ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโอกาสทำงานรื่นเริงในหมู่บ้าน รวมถึงมีโอกาสดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ อ่านหนังสือพิมพ์ และการออกกำลังกายเป็นบางครั้ง ซึ่งอาจเนื่องจากผู้สูงอายุคิดว่าตัวเองมีอายุมากแล้ว จึงไม่ชอบทำงานอะไร หรือกิจกรรมอย่างหนึ่งอย่างใดติดต่อกันนาน ๆ ซึ่งจะทำให้มีอาการเหนื่อยง่าย ดังนั้นจึงชอบนอนพักผ่อนอยู่กับบ้านเฉย ๆ.

-ด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเอง พบว่าผู้สูงอายุรู้สึกว่าบุตรหลานให้ความเคารพนับถือตนเองน้อยลง ไม่ค่อย



เอาใจใส่ และไม่อยู่ในโอวาท. ประเด็นนี้เป็นเรื่องที่มีความสำคัญมากโดยบุคคลในครอบครัวที่อยู่ร่วมกับผู้สูงอายุต้องมีความตระหนักถึงความรู้สึกของผู้สูงอายุเสมอ.

การศึกษาครั้งนี้พบว่าได้ผลไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ รณรุทธ์ บุตรแสนคม^(๘) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี คุณภาพชีวิตในด้านต่าง ๆ ค่อนข้างแตกต่างกัน, มีบางประเด็นที่สอดคล้องกัน เช่นในเรื่องของการมีห้องน้ำ ห้องส้วมภายในบริเวณบ้าน, การไม่ดื่มสุราเลย, การที่ย่างงาน รื่นเริงภายในหมู่บ้านนาน ๆ ครั้ง หรือการไม่ออกกำลังกายเลย.

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทุกด้านมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ฉะนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือบุคลากรที่มสุขภาพ ควรให้ความสำคัญในการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน โดยการให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ. ทีมสุขภาพควรดำเนินงานในเชิงรุกเข้าไปในชุมชนมากกว่าการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุข เช่น การเยี่ยมบ้าน (การเยี่ยมผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการ กลุ่มผู้สูงอายุ), การตรวจสุขภาพประจำปีผู้สูงอายุ, การอบรมให้ความรู้ในเรื่องสุขภาพ หรือจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสอดแทรกไปในกิจกรรมในชุมชน เช่น งานบุญ หรือกิจกรรมทางศาสนา ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุชอบ และมีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้น ๆ.

ดังนั้นจึงควรนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปใช้ในการกำหนดนโยบาย และกลยุทธ์ในการดำเนินงานด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชนได้ โดยการดำเนินงานควรทำในลักษณะของเครือข่ายสุขภาพ โดยการร่วมมือกันของเจ้าหน้าที่ทั้งจากโรงพยาบาล สถานีอนามัย และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเป็นการแก้ปัญหาในภาพรวมให้ครอบคลุมทุกด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นในด้านของสังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพอนามัย. ทีมสุขภาพควรจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับหลักสุขาภิบาลอาหาร และอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชน เยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำ,

ควรจัดกิจกรรมเชิงรุกเข้าไปในชุมชนส่งเสริมให้เกิดครอบครัวอบอุ่น, การกระจายศูนย์สุขภาพชุมชนให้ดูแลครอบคลุมประชากร, การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในระดับตำบล หรือส่งเสริมการจัดตั้งชมรมออกกำลังกายในหมู่บ้าน เป็นต้น.

เอกสารอ้างอิง

๑. กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย ปี ๒๕๓๑-๒๕๖๓. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.; ๒๕๓๘.
๒. WHO. Aging and working capacity. Report of a WHO Study Group, World Health Organization: Geneva, 1998.
๓. วรณิ ชัชวาลทิพากร, มาลินี ชลนันทน์, อรพิน ฐานกุลศักดิ์, คารณิ ภูษณสุวรรณศรี, และคณะ. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครและจังหวัดชัยนาท. วารสารพยาบาลสาธารณสุข ๒๕๔๓; ๑:๔-๑๓.
๔. บรรลุ ศิริพานิช. พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนยาวและแข็งแรง. กรุงเทพฯ: สามดึกการพิมพ์; ๒๕๓๑.
๕. พงษ์รัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ ๘. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เจริญผล; ๒๕๔๓.
๖. เพชรา อินทรพานิช. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนแออัดเทศบาลเมืองอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ๒๕๓๖.
๗. สดใส ศรีสะอาด. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, ๒๕๔๐.
๘. รณรุทธ์ บุตรแสนคม. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทจังหวัดมหาสารคาม ร้อยเอ็ดและกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษา สาขาวิชาประถมศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, ๒๕๔๒.

เอกสารอ่านเพิ่มเติม

๑. สมชัย บรรกิตติ. ทำอย่างไรจึงจะแก่อย่างมีคุณภาพ. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา ๒๕๔๕; ๑:๓๒-๖.