

พฤติกรรมสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม Health Behavior and Quality of Life of the Elderly in Chiangyuen District, Mahasarakham Province

เขมิกา สมบัติโยธา,^{1*} วิทยา อยู่สุข,² นิรุวรรณ เทิร์นโบล³

Kemika Sombateyotha,¹ Witaya Yoosuk,² Niruwan Turnbol³

Received: 22 May 2018 ; Revised : 24 August 2018 ; Accepted: 28 August 2018

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำนวน 1,636 คน โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ในอำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม และใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคสแควร์ และสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ภายใต้ระดับช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% CI ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.8 อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) ร้อยละ 53.9 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 57.1 มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 70.7 มีดัชนีมวลกายตามเกณฑ์ปกติ (18.50 ถึง 22.99 กก./ม.²) ร้อยละ 37.0 มีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในระดับสูง ร้อยละ 69.4 และ ร้อยละ 77.5 ตามลำดับ มีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ถูกต้องในระดับสูง ร้อยละ 77.4 มีระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกายในระดับสูง ร้อยละ 44.6 ระดับพฤติกรรมด้านการผ่อนคลายความเครียดส่วนใหญ่ในระดับสูง ร้อยละ 65.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองระดับสูง ร้อยละ 61.9 ส่วนปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มี 5 ตัวแปร คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม สามารถแทนค่าสมการทำนาย ได้เป็น $Y=47.227+(0.377)+(0.333)+(0.463)+(0.155)+(0.175)X$ พบปัจจัยหลายอย่าง คือ พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้ที่เกี่ยวข้องควรจะมีการประสานความร่วมมือกันเพื่อแก้ไขปัญหาและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้สูงขึ้น

คำสำคัญ : พฤติกรรมสุขภาพ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

Abstract

This cross sectional survey aimed to reveal health behavior in terms of dietary consumption behavior, physical exercise, stress management and quality of life among 1,636 elderly people by multiple random sampling in Chiangyuen district, Mahasarakham province. The proven questionnaires were used as data collection tools. Data were analyzed by using descriptive and inferential statistics. The results found that most of the participants were female (66.8%), young-old age (60-69 years) (53.9%), farmers (57.1%) and had monthly income lower than 1,000 baht (70.7%) and had body

¹ อาจารย์, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม 44150

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม 44150

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม 44150

¹ Lecturer, Faculty of Public Health, Mahasarakham University, Kantharawichai District, Maha Sarakham 44150, Thailand.

² Assoc. Prof., Faculty of Public Health, Mahasarakham University, Kantharawichai District, Maha Sarakham 44150, Thailand.

³ Assist. Prof., Faculty of Public Health, Mahasarakham University, Kantharawichai District, Maha Sarakham 44150, Thailand.

* Correspondence to kemika Sombateyotha, Faculty of Public Health, Mahasarakham University, Kantharawichai District, Maha Sarakham 44150, Thailand. E-mail: kemika_s@yahoo.com

mass index in normal range (18.50-22.99 kg/m²) (37.0%). The participants had high levels of knowledge in hypertension, and diabetes mellitus at 69.4% and 77.5% respectively. Moreover, the participants had high levels of dietary consumption behavior, physical exercise, stress management and self-care practice at 77.4%, 44.6%, 65.2% and 61.9% respectively. There were five variables, including knowledge of hypertension, knowledge of diabetes mellitus, dietary consumption behavior, physical exercise and stress management which were significantly predictable factors contributing to explain quality of life among the elderly as shown as the formulation of $Y=47.227+(0.377)+(0.333)+(0.463)+(0.155)+(0.175)X$. This study indicates that there are several or multiple factors that effect on quality of life of the elderly. Therefore, related health care agencies or providers should consider these factors and cooperate in helping for enhancing health behavior and quality of life of the elderly.

Keywords: health behavior, quality of life

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างเต็มรูปแบบมีการเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) มาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2548 (ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด) และคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งหมายถึงประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ (Aged Society) ประชากรผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มที่สังคมควรให้การดูแล เนื่องจากช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางเสื่อมถอยแต่หากผู้สูงอายุยังมีสุขภาพแข็งแรงก็จะเป็นพลังของครอบครัวของชุมชนและสังคมมากกว่าการเป็นภาระ¹

ในปี พ.ศ. 2556 ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุ 60.5 ล้านคน มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เท่ากับ 9.4 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 14.57 การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรของประเทศไทยที่ผ่านมาพบว่าสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ โดยในปี พ.ศ. 2553 มีสัดส่วนผู้สูงอายุอยู่ที่ร้อยละ 10.7 ของประชากรรวมหรือ 7.02 ล้านคน และในปี 2555 เป็นร้อยละ 12.8 ซึ่งเป็นสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด² ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุจากรายงานของสำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข สำหรับประชากรไทยกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปพบว่า โรคที่ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียปีสุขภาวะ 5 ลำดับแรกในผู้ชาย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 10.6 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 8.1 โรคเบาหวาน ร้อยละ 6.2 โรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 6.0 และโรคมะเร็งตับ ร้อยละ 4.9 และในเพศหญิงพบดังนี้ โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 12.0 โรคเบาหวาน ร้อยละ 10.7 โรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 6.0 โรคต่อกระจากและโรคสมองเสื่อม ร้อยละ 5.4 เท่ากัน ตามลำดับ^{2,3}

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราตายด้วยโรคเบาหวานต่อ

ประชากรแสนคน ในภาพรวมของประเทศในปี 2556-2558 เท่ากับ 15.0, 17.5 และ 19.4 ตามลำดับ³ เห็นได้ว่าอัตราการตายด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปี และจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ครั้งที่ 3, 4 และ 5 (ปี 2547, 2552 และ 2557) พบว่าความชุกของโรคเบาหวาน ของครั้งที่ 3⁴ ร้อยละ 7 ใกล้เคียงกับครั้งที่ 4⁵ ร้อยละ 6.9 ส่วน ครั้งที่ 5⁶ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8.9 ข้อมูลของสำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ รายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2556 พบว่าโรคเบาหวานเป็นสาเหตุการตายของประชากรไทยในเพศชายเป็นอันดับที่เป็น 8 คิดเป็นร้อยละ 4.1 เพศหญิงอันดับที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 8.7 และการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทยจากโรคเบาหวาน³ ในเพศชายเป็นอันดับที่ 7 คิดเป็นร้อยละ 3.9 เพศหญิงอันดับที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 7.9 และข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติในปี พ.ศ. 2551 พบว่าประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานเฉลี่ย 1,172 บาทต่อราย ส่วนผู้ป่วยในค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ย 10,217 บาทต่อราย รวมค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้น 3,984 ล้านบาทต่อปี หากคนไทยรักษาพยาบาลทั้งสิ้นประมาณ 47,596 ล้านบาทปี³ และยังมีการรายงานการพบภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานในเพศชาย ร้อยละ 10.0 และเพศหญิง ร้อยละ 17.0⁴

ความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด และเป็นโรคที่พบได้บ่อยหากไม่ได้รับการรักษาควบคุมความดันโลหิตให้คงที่ ปัจจุบันคนทั่วโลกเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1.5 พันล้านคน จากประชากรทั้งหมดประมาณ 6 พันล้านคน เสียชีวิตจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึง 7 ล้านคนในแต่ละปี ซึ่งประชากร 4 คนจะมี 1 คนที่มีภาวะความดันโลหิตสูง⁷ สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยพบอัตราการป่วยและเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานข้อมูลกลุ่มเสี่ยง

ความดันโลหิตสูงปีงบประมาณ 2556 ซึ่งป่วยเป็นความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ 2557 พบว่าจากกลุ่มเสี่ยง 6,521,474 คน ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 617,357 คน คิดเป็นร้อยละ 9.47 และ จากกลุ่มปกติ 15,891,970 คน ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 653,533 คน คิดเป็นร้อยละ 4.11 หากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างจริงจัง จะทำให้ประเทศต้องเผชิญปัญหาที่รุนแรงขึ้น^๑

จังหวัดมหาสารคามมีประชากรประมาณ 900,000 คน และจากประชากรทั้งหมดมีประชากรผู้สูงอายุถึง ประมาณ 90,200 คน เมื่อผู้สูงอายุมีจำนวนมากจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากหน่วยงานภาครัฐอย่างทั่วถึงจำเป็นต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก เช่นเดียวกับพื้นที่อำเภอเชียงยืน ซึ่งประกอบไปด้วย 8 ตำบล พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุจำนวน 8,733 คน^๑ จากรายงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะพบโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (ช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 48.4 อายุ 70-79 ปี ร้อยละ 56.8 อายุ 80 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 64.9) โรคเบาหวาน (ช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 19.2 อายุ 70-79 ปี ร้อยละ 18.8 อายุ 80 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 11.8) ภาวะเมแทบอลิกซินโดรม (ช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 47.2 อายุ 70-79 ปี ร้อยละ 46.3 อายุ 80 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 46.2) ไชมันคอลลเอสเตอรอลในเลือดสูง (TC>240 mg/dL ช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 20.4 อายุ 70-79 ปี ร้อยละ 18.2 อายุ 80 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 15.1) โรคหลอดเลือดหัวใจหรือกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ (ช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 3.7 อายุ 70-79 ปี ร้อยละ 6.1 อายุ 80 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 6.3)^๑ ซึ่งต้องได้รับการดูแลจากผู้ใกล้ชิดเป็นอย่างดี และหากไม่มีการดูแลหรือถูกทอดทิ้ง ปัญหามากคือ เกิดปัญหาผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง เกิดปัญหาสุขภาพจิต และเป็นภาระแก่หน่วยงานภาครัฐที่ต้องเข้ามาดูแลเสียงบประมาณในการดูแลรักษา¹⁰

ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุรวมทั้งคุณภาพชีวิต เนื่องจากอัตราผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จึงสนใจศึกษาพฤติกรรมการบริโภค การออกกำลังกาย การคลายความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

เพื่อนำไปวางแผนจัดการปัญหาดังกล่าวและวางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้สูงอายุโดยตรง เพื่อส่งเสริมให้การดูแลสุขภาพให้ดีขึ้นและจะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภค การออกกำลังกาย และการคลายความเครียดของผู้สูงอายุ ในอำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม
- 2) เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม
- 3) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษารั้้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ที่สุขภาพดีและป่วยเป็นโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง) ทั้ง 8 ตำบลของอำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 8,733 คน และคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนประชากร ($p=0.10$) ในกรณีที่ทราบจำนวนประชากร และกำหนดความคลาดเคลื่อนทางสถิติที่ระดับ ($p<0.05$) ได้ขนาดตัวอย่าง 1,636 คน รายละเอียดดัง Table 1

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) ด้านการบริโภคอาหาร 2) ด้านการออกกำลังกาย 3) ด้านการจัดการความเครียด รวมทั้งด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพและรายได้

Table 1 Sample size by area

No.	Tambon	Number of elderly people	Sample size
1	Chiang Yuen	1,938	363
2	Nong Son	857	162
3	Phon Thong	777	146
4	Don Ngoen	1,041	195
5	Ku Thong	1,530	286
6	Na Thong	924	173
7	Suea Thao	1,083	203
8	Lao Bua Ban	583	108
	Total	8,733	1,636

ตอนที่ 2 ข้อมูลด้านความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ด้านความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการผ่อนคลายความเครียดและด้านความสามารถในการประกอบชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel activities of daily living: ADL) ของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 3 ข้อมูลด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้ศึกษาปรับปรุงเครื่องมือที่ได้จากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) สำหรับผู้สูงอายุเนื่องจากเครื่องมือดังกล่าวมีค่าความเชื่อมั่นสูง มีเนื้อหาครอบคลุมตามองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน คือ องค์ประกอบด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสภาพแวดล้อม¹¹

การแปลผลข้อมูลระดับคุณภาพชีวิต

คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมมีคะแนน 26-130 คะแนน โดย คะแนน 26-60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 61-95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง คะแนน 96-130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (โดยด้านสุขภาพกาย 7 ข้อ คะแนน 7-16 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 17-26 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง คะแนน 27-35 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ด้านจิตใจ 6 ข้อ คะแนน 6-14 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 15-22 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง คะแนน 23-30 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ด้านสัมพันธภาพทางสังคม 3 ข้อ คะแนน 3-7 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 8-11 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง คะแนน 12-15 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และด้านสิ่งแวดล้อม 8 ข้อ คะแนน 8-18 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพ

ชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 19-29 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง คะแนน 30-40 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี)

หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ ตำบลหนองกุ้ง อำเภอชื่นชม จำนวน 30 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ด้านพฤติกรรมในการดูแลตนเอง (การบริโภค การออกกำลังกายและการผ่อนคลายความเครียด) ของผู้สูงอายุและด้านคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.94 และ 0.91 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตบริการสุขภาพ อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม โดยการสอบถามกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 1,636 คน โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ได้รับการอบรมอย่างดีแล้ว ในช่วงเดือนมิถุนายน -เดือนสิงหาคม 2560 ดังนี้

1. ติดต่อประสานงานกับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เรื่องขออนุญาตเข้าพื้นที่ใน เขตบริการสุขภาพอำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม เพื่อทำการขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลวิจัย
2. ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยการใช้แบบสอบถามตามสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ได้คำนวณไว้ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและวิธีการในการเก็บข้อมูลแก่ผู้ช่วยวิจัย (นิสิตและอสม.) ที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถาม
4. ผู้ศึกษาทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้งและบันทึกรหัสตามคู่มือการลงรหัสที่สร้างขึ้นเพื่อความพร้อมในการบันทึกข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

โดยใช้คือสถิติเชิงพรรณนา ใช้วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และ สถิติเชิงอนุมาน ใช้วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ได้แก่ การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Coefficient) ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (Multiple Regression Coefficient) กำหนดระดับสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)¹² รายละเอียดการแปลค่าของระดับความสัมพันธ์ จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ดังนี้ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.81-1.00 มีระดับความสัมพันธ์มาก ค่า 0.51-0.80 มีระดับความสัมพันธ์ปานกลาง ค่า 0.21-0.50 มีระดับความสัมพันธ์น้อย ค่า 0-0.20 มีระดับความสัมพันธ์น้อยหรือแทบจะไม่มีเลย

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลด้านลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อย 66.8 กลุ่มผู้สูงอายุตอนต้นอายุ (60-69 ปี) ร้อยละ 53.9 รองลงมาคือ ผู้สูงอายุตอนกลางอายุ (70-79 ปี) ร้อยละ 33.9 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 57.1 รองลงมาคือไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 31.2 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 70.7 มีค่าดัชนีมวลกายตามเกณฑ์ปกติ (18.50 - 22.99 กก./ม²) ร้อยละ 37.0 รองลงมาคือต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (ต่ำกว่า 18.5 กก./ม²) ร้อยละ 31.0 ผู้สูงอายุมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวาน ร้อยละ 50.4) ดัง Table 2

Table 2 Frequency distribution of demographic characteristics

Characteristics	Number (n=1,636)	Percent
Sex		
Male	543	33.2
Female	1,093	66.8
Age group (years)		
The Young-old (60-69)	882	53.9
The Middle-aged old (70-79)	554	33.9
The Old-old (80 and more)	200	12.2
Occupation		
Farmer	934	57.1
Unemployed	511	31.2
Employee	87	5.3
Merchant	69	4.2
Pension	35	2.2
Income (baht per month)		
≤ 1,000	1,156	70.7
1,000 - 2,000	217	13.2
>2,000	263	16.1
Mean =1,360.81 S.D.=2,657.16 Min =0 Max = 30,600		

Table 2 Frequency distribution of demographic characteristics (cont.)

Characteristics	Number (n=1,636)	Percent
Body mass index (kg./m²)		
< 18.50 (Underweight)	508	31.0
18.50 - 22.99 (Normal, Healthy weight)	605	37.0
23.00 - 24.99 (Overweight)	227	13.9
25.00 - 29.99 (Pre-Obese)	250	15.3
≥ 30 (Obese)	46	2.8
Underlying disease (Chronic diseases)		
No	192	11.1
Yes	1,444	88.9
Diabetes mellitus	260	15.9
Hypertension	369	22.6
Diabetes mellitus and Hypertension	825	50.4

2. พฤติกรรมสุขภาพ คุณภาพชีวิตและข้อมูลด้านความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลด้านความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเขียงยืน จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูง (>80%, >12 คะแนน) ร้อยละ 69.4 รองลงมาความรู้ระดับปานกลาง (60-79.9%, 9-11 คะแนน) ร้อยละ 18.3 และพบว่ารายช้อมีความรู้ที่ถูกต้องมากที่สุดคือ การต้มกาแฟทำให้ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 92.5 รองลงมาคือ การออกกำลังกายโดยการวิ่งเหยาะ ๆ การเดินเร็วเป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ร้อยละ 86.2 รายช้อมีความรู้ที่ถูกต้องต่ำมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 50.0

2.2 ข้อมูลด้านความรู้เรื่องโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานในระดับสูง (>80%; > 12.8 ข้อ) ร้อยละ 77.5 รองลงมาคือ ความรู้ระดับปานกลาง (60-79.9%; 9.6-12.7 ข้อ) ร้อยละ 11.9 ความรู้รายช้อที่ตอบถูกมากที่สุดคือ การรับประทานยาผสมสเดียรอยด์ เช่น ยาซูด จะช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง แต่ยาสเดียรอยด์มีผลเสียต่อร่างกาย ซึ่งอาจทำให้ภูมิคุ้มกันต้านทานลดลงและเป็นโรคกระดูกเปราะบางลง เป็นต้น ร้อยละ 96.2 รองลงมาคือ การออกกำลังกาย เช่น การเดินแอโรบิคอาจมีผลทำให้

หัวใจของผู้ป่วยเบาหวานทำงานมากเกินไป ร้อยละ 95.9 ความรู้ช้อที่ตอบถูกน้อยที่สุดคือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน จะทำให้ปลายมือ ปลายเท้าชา ร้อยละ 39.7 รองลงมาคือ การออกกำลังกายทุกวันหรือวันเว้นวัน มีประโยชน์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ร้อยละ 42.4

2.3 ข้อมูลด้านการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการบริโภคอาหารในระดับสูง (> 37 คะแนน) ร้อยละ 77.4 รองลงมาคือ มีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการบริโภคอาหารในระดับปานกลาง (25-36 คะแนน) ร้อยละ 21.8 โดยพบว่าช้อที่มีการปฏิบัติตัวเป็นประจำ 5-7 วันต่อสัปดาห์มากที่สุดคือ ผู้สูงอายุรับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อ ร้อยละ 85.6 รองลงมาคือ ผู้สูงอายุกินอาหารแต่ละมื้อในปริมาณพอเหมาะ ร้อยละ 83.5 ปฏิบัติเป็นบางครั้ง 3-4 วันต่อสัปดาห์มากที่สุดคือ ผู้สูงอายุกินอาหารที่ทอดด้วยน้ำมัน กะทิ เช่น ไก่ทอด ปาท่องโก๋ ร้อยละ 54.2 รองลงมาคือ ผู้สูงอายุกินอาหารหลากหลายไม่ซ้ำกัน ครบ 5 หมู่ ร้อยละ 51.3 การปฏิบัติตัวน้อย 1-2 วันต่อสัปดาห์มากที่สุดคือ ผู้สูงอายุกินอาหารที่ทอดด้วยน้ำมัน กะทิ เช่น ไก่ทอด ปาท่องโก๋ ร้อยละ 24.3 รองลงมาคือ ผู้สูงอายุกินอาหารหลากหลายไม่ซ้ำกัน ครบ 5 หมู่ ร้อยละ 23.7 ช้อที่ผู้สูงอายุไม่เคยปฏิบัติเลยมากที่สุดคือ ผู้สูงอายุกินขนมที่มีรสหวานจัด เช่น ฝอยทอง ทองหยิบ เป็นต้น ร้อยละ 13.5

2.4 ข้อมูลด้านพฤติกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกายส่วนใหญ่ในระดับสูง (>34 คะแนน) ร้อยละ 44.6 รองลงมา คือ มีระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกายในระดับปานกลาง (23-33 คะแนน) ร้อยละ 35.6 พฤติกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกายรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับการปฏิบัติ 5-7 วันต่อสัปดาห์มากที่สุด คือ ผู้สูงอายุพักผ่อนเพียงพอหลังจากออกกำลังกาย ร้อยละ 59.7 รองลงมา คือ ผู้สูงอายุออกกำลังกายในอากาศที่ถ่ายเทสะดวก ร้อยละ 47.0 สำหรับการปฏิบัติ 3-4 วันต่อสัปดาห์มากที่สุด คือ ผู้สูงอายุออกกำลังกาย อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 35.8 รองลงมาคือ ผู้สูงอายุออกกำลังกายด้วยการแกว่งแขน ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ร้อยละ 32.4

2.5 ข้อมูลด้านพฤติกรรมเกี่ยวกับการผ่อนคลายความเครียดของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมด้านการผ่อนคลายความเครียดส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (>37 คะแนน) ร้อยละ 65.2 รองลงมา มีระดับพฤติกรรมปานกลาง (25-36 คะแนน) ร้อยละ 32.9 โดยพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจผู้สูงอายุผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธี ใช้นานอนหลับ/ยาระงับประสาท (Mean=3.73 SD=0.76) ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (Mean=3.71 SD=0.77) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือผู้สูงอายุปลูกต้นไม้ (Mean=2.41 SD=1.13)

2.6 ข้อมูลด้านความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์ธเอล เอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์ธเอล เอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ระดับไม่เป็นการพึ่งพา (12-20 คะแนน) ร้อยละ 97.1 ภาวะพึ่งพานกลาง (9-11 คะแนน) ร้อยละ 1.1 ภาวะพึ่งพารุนแรง (5-8 คะแนน) ร้อยละ 0.4 (ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์) (0-4 คะแนน) ร้อยละ 1.4 (Mean=18.84 SD=2.88 Min=0 Max=20)

2.7 ข้อมูลด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง (61-95 คะแนน) ร้อยละ 71.5 คุณภาพชีวิตระดับดี (96-130 คะแนน) ร้อยละ 20.8 และระดับคุณภาพชีวิตระดับไม่ดี (26-60 คะแนน) ร้อยละ 7.7 โดยมีคุณภาพชีวิตในระดับดีคือด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 62.5 ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตทั้งสามด้านในระดับปานกลาง เช่น ด้านร่างกาย ร้อยละ 71.0 ด้านจิตใจ ร้อยละ 66.4 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ร้อยละ 37.7 โดยมีค่าเฉลี่ยรายข้อสูงสุดคือด้านจิตใจ คือ ผู้สูงอายุรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด (Mean=3.43 SD=1.69) รองลงมา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คือผู้สูงอายุรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน (Mean=3.41 SD=1.12) และค่าเฉลี่ยรายข้อที่ต่ำที่สุด รายด้านภาพรวม คือ ผู้สูงอายุมีความรู้สึกไม่ดีเช่นรู้สึกเหงาเศร้าหดหู่มองหวังวิตกกังวลบ่อยแค่ไหน (Mean=2.70 SD=1.35) ดัง Table 3

Table 3 Levels of quality of life

Quality of life	Level of quality of life			
	Good Number (Percent)	Middle Number (Percent)	Low Number (Percent)	Total Number (Percent)
1. Physical component	306 (18.7)	1,162 (71.0)	168 (10.3)	1,636 (100.0)
Mean=22.24 SD=4.51 Min=8 Max=35				
2. Mental component	334 (20.4)	1,087 (66.4)	215 (8.2)	1,636 (100.0)
Mean=19.16 SD=4.09 Min=7 Max=62				
3. Social contact	596 (36.4)	617 (37.7)	423 (25.9)	1,636 (100.0)
Mean=9.87 SD=2.69 Min=3 Max=27				
4. Environmental component	1,023 (62.5)	478 (29.2)	135 (8.3)	1,636 (100.0)
Mean=25.55 SD=5.19 Min=8 Max=71				

3. การทดสอบความสัมพันธ์จากตัวแปรลักษณะทางประชากรกับตัวแปรพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

3.1 จากการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรด้านลักษณะทางประชากร ตัวแปรด้านความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันในการดูแลสุขภาพตนเองทั้งในด้านการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด พบว่า ใน 5 ปัจจัย มี 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ คือ ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ($r=.142, p\text{-value}\leq.001$ และ $r=.099, p\text{-value}\leq.001$) ตามลำดับ ดัง Table 4

3.2 การศึกษาด้านข้อมูลทั่วไปกับความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับระดับคุณภาพชีวิต ได้แก่ การประกอบอาชีพ ระดับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ระดับการปฏิบัติในการบริโภคอาหาร ระดับการปฏิบัติในการออกกำลังกาย ระดับการปฏิบัติในการผ่อนคลายความเครียด ดัง Table 5

3.3 ผลการศึกษาปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) โดยใช้วิธีการ Stepwise ในการศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรเพื่อที่จะนำไปสู่การคาดการณ์ หรือประมาณค่า

Table 4 Association between demographic characteristics and health behavior

Association between demographic characteristics and health behavior	Pearson's Product Moment Coefficient (r)	p – value
- Age	-.002	.923
- Income	.021	.433
- Body mass index	-.020	.556
- Knowledge about hypertension	.142	.001
- Knowledge about diabetes mellitus	.099	.001

Table 5 Association between socio-demographic characteristics and level of quality of life

Items	level of quality of life			Chi-square	p-value
	High Number	Middle Number	Low Number		
Sex					
Male	152	349	50	16.641	0.083
Female	212	766	107		
Body mass index (kg/m²)					
< 18.50-22.9	356	314	212	17.974	0.071
23.00->24.9	332	242	180		
Employment					
No	39	202	24	16.158	0.001
Yes	321	929	121		

Table 5 Association between socio-demographic characteristics and level of quality of life (cont.)

Items	level of quality of life			Chi-square	p-value
	High Number	Middle Number	Low Number		
Income (baht per month)					
≤ 1,000	248	764	118	4.004	0.406
1,000 -2,000	55	134	40		
≥2,000	77	155	45		
Level of knowledge about diabetes mellitus					
Low	35	135	29	8.134	0.087
Middle	90	299	46		
High	235	685	82		
Level of knowledge about hypertension					
Low	42	184	25	19.934	0.001
Middle	55	180	41		
High	267	751	91		
Level of dietary consumption behavior					
Low	6	16	8	14.304	0.006
Middle	60	222	43		
High	295	890	96		
Level of physical exercise					
Low	38	215	15	73.503	0.001
Middle	96	464	53		
High	226	452	77		
Level of stress management					
Low	13	35	10	49.488	0.001
Middle	83	431	34		
High	271	651	108		

สถิติวิเคราะห์ตัวแปรอิสระ (X) เพื่อหาความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม โดยพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (Regression Coefficient) และระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ในการคัดเลือกตัวแปรอิสระเพื่อเข้าสู่โมเดลการวิเคราะห์ในกรณีตัวแปรอิสระที่มีระดับการวัดเป็นนามบัญญัติ (Nominal Scale) ผู้ศึกษาได้ทำให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variable) และกำหนดค่าตัวแปรที่สนใจให้มีค่าเท่ากับ 1 และค่าตัวแปรที่ไม่สนใจให้มีค่าเท่ากับ 0 ก่อนการ

วิเคราะห์ พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ร้อยละ 16.2 โดยความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามสามารถเขียนสมการทำนาย คือ $Y=47.227+(0.377)+(0.333)+(0.463)+(0.155)+(0.175)X$ ผลการศึกษาได้ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (B=.377, p-value=0.002) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กันทางสถิติ โดยมีค่า

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .142 ร้อยละ 0.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสมการพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุคือ $Y=47.227+(0.377)X$

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ($B=.333, p\text{-value}=0.017$) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กันทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .099 ร้อยละ 0.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสมการพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุคือ $Y=47.227+(0.333)X$

พฤติกรรมกรบริโภค ($B=.463, p\text{-value}=0.001$) พบว่า พฤติกรรมกรบริโภคและคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กันทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .177 ร้อยละ 1.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 และสมการพยากรณ์

พฤติกรรมกรออกกำลังกายคือ $Y=47.227+(0.463)X$

พฤติกรรมกรออกกำลังกาย ($B=.155, p\text{-value}=0.001$) พบว่า พฤติกรรมกรออกกำลังกาย และคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กันทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .021 ร้อยละ 0.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสมการพยากรณ์สถานภาพสมรส คือ $Y=47.227+(0.155)X$

พฤติกรรมกรผ่อนคลายความเครียด ($B=.175, p\text{-value}=0.008$) พบว่า พฤติกรรมกรผ่อนคลายความเครียด และคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กันทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .032 ร้อยละ 0.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 และสมการพยากรณ์พฤติกรรมกรออกกำลังกายคือ $Y=47.227+(0.175)X$ ดัง Table 6

Table 6 Association between Factors and Quality of Life by Multiple Regression Coefficient

Items	R	R ²	B	Beta	t	p-value
Knowledge about hypertension	.079	.006	.377	.079	3.104	0.002
Knowledge about diabetes mellitus	.061	.004	.333	.061	2.398	0.017
Dietary consumption behavior	.136	.019	.463	.136	5.459	0.001
Physical exercise	.087	.008	.155	.087	3.479	0.001
Stress management	.067	.004	.175	.067	2.636	0.008
Constant			47.227			

วิจารณ์และสรุปผล

ปัจจัยพยากรณ์ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมกรบริโภค พฤติกรรมกรออกกำลังกาย และพฤติกรรมกรผ่อนคลายความเครียด

ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานมีความสัมพันธ์กันทางสถิติกับคุณภาพชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา¹³ กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง และการศึกษา¹⁴ กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษา¹⁵ ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยรวมและความรู้แยกโรคไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง และการศึกษา

ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชิงรึกน้อย¹⁶ ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง และการศึกษา¹⁷ พบว่า โดยภาพรวมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับค่อนข้างดี เมื่อจำแนกตามรายด้าน พบว่า ด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในอันดับ 1 ด้านร่างกาย อยู่ในอันดับ 2 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม อยู่ในอันดับ 3 และด้านจิตใจ อยู่ในอันดับ 4 ซึ่งสามารถพยากรณ์ได้ว่าความรู้ที่ดีในด้านการดูแลสุขภาพของตนเองจะเป็นโอกาสให้ผู้สูงอายุได้รับโอกาสที่ดีจากแหล่งต่างๆ เช่น การศึกษาของ¹⁸ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังได้รับเบี้ยยังชีพใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านเศรษฐกิจ เบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุที่ได้รับสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตได้เป็นอย่างมาก เพราะเป็นการช่วยลดภาระในด้านการพึ่งพาบุตร เบี้ยยังชีพในแต่ละเดือนหากใช้ไม่หมดก็มีการเก็บออมสำหรับใช้ในยามจำเป็น 2) ด้านสังคม การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชนเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุส่วนมากต่างก็มีความสุขและให้ความร่วมมือกับ

กิจกรรมที่หน่วยงานต่างๆ ได้จัดขึ้น เช่น การจัดงานวันผู้สูงอายุ การจัดแข่งขันกีฬาผู้สูงอายุ 3) ด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว การรักษาเบื้องต้นก็อาศัยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เบี้ยยังชีพที่ได้รับก็เอาไปซื้ออาหารที่จำเป็นเพื่อบำรุงร่างกาย

พฤติกรรมกรรมการบริโภค¹⁹ รายงานว่า อาหารความดันโลหิตสูง มีความสำคัญสำหรับการควบคุมความดันโลหิตในผู้สูงอายุ โดยพบว่า โปรแกรมเสริมพลังสี่ขั้นมีผลต่อการเพิ่มการรับรู้พลังตนเองในการบริโภคอาหารด้านความดันโลหิตสูง ($F = 48.49, p\text{-value} < .001$) และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารด้านความดันโลหิตสูง ($F = 3.588, p\text{-value} < .031$) โดยหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 6 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Mean difference = 3.22, $p\text{-value} < .001$) และคงที่ในระยะติดตามสัปดาห์ที่ 12 ขณะที่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารด้านความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเล็กน้อยอย่างมีนัยสำคัญ (Mean difference = 0.36, $p\text{-value} < .001$) และคงที่ในระยะติดตามสัปดาห์ที่ 12 เช่นกัน สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบไม่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ

พฤติกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งรายงาน²⁰⁻²³ พบว่าการออกกำลังกายมีผลดีต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ทำให้ระบบการหายใจดีขึ้น ทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อดีขึ้น มีผลดีต่อสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวม และการศึกษา²⁴ รายงานว่าการออกกำลังกายมีประโยชน์มากต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ และการออกกำลังกายสามารถลดระดับความดันโลหิตได้ แต่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก็ยังมีการออกกำลังกายน้อยประมาณร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีการออกกำลังกาย เพียงลำพังมักเลิกออกกำลังกายภายใน 6 เดือน ทั้งนี้ อาจเพราะว่าผู้สูงอายุกลัวบาดเจ็บและกลัวหกล้ม เนื่องจากความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ขาดสมรรถนะแห่งตนหรือความเชื่อมั่นในความสามารถของตนที่จะออกกำลังกายสม่ำเสมอ การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว สามารถช่วยกระตุ้นสมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกาย พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด สอดคล้องกับ²³ รายงานว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุคือไปปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ร้อยละ 39.7 และมีสัมพันธภาพร่วมกิจกรรมสังคมและกิจกรรมนันทนาการ ร้อยละ 20.0 ตามลำดับ ข้อเสนอแนะ ควรให้มีกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ฉะนั้นควรมีแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ให้มีการปฏิบัติที่ดีในการบริโภคอาหาร รับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ รวมทั้งอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายที่เหมาะสมและกระทำอย่างต่อเนื่องในผู้ที่ไม่มีข้อห้าม และการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุในแต่ละชุมชน เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่สนับสนุนให้ทุนในการวิจัย ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) ทุกแห่งของอำเภอเชียงยืนทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณนิสิตหลักสูตรสาขาภูมิศาสตร์พัฒนาเพื่อการจัดการทรัพยากร คณะมนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต ชั้นปีที่ 3 และนิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามที่เป็นทั้งผู้ร่วมวิจัยและผู้เก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทุกหมู่บ้านในเขตอำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ผู้ที่ช่วยให้การรวบรวมข้อมูลการสัมภาษณ์

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถิติการให้บริการทางการแพทย์ กรมการแพทย์. กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2558). สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างสุขภาพ, 2558 <สืบค้นจาก http://www.dop.go.th/main/knowledge_lists.php?id=25 >, สืบค้นเมื่อวันที่ 16 สิงหาคม 2560.
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2558). เครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิต.<สืบค้นจาก <http://www.dmh.go.th/test/whoqol/> >, สืบค้นเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2560.
3. สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. การสูญเสียปีสุขภาวะ รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556. บริษัทเดอะกราฟิโกซิสเต็มส์ จำกัด. นนทบุรี 2558.
4. เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และพรพันธ์ บุญยรัตพันธ์. บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพารามราชูปถัมภ์. กรุงเทพฯ. 2549.

5. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ. 2552. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2. บริษัทเดอะกราฟิกโกซิสเต็มส์ จำกัด. นนทบุรี. 2558.
6. วิชัย เอกพลากร. บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์. นนทบุรี. 2557.
7. World Health Organization. World Health Organization. Day 2011. [online]. URL: <http://www.worldhypertensionleague.org/pages/WHD.aspx>. Access: 20 August 2016.
8. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2558). รายงานประจำปี กองแผนงาน. URL: <http://plan.ddc.moph.go.th/km2016/Documents/annualreport58.pdf> สืบค้นเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2560.
9. ข้อมูล HDC จังหวัดมหาสารคาม, 2559. https://mkm.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php สืบค้นเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2560.
10. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) (2555). รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2553. URL: <http://www.thaitgri.org/images/document/Elder-Situations/situationofthailandelderThai2553.pdf> สืบค้นเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2560.
11. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2541). คู่มือคลายเครียดสำหรับเจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร :โรงพิมพ์ บริษัทสยามแอนด์บีพีบลิสซิ่ง จำกัด.
12. นิรุวรรณ เทรินโบล. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้านสาธารณสุขและการเขียนรายงานการวิจัย. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2558.
13. ปฐญาภรณ์ ลาลูน, นภาพร มัชฌิมามกุล และอนันต์ มาลารัตน์. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2554; 18:(3):160-163.
14. กิตติคุณ แสงสุข, พงษ์เกียรติ์ เสรียมจิตต์ และเสนอ ภิมจิตร์ ผ่อง. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอเดชอุดม จังหวัด อุบลราชธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 2557;3:(2): 88-99.
15. ดวงพร กัตัญญุตานนท์, วัชนีญ์ จันท์ปัญญา, สุทธิธิดา ปาเป้า, เสาวณี เป้าจันท, ธรรพร น้อยเปรม, สาวิกา พาลี และจันท์เพ็ญ แสงจันทร์. พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สถานีอนามัยแห่งหนึ่ง ในตำบลบางเมือง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. กรกฎาคม-ธันวาคม. 2560;6:(2):53-62.
16. ดารารัตน์ อุ่มบางตลาด. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับต่อผลการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชียงรากน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2557;4:(3): 194-207.
17. ปิยภรณ์ เลหาบุตร. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน หมู่ 7 ตำบลพลูตาหลวง อำเภอสัตตหีบ จังหวัดชลบุรี. การศึกษาตามหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารทั่วไป, วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2557.
18. สิทธิชัย บัวขาว. เรื่องคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหลังได้รับเงินเบี้ยยังชีพ ขององค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งเทิง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยปทุมธานี. 2557.
19. ปิยพรรณ ตระกูลทิพย์, ภรณ์ วัฒนสมบูรณ์และวารภรณ์ เสถียรนพแก้ว. ศึกษาผลโปรแกรมเสริมพลังสี่ขั้นตอนต่อการบริโภคอาหารต้านความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันความดันโลหิตสูงในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2559 มกราคม – เมษายน;30:(1).
20. Lima MG, Barros MB de A, César CLG, Goldbaum M, Carandina L, Alves MCGP. Health-related behavior and quality of life among the elderly: a population-based study. Rev. Saúde Pública São Paulo. 2011 June;45:(3) URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-8910201100030006 Access: 20 August 2016.
21. Selivanova A, Cramm JM. The relationship between healthy behaviors and health outcomes among older adults in Russia. BMC Public Health. 2014;14: 1183. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4251861/> Access: 20 August 2016.

23. Tse M, Chan KL, Wong A, Tam E, Fan E, Yip G. Health Supplement Consumption Behavior in the Older Adult Population: An Exploratory Study. *Front Public Health*. 2014;2:11. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3918729/> Access: 20 August 2016.
24. นริสา วงศ์พนารักษ์, สมเสาวนุช จมูศรี และบังอร กุมพล. ภาวะสุขภาพจิต ความหวังและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2556 มกราคม – มีนาคม;6:(1):141-50.
25. ยุพา จิวพัฒนกุล. การเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงบทบาทสมาชิกในครอบครัว. 2555. *J Nurse Sci* 2012 January-March;30:(1).