

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน

Factor influencing health behavior among elderly living in the community

นิทรา กิจธีระวุฒินงษ์*, ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์**

*ผู้รับผิดชอบบทความ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

**คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

Nithra Kitreerawutiwong* , Sunsanee Mekrungrongwong**

*Corresponding author, Faculty of Public Health, Naresuan Univeristy

**Faculty of Public Health, Naresuan Univeristy

บทคัดย่อ

การออกแบบกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพในผู้สูงอายุ จำเป็นต้องมีหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน

การศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ จำนวน 360 คน สุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วยประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลโครงสร้างประชากร 2) แรงสนับสนุนทางสังคม และ 3) พฤติกรรมสุขภาพ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าเฉลี่ยความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ เท่ากับ 1 และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ คำนวนค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความเชื่อมั่น อยู่ระหว่าง 0.78 – 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปนำเสนอด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ร้อยละ 68.5 มีแรงสนับสนุนทางสังคม ในระดับปานกลาง พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ร้อยละ 63.3 มีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง โดยพฤติกรรมการบริโภค มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 17.94, SD = 3.12) ในขณะที่ พฤติกรรมการพักผ่อน มีคะแนนต่ำสุด (Mean = 10.31, SD = 1.90) ทั้งนี้ในส่วนของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (Y) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ตามลำดับ ดังนี้ คือ ระดับการศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม การเป็นสมาชิกชมรม และการมีโรคประจำตัว ซึ่งสามารถทำนาย ได้ร้อยละ 31.2 ($R^2 = 0.312$) และมีสมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน ดังนี้ พฤติกรรมสุขภาพ = $31.075 + 7.052$ (ระดับการศึกษา) + 0.920 (การเป็นสมาชิกชมรม) + 0.879 (การมีโรคประจำตัว) + 1.103 (แรงสนับสนุนทางสังคม)

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรมีการออกแบบกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ โดยให้ความสำคัญกับพฤติกรรมการพักผ่อน โดยคำนึงถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยการใช้แรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมทางสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

คำสำคัญ : พฤติกรรมสุขภาพ ผู้สูงอายุ

Abstract

Any design for an effective strategy for promoting health among elderly people needs to be supported with the evidence of factors influencing their health behaviors. This research aimed at studying health behaviors of the elderly and determining the factors influencing health behaviors of elderly people living in community.

A cross-sectional survey was conducted with a sample of 360 elderly who were selected by simple random sampling. The questionnaire including 3 parts as follows: 1) Demographic data, 2) Social support, and 3) Health behavior. Content validity was performed by 3 experts. The average item-content validity index (I-CVI) was 1.00 and the range of Cronbach's alpha coefficient was 0.78-0.84. Data were analyzed using the SPSS program and presented in number, percentage, mean, standard deviation (S.D.), median, maximum, minimum, and multiple regression analysis.

The results showed that most of the elderly in the sample (68.5%) had social support at moderate level. Most of the elderly (63.3%) practiced health behavior at moderate level. Also, the results showed that the average score of eating behavior had the highest average (Mean 17.94, SD. 3.12) whereas rest behavior had the lowest average score (Mean 10.31, SD. 1.90). The factors affecting health behavior (Y) at 0.05 ($p < 0.05$) significance level were education level, social support, being a member of a community, and co-morbidity, which could be predicted at 31.2% ($R^2 = 0.312$). The predictive standard equation was $Y = 31.075 + 7.052$ (Education level) + 0.920 (Being a member of a community) + 0.879 (Co-morbidity) + 1.103 (Social support).

Public health personnel should design programs for the elderly which put emphasis on rest behavior based on effecting factors on health behavior. Social support should be applied in order to enhance participation in health activities/promotion among elderly people in practicing appropriate health behavior.

Keywords: Health behavior, Elderly

บทนำ

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ระบุว่าในปี พ.ศ. 2557 ประเทศไทยมีจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ประมาณ 10 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 15.3 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าปี พ.ศ. 2577 จะมีจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ประมาณ 19 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 29 ของประชากรไทย¹ แสดงให้เห็นว่า ประเทศไทย ได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) ทั้งนี้ ผู้สูงอายุ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางเสื่อม โดยมีโอกาสเสี่ยงในการป่วยเป็นโรคเรื้อรัง และการได้รับการบาดเจ็บจากการหกล้ม² ทั้งนี้หากผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่มีรสหวาน เค็ม การเคลื่อนไหวออกแรงที่น้อย ความเครียด ประกอบกับความเสื่อมของร่างกายเกี่ยวกับการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ความบกพร่องของการมองเห็น ภาวะซึมเศร้า และการรับประทานยามากกว่า 4 ชนิดขึ้นไป ซึ่งอาจจะส่งผลข้างเคียงจากยา เช่น คลื่นไส้ เวียนศีรษะ กัดประสาท เป็นต้น จะส่งผลกระทบต่อทรงตัวของผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยนำไปสู่ภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ เห็นได้ว่าพฤติกรรมเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพสำคัญ สอดคล้องกับงานวิจัยแสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นตัวกำหนดสำคัญของการป่วยเป็นโรค ร้อยละ 45 และ ร้อยละ 60 ของการเสียชีวิตมาจากพฤติกรรมส่วนบุคคล³

ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และหัวใจ ซึ่งล้วนเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้หากมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จากการวิจัยที่ผ่านมา พบว่าอายุ เพศ ระดับการศึกษา การมีงานทำในอดีต ประวัติการเจ็บป่วย ความรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ของผู้สูงอายุ⁴⁻⁷ นอกจากนี้พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่เป็นพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานที่อยู่แลคนชรา⁸ เห็นได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพมีความสำคัญในการกำหนดปัญหาสุขภาพ

ในปี พ.ศ. 2556 ตำบลท่าทองมีจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 1,693 คน คิดเป็นร้อยละ 13.5⁹ ซึ่งถือว่าการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) โดยตำบลท่าทองซึ่งเป็นพื้นที่ที่ศึกษา ยังไม่มีการสำรวจข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวมีความสำคัญและจำเป็นต่อการนำไปนำไปออกแบบกลยุทธ์หรือการจัดบริการในการป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน

วิธีการศึกษา

ประชากร กลุ่มตัวอย่าง รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง ประชากรคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน และอาศัยในตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 1,693 คน คำนวนขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรในการคำนวณขนาดตัวอย่าง $n_0 = t^2(p)(q)/d^2$ โดยใช้ กำหนดค่า t คือ ระดับของค่าแอลฟา เป็น 1.96 ค่า p และ q คือ ค่าประมาณการณความแปรปรวน ค่าสูงสุดของสัดส่วน (maximum possible proportion) เป็น 0.5 ค่ายอมรับขอบเขตของความผิดพลาด (margin of error) เท่ากับ 5% ได้ขนาดตัวอย่าง 384 คน หลังจากนั้น นำมาคำนวณจากประชากรทั้งหมด โดยใช้สูตร $n_1 = n_0 / (1 + (n_0 /$

population) ได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 313 คน ทำการคำนวณป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 15 ได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 360 คน เนื่องจากประชากรที่ศึกษาอยู่ในเขตรับผิดชอบ 11 หมู่บ้าน จึงพิจารณาหลักการสุ่มตามสัดส่วน (Proportional sampling) ในแต่ละหมู่บ้าน หลังจากนั้น ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) จากรายชื่อของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายตำบลมาทำการสุ่มแบบจับฉลากโดยไม่มีการแทนที่ โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง มีสติสัมปชัญญะดี การรับรู้ปกติจากแบบตรวจสอบสติปัญญา (Mental status questionnaire) ของ Kahn, Goldfab, Pollack & Peck¹⁰ ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ และได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 8 คะแนน 2) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ และ 3) ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม สำหรับผู้สูงอายุที่อ่านออกเขียนได้แจกแบบสอบถามให้ตอบและตอบข้อซักถามหากมีข้อสงสัยและรอรับคืน ในกรณีที่ผู้สูงอายุ ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ ให้ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้อ่านข้อคำถามให้ฟังและให้ผู้สูงอายุตอบคำถามแต่ละข้อ และบันทึกข้อมูลลงในแบบสอบถาม โดยแบบสอบถามการสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ ส่วนที่ 2 แรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 14 ข้อ การวัดเป็นแบบประมาณค่าโดยมีมาตรวัด 4 ระดับ (คะแนน 1 ได้รับแรงสนับสนุนน้อยที่สุด จนถึง 4 ได้รับแรงสนับสนุนมากที่สุด) และส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 34 ข้อ การวัดเป็นแบบประมาณค่าโดยมีมาตรวัด 5 ระดับ (คะแนน 0 คือไม่ปฏิบัติเลย 1 ปฏิบัตินานๆ ครั้ง จนถึง 4 ปฏิบัติทุกวัน) เครื่องมือดังกล่าวผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน

ได้ค่าเฉลี่ยความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ เท่ากับ 1 และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความเชื่อมั่น อยู่ระหว่าง 0.78 - 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร โดยการเข้าร่วมการวิจัยนี้ได้รับความยินยอมจากผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลโดยผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการฝึกอบรม **การวิเคราะห์ข้อมูล** วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ในการอธิบายข้อมูลโครงสร้างประชากร นำเสนอจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ

ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามทั้งสิ้น 360 ชุด ได้รับแบบสอบถามกลับคืน จำนวน 335 ชุด และมีแบบสอบถามไม่สมบูรณ์จำนวน 5 ชุด จึงเหลือแบบสอบถามที่วิเคราะห์ 330 ชุด (ร้อยละ 91.67) โดยนำเสนอผลการศึกษาดังนี้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 63 เป็นเพศหญิง อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ถึงอายุ 95 ปี โดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 53 อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 57.6) มีสถานภาพสมรสคู่ โดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.1 เรียนในระดับประถมศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 67 เคยประกอบอาชีพเกษตรกร มีรายได้ตั้งแต่ 600 บาท ถึง 40,000 บาท (มัธยฐาน = 5,000 บาท) ซึ่งส่วนใหญ่ ร้อยละ 83.9 รายได้มีความเพียงพอกับค่าใช้จ่าย ในส่วนของแหล่งที่มาของรายได้

ส่วนใหญ่ 2 ลำดับแรก มาจากตัวเองและบุคคล ครั้ง ร้อยละ 53.5 มีโรคประจำตัว และโรคประจำตัวที่พบ สามลำดับแรก คือ ความดันโลหิตสูง ไชมัน ในเลือดสูง และเบาหวาน ดังแสดงในตารางที่ 1

ในครอบครัว นอกจากนี้ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 97 อาศัยอยู่กับผู้อื่น มากกว่า 2 ใน 3 ร้อยละ 65.8 ไม่ได้เป็นสมาชิกของชมรม มากกว่า

ตารางที่ 1 โครงสร้างประชากรของผู้สูงอายุ (n = 330)

โครงสร้างประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	122 (37.0)
หญิง	208 (63.0)
อายุ	
60 ถึง 69 ปี	175 (53.0)
70 ถึง 79 ปี	127 (38.5)
≥ 80 ปี	28 (8.5)
Mean (SD.) = 69.52 (6.95)	
Minimum = 60 ปี Maximum = 95 ปี	
สถานภาพสมรส	
โสด	11 (3.3)
คู่	190 (57.6)
หม้าย/หย่า/แยก	129 (39.1)
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้เรียน	20 (6.1)
ประถมศึกษา	284 (86.1)
มัธยมศึกษาและสูงกว่า	26 (7.9)
เคยประกอบอาชีพ	
เกษตรกรกรรม (ทำนา ทำไร่ ทำสวน)	221 (67.0)
ค้าขาย	56 (17.0)
รับจ้าง	50 (15.2)
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3 (0.9)
รายได้	
≤ 3,000 บาท	91 (27.6)
3,001 – 5,000 บาท	113 (34.2)
5,001 – 10,000 บาท	73 (22.1)
≥ 10,001 บาทขึ้นไป	53 (16.1)
Median = 5,000 บาท Minimum = 600 บาท Maximum = 40,000 บาท	

ตารางที่ 1 โครงสร้างประชากรของผู้สูงอายุ (n = 330) (ต่อ)

โครงสร้างประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
ความเพียงพอของรายได้	
เพียงพอ	277 (83.9)
ไม่เพียงพอ	53 (16.1)
ที่มาของรายได้*	
ตัวเอง	285 (86.4)
บุคคลในครอบครัว	214 (64.8)
อื่น ๆ	16 (4.8)
แหล่งที่พักอาศัย	
ลำพัง	10 (3.0)
อยู่ร่วมกับผู้อื่น	320 (97.0)
การเป็นสมาชิกชมรม	
ไม่เป็น	217 (65.8)
เป็น	113 (34.2)
โรคประจำตัว	
ไม่มี	154 (46.7)
มี	176 (53.3)
โรคประจำตัวที่พบ*	
ความดันโลหิตสูง	154 (46.7)
ไขมันในเลือดสูง	55 (16.7)
เบาหวาน	48 (14.5)
โรคเกี่ยวกับกระดูกและข้อ	6 (1.8)
โรคหัวใจ	5 (1.5)
อัมพฤกษ์	4 (1.2)
มะเร็ง	2 (0.6)
ไตวาย	1 (0.3)

* หมายถึง ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ในส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ร้อยละ 68.5 มีแรงสนับสนุนทางสังคม ในระดับปานกลาง รองลงมา มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงคิดเป็น

ร้อยละ 18.8 โดยมีคะแนนสูงสุด 56 คะแนนต่ำสุด 24 และคะแนนเฉลี่ย 44.21 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.34) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ภาพรวม (n = 330)

แรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (24.00-37.86 คะแนน)	42	12.70
ระดับปานกลาง (37.87-50.55 คะแนน)	226	68.50
ระดับสูง (50.56-56.00 คะแนน)	62	18.80
Minimum = 24 Maximum = 56		
Mean (SD.) = 44.21(6.34)		

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่ม ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 20 โดยมีคะแนนสูงสุด ตัวอย่าง ส่วนใหญ่ร้อยละ 63.3 มีพฤติกรรมสุขภาพ 121 คะแนนต่ำสุด 52 และคะแนนเฉลี่ย 88.32 อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา มีพฤติกรรมสุขภาพ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.9) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ภาพรวม (n = 330)

พฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (52.00-74.41 คะแนน)	55	16.70
ระดับปานกลาง (74.42-102.22 คะแนน)	209	63.30
ระดับสูง (102.23-121.00 คะแนน)	66	20.00
Minimum = 52 Maximum = 121		
Mean (SD.) = 88.32 (13.90)		

เมื่อพิจารณารายด้านของพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้าน พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมการจัดการความเครียด มีคะแนน เฉลี่ยสูงสุดใน 3 ลำดับแรกตามลำดับ ส่วนด้านที่ได้

คะแนนต่ำสุด คือ พฤติกรรมการพักผ่อน พฤติกรรม การออกกำลังกายและการปฏิบัติกิจวัตรประจำ วัน และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ รายด้าน (n = 330)

พฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน ข้อคำถาม	คะแนน ที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้ (ต่ำสุด-สูงสุด)	คะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน)	การแปลผล
1. พฤติกรรมการบริโภค	7	0-28	8-28	17.94 (3.12)	ปานกลาง
2. พฤติกรรมการออกกำลังกายและ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	5	0-20	0-20	12.61 (3.70)	ปานกลาง
3. พฤติกรรมการพักผ่อน	4	0-16	3-16	10.31 (1.90)	ปานกลาง
4. พฤติกรรมการจัดการความเครียด	6	0-24	6-24	16.46 (3.84)	ปานกลาง
5. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	8	0-32	0-32	17.20 (9.10)	ปานกลาง
6. การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง	4	0-16	0-16	13.80 (3.18)	ปานกลาง
รวม	34	0-136	52-121	88.32 (13.90)	ปานกลาง

ผลจากการวิเคราะห์ปัจจัย พบว่า ระดับการศึกษา การเป็นสมาชิกชมรม การมีโรคประจำตัว และ แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนาย พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 31.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$) โดยที่แรงสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษา การมีโรคประจำตัว และการเป็นสมาชิกชมรม

เป็นปัจจัยสนับสนุนเชิงบวก มีค่าเท่ากับ 0.503 0.121 0.032 และ 0.031 ตามลำดับ มีสมการทำนาย ดังนี้ พฤติกรรมสุขภาพ = 31.075 + 7.052 (ระดับการศึกษา) + 0.920 (การเป็นสมาชิกชมรม) + 0.879 (การมีโรคประจำตัว) + 1.103 (แรงสนับสนุนทางสังคม) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ตัวทำนาย	B	SE.	Beta	t	P value	95% CI
ค่าคงที่	31.075	4.888		6.357	0.000*	21.459 – 40.691
ระดับการศึกษา	7.052	2.736	0.121	2.577	0.01*	1.668 – 12.435
การเป็นสมาชิกชมรม	0.920	1.461	0.031	0.630	0.02*	-1.954 – 3.793
การมีโรคประจำตัว	0.879	1.396	0.032	0.630	0.02*	-1.867 – 3.626
แรงสนับสนุนทางสังคม	1.103	1.104	0.503	10.571	0.000*	0.898 – 1.309

$R = 0.558$, $R^2 = 0.312$ $F = 24.403$ (6, 329) * $p < .05$

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษา พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 68.5 มีแรงสนับสนุนทางสังคม ในระดับปานกลาง รองลงมามีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 18.8 อาจเนื่องจากผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 97 อาศัยร่วมกับผู้อื่น แสดงให้เห็นว่าลักษณะครอบครัวของพื้นที่ที่ศึกษาเป็นครอบครัวขยาย ซึ่งเป็นลักษณะพื้นฐานในสังคมไทยชนบทที่มีความใกล้ชิดกัน และ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 57.6 มีสถานภาพสมรสคู่ ทำให้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งปฐมภูมิ คือ ครอบครัว ญาติพี่น้อง สอดคล้องกับ Pender¹¹ ที่ระบุว่า แรงสนับสนุนทางสังคม คือ ความรู้สึกผูกพัน มองเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งจะทำให้เกิด สามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเครียดและความเจ็บป่วยได้ ส่งผลให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมสุขภาพและสามารถดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษา ของ ไพรัช ยิ้มเนียม¹² ที่พบว่าการส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพหลังผ่าตัด เปลี่ยนข้อเข้าเทียม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ในส่วนของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ร้อยละ 63.3 มีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านของพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของที่ผ่านมาที่พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง¹³⁻¹⁴ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเห็นว่าตนเองอยู่ในวัยสูงอายุ จึงสนใจดูแลสุขภาพ ด้วยการหาข้อมูลจากแหล่งต่างๆ และพูดคุยแลกเปลี่ยนกับคนในครอบครัว

โดยด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภค พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียด มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดใน 3 ลำดับแรกตามลำดับ โดยคะแนนรายชื่อของพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ได้คะแนนสูงสุด คือ การรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ คะแนนรายชื่อของพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพที่ได้คะแนนสูงสุด คือ การอ่านหนังสือ ดูรายการโทรทัศน์ หรือ ฟังวิทยุเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และคะแนนรายชื่อของพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียดที่ได้คะแนนสูงสุด คือ การพูดคุยกับคนในครอบครัว

ส่วนพฤติกรรมที่ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ พฤติกรรมพักผ่อน โดยพบว่าคะแนนรายชื่อที่ได้น้อยที่สุด คือ การนอนหลับน้อยกว่า 6 ชั่วโมง เกิดเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของความชรา โดย สมอองจะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมเหมือนเช่นอวัยวะอื่น ซึ่งลักษณะการนอนของผู้สูงอายุจะมีระยะเวลาของการนอนตอนกลางคืนจะลดลง ใช้เวลานานขึ้นหลังจากเข้านอนเพื่อที่จะหลับ ช่วงระยะที่หลับแบบตื่นจะยาวขึ้น ขณะที่ช่วงระยะที่หลับสนิทจริง ๆ จะลดลง ประกอบกับจะมีการตื่นขึ้นบ่อย ๆ กลางดึก ดังนั้นจึงควรทำความเข้าใจกับปัญหาที่เป็นปกติในผู้สูงอายุและให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำเกี่ยวกับการนอนหลับ และเมื่ออาการนอนไม่หลับยังไม่ดีขึ้น ผู้สูงอายุจำเป็นต้องปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อค้นหาโรคต่างๆ ที่อาจเป็นสาเหตุของการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุต่อไป¹⁵ และพฤติกรรมสุขภาพที่ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำในระดับรองลงมาคือ พฤติกรรมการออกกำลังกายและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยข้อที่ได้คะแนนน้อยที่สุดคือการออกกำลังกายเช่นเดิน รำมวยจีน ครั้งละ 30 นาที อย่างต่อเนื่อง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 32.1 ไม่เคยออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่าพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำสุด¹⁴⁻¹⁶ อาจเนื่องจากวัยสูงอายุมีข้อจำกัดของร่างกาย จึงมีการปฏิบัติกิจกรรมการออกกำลังกายต่ำสุด

ผลจากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ระดับการศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม การเป็นสมาชิกชมรม และการมีโรคประจำตัว มีความสำคัญส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามลำดับ สอดคล้องกับแนวคิดของ Green and Kreuter¹⁷ ที่ระบุว่า พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุจากสหปัจจัย (Multiple Factors) การออกแบบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องมีการดำเนินการหลายด้านประกอบกัน โดยจะต้องวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้นเสียก่อน ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ นิธิมา สุภา¹⁸ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ และแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ อรชร โวทวี¹⁹ ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดราชบุรี ผลการวิจัย พบว่า รายได้ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Yin²⁰ ที่พบว่าระดับการศึกษา การประกอบอาชีพในอดีต และแหล่งที่อยู่อาศัย เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวจีน ทั้งนี้จากการศึกษาของไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์และ ยุวดี รอดจากภัย²¹ พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ควรดำเนินการโดยใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านการจัดเวทีระดมความคิด วิเคราะห์ปัญหาด้านการดูแลสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขตัวแทนครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่

สาธารณสุขในชุมชน เพื่อหาแนวทางในทางพัฒนาแกนนำด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ภายใต้แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ แนวคิดการสร้างพลังอำนาจผ่านแรงสนับสนุนทางสังคม และแนวคิดการทำงานโดยอาศัยภาคีเครือข่าย ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญในการพัฒนาสมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุ อันจะนำไปสู่การสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน

ข้อเสนอแนะ

ผลจากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรมีการออกแบบกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ที่ให้ความสำคัญกับพฤติกรรมการพักผ่อน โดยมีจัดให้มีการนอนหลับอย่างมีคุณภาพในผู้สูงอายุ และควรใช้แรงสนับสนุนทางสังคมทั้งในรูปแบบของครอบครัว และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผ่านการสร้างการมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับสถานะสุขภาพของตนเอง

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาระยะที่ 1 ของการศึกษาเรื่องการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้แนวคิดการประเมินความจำเป็นทางสุขภาพ ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2556.

2. Al-Aama T. Falls in the elderly Spectrum and prevention. *Canadian Family Physician*, 2011; 57: 771-6.
3. Zhen ZS, and Huo JX. *Health Pedagogic [M]*. Beijing: Science Press; 2008.
4. Jiang R, Zhu HY, Tang WQ, and Wang LF. Epidemiological investigation on health knowledge and behaviour among residents aged over 60 in Huating Town, Shanghai. *Health Education and Health Promotion* 2011; 6(1): 10-2.
5. Tian MM, Chen YC, and Zhao R. Chronic disease knowledge and its determinants among chronically ill adults in rural areas of Shanxi Province in China: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2011; 11(948).
6. อีระชัย พรหมคุณ, พจนีย์ เสี่ยงมจิตต์ และเสนอภิรมจิตร์ผ่อง. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 2557; 7(1): 102-8.
7. เสาวนีย์ วรระลือ, พรทิพย์ มาลาธรรม และอภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ. แรงสนับสนุนจากครอบครัวตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. *รวมาธิบดีพยาบาลสาร*, 2555; 18(3): 372-88.
8. Senol V, Ünalın D, Soyuer F, and Argün M. The Relationship between Health Promoting Behaviors and Quality of Life in Nursing Home Residents in Kayseri. *Journal of Geriatrics [Internet]*. 2014. Available from : <http://dx.doi.org/10.1155/2014/839685>.
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก. ข้อมูลประชากรผู้สูงอายุ ประจำปี 2556. พิษณุโลก: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก; 2556.
10. Kahn RL, Goldfarb AI, Pollack M, Peck A. Brief objective measures for the determination of mental status in the aged. *American Journal of Psychiatry* 1960; 117: 326-8.
11. Pender N. *Health promotion in nursing practice*. 3 ed. Stamford, CT: Appleton and Lange; 1996.
12. ไพรัช ยิ้มเนียม. ปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเสื่อม. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 2556; 23: 20-31.
13. ปิ่นนเรศ กาศอุดม, คณิศร แก้วแดง, อัสมนนามวงษ์. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 2550; 18(1): 25-39.
14. Chamroonsawasdi K, Phoolphoklang S, Nanthamongkolchai S, Munsawaengsub C. Factors Influencing Health Promoting Behaviors among the Elderly Under the Universal Coverage Program, Buriram Province, Thailand. *Asia Journal of Public Health [Internet]*. 2010. Available from : http://www.asiaph.org/admin/img_topic/9036Factors%20Influencing%20Health%20Promoting%20Behaviors.pdf.
15. วราภา แผลมเพชร. การนอนหลับและปัจจัยรบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแผนกอายุรกรรม (วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2544.
16. Sohng K-Y, Sohng S, Yeom H-A. Health-Promoting Behaviors of

- Elderly Korean Immigrants in the United States. *Public Health Nursing* 2002; 19(4): 294-300.
17. Green L, Kreuter M. *Health Promotion Planning : An Education and Environment Approach*. 2nd ed. Toronto: May Field Publishing Company; 1991.
 18. นิธิมา สุภาวี. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนครสวรรค์ (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยวิทยาลัยมหิดล; 2544.
 19. อรชร โวทวี. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางแพะ จังหวัดราชบุรี(วิทยานิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2548.
 20. Yin Z, Geng G, Lan X, Zhang L, Wang S, Zang Y, et al. Status and determinants of health behavior knowledge among the elderly in China: a community-based cross-sectional study. *BMC Public Health* [Internet]. 2013. Available from : <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/710>.
 21. ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์ และยุวดี รอดจากภัย. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 2557. 9(2): 13-20.