พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร

จารี ศรีปาน *

บทคัดย่อ

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมีความสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ การวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ สำรวจระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และเปรียบเทียบพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในอำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร ตามปัจจัยส่วนบุคคล และการรับรู้ภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 353 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผลการวิจัยปรากฏว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.6 ($\bar{X}$ = 18.96 $\pm$ 2.80) รับรู้ภาวะสุขภาพในอดีตอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 44.2 รับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.3 รับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.7 และรับรู้เกี่ยวกับความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 94.9 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุรับรู้เกี่ยวกับความเข้าใจของการเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 74.2 การสำรวจพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมปรากฏว่าพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 36.8 ($\bar{\bar{X}}$ = 186.88 + 23.80) ผู้สูงอายุเหล่านี้มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 56.9 ออกกำลังกายอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 25.8 รับประทานอาหารอยู่ในระดับดี ร้อยละ 45.0 สามารถจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 30.9 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกัน ตามปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้ภาวะสุขภาพ การวิจัยนี้สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมมีการรับรู้ภาวะสุขภาพและมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีถึงดีมาก จึงสามารถใช้ข้อมูลดังกล่าวเป็นแนวทางในการวางแผน รณรงค์ กำหนดกิจกรรมการให้บริการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกให้มากขึ้น

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ชมรมผู้สูงอายุ

* โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านควน 144 หมู่ที่ 11 ตำบลบ้านควน อำเภอหลังสวนจังหวัดชุมพร 86110
อีเมล์: chareesripan@gmail.com

Health Promotion Behaviors of the Elders in Langsuan District, Chumphon Province

Charee Sripan*

Abstract

Health promotion behavior could determine the health status of elders. This survey research serves to study the level of health promotion behaviors and compare the health promotion behaviors of the elderly in Langsuan District, Chumphon Province according to the personal factors and perceived health status. The data were collected by interviewing 353 elderly people.The results were as follows : perceived health status of the elderly was of fare level at 66.6%. They had score on the past perceived health status in the high level at 44.2%, the score on present in the fair level at 68.3% and score on future in the fair level at 65.7%. The score of the mental health and care for own health in the fair level at 94.9%, and the perceive health status of understanding of personal health was in the high level at 74.2%. Health promotion behaviors of the elderly in moderate at 36.8%. Health care was good level at 56.9%, exercise regiment was good level at 25.8%, dietary behaviors was good level at 45%, the stress management was fair level at 30.9%, There was a statistically significant of health promotion behaviors among the elderly of differencing data personal according to personal factors and self-perceived health status (p value < .05) It can be concluded that the perceive health status and health promotion behavior among the elders of elderly club is totally at higher level. These findings could be used for future approach strategy planning of health promotion behavior of elders .

Keywords : Elders Health promotion behaviors Perceived health status Elderly club

* Bankuan Health Promotion Hospital 144. Moo 11, Tumbon Bankuan, Amphur Langsuan, Chumphon Province 86110 e-mail: chareesripan@gmail.com

บทนำ

ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่อายุ 60 ปีขึ้นไป (1,2) ในปัจจุบันคนมีอายุยืนยาวมากขึ้นกว่าเดิมมากซึ่งเป็นผลมาจากการที่วิทยาการทางการแพทย์ดีขึ้น เฉพาะคนไทยจากข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยของสำนักสถิติแห่งชาติปี พ.ศ.2550 พบว่าประชากรทั้งสิ้น 65.6 ล้านคน เป็นประชากรสูงอายุ 7.02 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10.7 (3) จำนวนและอัตราส่วนของประชากรผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นทุกปี จากปี พ.ศ. 2503 ซึ่งมีผู้สูงอายุ 1.2 ล้านคน คิดเป็น 4.6% ของประชากรทั้งหมด เพิ่มขึ้นเป็น 3.6 ล้านคน คิดเป็น 6.3 % ของประชากรทั้งหมดในปี พ.ศ. 2535 และในปี พ.ศ. 2555 จะเพิ่มขึ้นเป็น 8.1 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 11.9 ประชากรทั้งหมด (4)

อัตราการเพิ่มของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องย่อมก่อให้เกิดปัญหาแก่ครอบครัว ชุมชน สังคม ประเทศชาติ ในการต้องดูแลให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ แต่ผู้สูงอายุยังมีปัญหาในด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน เนื่องจากเป็นวัยที่ร่างกายมีการถดถอยและเสื่อมลง เป็นผลทำให้โรคภัยไข้เจ็บต่างๆ เบียดเบียน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจจะมีปัญหาทางด้านสุขภาพอนามัย ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมจะยิ่งมากขึ้น และผู้สูงอายุในประเทศไทยส่วนใหญ่จะด้อยการศึกษา ทำให้ขาดความรู้ในการดูแลตนเองตั้งแต่วัยเด็ก จนเติบโตเป็นผู้ใหญ่ และวัยชรา อัตราส่วนการเป็นภาระวัยสูงอายุเท่ากับ 16.0 คือ ประชากรวัยแรงงาน 100 คน ต้องรับภาระเลี้ยงดูผู้สูงอายุ 16 คน โดยข้อมูลด้านสุขภาพพบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 1.6 เป็นโรคเส้นเลือดในสมองตีบ ร้อยละ 31.3 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 13.1 เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 6.9 เป็นโรคหัวใจ และ ร้อยละ 2.5 เป็นอัมพาต/อัมพฤกษ์ ซึ่งปัญหาดังกล่าวจะมีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกันตลอดชีวิต การดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนจึงเป็นแนวทางที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้อยู่ในสังคมอย่างมีคุณภาพและเป็นสุข (5)

ชมรมผู้สูงอายุ (Elderly club) เป็นการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุที่มีอุดมการณ์และจุดประสงค์เพื่อประโยชน์ร่วมกัน มีการจัดกิจกรรมให้ความรู้และส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และมีรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ถูกต้อง เหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกได้เข้าร่วมกิจกรรมทำให้มีสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม (6) การที่จะมีการส่งเสริมสุขภาพที่ดีในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวจำต้องมีข้อมูลเกี่ยวกับระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และน่าที่จะสำรวจเปรียบเทียบพฤติกรรมของประชากรกลุ่มนี้มาประกอบการพิจารณาในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น เนื่องจากการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ใช้ต้นทุนต่ำแต่ได้คุณประโยชน์สูง เพราะการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีจะลดปัญหาและผลกระทบที่เกิดแก่ผู้สูงอายุ ครอบครัวและสังคมลงได้ (7) การวิจัยนี้จึงได้กำหนดวัตถุประสงค์ไว้ 2 ประการ คือ ประการแรก เพื่อสำรวจระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และประการที่สองเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในอำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร

วิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการสำรวจโดยวิธีจับฉลากรายชื่อผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่จริงในอำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร จำนวน 353 คน ทั้งผู้ชายและผู้หญิง ทั้งที่เป็นสมาชิกชมรมและไม่เป็นสมาชิกชมรมตาม

สัดส่วน แล้วเลือกเฉพาะผู้สูงอายุที่มีสติสัมปชัญญะสามารถพูดคุยตอบข้อคำถามได้ และให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้สัมภาษณ์และสังเกตพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ดำเนินการระหว่าง วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2553 ถึง 30 เมษายน พ.ศ. 2553 และผู้วิจัยเก็บรวบรวมแบบสัมภาษณ์มาตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนแล้วจึงลงรหัส และบันทึกในคอมพิวเตอร์เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบ ส่วนที่ 2 ข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดของ Brook et al. (8) ซึ่งครอบคลุมการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุทั้ง 6 ด้าน ส่วนที่ 3 ประกอบด้วยประเด็นคำถามและข้อสังเกตพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender 1996 (9) ครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบสัมภาษณ์ดังกล่าวได้ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความชัดเจนของภาษาแล้วนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำไปทดสอบ (Try out) โดยสอบถาม พูดคุยและสังเกตกับกลุ่มประชากรผู้สูงอายุในอำเภอละแม จังหวัดชุมพร ซึ่งมีลักษณะทางประชากรที่คล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ทดสอบความเชื่อถือและการนำไปใช้ได้ โดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ด้วยโปรแกรม SPSS for Windows แล้วจึงนำไปปรับแก้ให้เกิดความสมบูรณ์ ก่อนจะจัดมอบให้บุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้สัมภาษณ์

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้นำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows โดยวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส แหล่งที่มาของรายได้ ความพอเพียงของรายได้ ภาวะการมีโรคประจำตัว การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพรายด้านแบ่งระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเป็น 5 ระดับ คือ ดีมาก ดี ปานกลาง ไม่ดี ไม่ดีมาก โดยแบ่งตามเกณฑ์และแปลผลระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตามแนวคิดของ Pender 2002 (10) วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส แหล่งที่มาของรายได้ ความพอเพียงของรายได้ การมีโรคประจำตัว และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติทดสอบ ไคว์สแควร์ (Chi-square independent) ซึ่งกำหนดระดับความเชื่อมั่นไว้ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 95

ผล

การสำรวจพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในอำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร จากการวิเคราะห์ข้อมูลได้ผลปรากฏว่าลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุที่สำรวจทั้งหมด 353 คน ประกอบด้วยผู้หญิง ร้อยละ 55.5 ผู้ชายร้อยละ 44.5 อายุเฉลี่ย 70.83 ± 7.05 ปี อายุต่ำสุด 60 ปี อายุสูงสุด 94 ปี ระดับการศึกษาจบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 65.2 การศึกษาสูงกว่าระดับชั้น

ประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 23.2 ไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 3.1 สถานภาพสมรส ร้อยละ 64.3 หม้าย ร้อยละ 28.0 โสด ร้อยละ 4.5 แยกกันอยู่ ร้อยละ 2.0 หย่า ร้อยละ 1.1 แหล่งที่มาของรายได้จากตัวเอง ร้อยละ 84.4 รายได้จากบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 40.5 รายได้ของผู้สูงอายุเมื่อเทียบกับรายจ่ายส่วนใหญ่เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 42.8 รองลงมาเพียงพอและเหลือเก็บ ร้อยละ 41.9 ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ร้อยละ 59.5 และโรคที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 40.2 รองลงมาโรคเบาหวาน ร้อยละ 13.6 ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่จัดตั้งขึ้นในชุมชน ร้อยละ 60.3 และ เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมทุกเดือน ร้อยละ 64.8 ระยะทางจากบ้านถึงที่ทำการชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่ อยู่ระหว่าง1 ถึง 3 กิโลเมตร ร้อยละ 56.3 การเดินทางไปร่วมกิจกรรมชมรมโดยบุตรหลานไปส่ง ร้อยละ 35.7 รองลงมา ขับรถไปเอง ร้อยละ 34.3

จากการสำรวจด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ปานกลาง และระดับต่ำ ผลการวิเคราะห์ปรากฏว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 66.6 ระดับสูง ร้อยละ 28.6 และระดับต่ำร้อยละ 4.8 เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลรายด้านปรากฏว่าด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีตส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 44.2 รองลงมาระดับปานกลาง ร้อยละ 34.6 ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.3 รองลงมาระดับสูง ร้อยละ 29.2 ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคตส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.7 รองลงมาระดับสูง ร้อยละ 30.6 ด้านการรับรู้เกี่ยวกับความต้านทานโรคและความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.3 รองลงมาระดับต่ำ ร้อยละ 28.3 ด้านการรับรู้เกี่ยวกับความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 94.9 รองลงมาระดับต่ำ ร้อยละ 5.1 ด้านการรับรู้เกี่ยวกับความเข้าใจของการเจ็บป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 74.2 รองลงมาระดับปานกลาง ร้อยละ 22.9

การสำรวจพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ระดับดีมาก ดี ปานกลาง ไม่ดี ไม่ดีมาก ปรากฏว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 36.8 รองลงมาระดับดีมาก ร้อยละ 26.9 เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลรายด้าน ปรากฏว่า ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 56.9 รองลงมาระดับดี ร้อยละ 29.7 ด้านการออกกำลังกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 25.8 รองลงมาระดับไม่ดีมาก ร้อยละ 19.8 ด้านการรับประทานอาหารส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 45.0 รองลงมาระดับดีมาก ร้อยละ 33.0 ด้านการจัดการกับความเครียดส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 30.9 รองลงมาระดับดี ร้อยละ 26.3 ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 34.0 รองลงมาระดับปานกลาง ร้อยละ 26.9 ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 50.1 รองลงมาระดับดี ร้อยละ 27.8

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุกับปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง ปรากฏว่าผู้สูงอายุที่มีเพศ การศึกษา การมีรายได้จากบุคคลในครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ การมีโรคประจำตัว การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p value = .022, .001, .004, .001, .048, .001, .001 ตามลำดับ) และการเปรียบเทียบพฤติกรรม

การส่งเสริมสุขภาพรายด้านของผู้สูงอายุกับปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง เช่น ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพปรากฏว่าผู้สูงอายุที่มีความเพียงพอของรายได้ การมีโรคประจำตัว การเป็นสมาชิกชมรมและการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (*p* value = .020, .006, < .001, < .001 ตามลำดับ)

สำหรับด้านการออกกำลังกาย ปรากฏว่าผู้สูงอายุที่มีความเพียงพอของรายได้ และการเป็นสมาชิกชมรมที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (*p* value < .001) ด้านการรับประทานอาหาร ปรากฏว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษา มีรายได้จากบุคคลในครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ และการเป็นสมาชิกชมรมที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (*p* value = .038, .048, .006, .001 ตามลำดับ) ด้านการจัดการความเครียด ปรากฏว่าผู้สูงอายุที่มีเพศ การมีรายได้เป็นของตัวเอง ความเพียงพอของรายได้ การเป็นสมาชิกชมรม และการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (*p* value = .027, .043, .001, .001, .020 ตามลำดับ) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ปรากฏว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้จากบุคคลในครอบครัว มีความเพียงพอของรายได้ และการเป็น สมาชิกชมรม ที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (*p* value = .006, .001, .001 ตามลำดับ) ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ปรากฏว่าผู้สูงอายุที่มี รายได้จากบุคคลในครอบครัว มีความเพียงพอของรายได้ การมีโรคประจำตัว และการเป็นสมาชิกชมรมที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (*p* value = .031, < .001, .007, .044 ตามลำดับ)

วิจารณ์

การเพิ่มขึ้นของขนาดและสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบายและแผนงานด้านผู้สูงอายุ เพราะในช่วงที่ผ่านมาอัตราการตายและอัตราการเกิดมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะการลดลงของอัตราการเกิด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุของประชากร ในปี 2548 มีประชากรสูงอายุ ร้อยละ 10.3 ของประชากรทั้งหมด และจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าตัวในปี 2568 เป็น 14 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด หรือประชากรมีอายุมัธยฐานมากกว่า 30 ปีทำให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ฉะนั้นจึงจำเป็นต้องมีการวางแผนและกำหนดยุทธศาสตร์ในการเตรียมพร้อมด้านประชากรผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ (4)

การวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และเข้าร่วมกิจกรรมทุกเดือนทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรม ดังนั้นนโยบายรัฐที่กำหนดให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุจึงทำให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารและมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดีซึ่งตรงกับคำอธิบายในปฏิญญาผู้สูงอายุไทยข้อที่ 3 ที่ได้กำหนดไว้ว่า ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการศึกษาเรียนรู้ และพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง เข้าถึงข้อมูลข่าวสารและ บริการทางสังคม

อันเป็นประโยชน์ในการดำรงชีวิต เข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของสังคมรอบด้าน เพื่อสามารถปรับบทบาทของตนให้สมวัย (11)

การสำรวจพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมปรากฏว่าพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี การที่จะทำให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างมีความสุข ย่อมหมายถึงผู้สูงอายุต้องมีสุขภาพดีทั้งกายและใจ อยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรีและเหมาะสม ปัจจัยที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่ยืนยาวอย่างมีความสุข ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพให้คงทนแข็งแรงอยู่เสมอ ป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นไว้ก่อน และเร่งรีบแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว ดังนั้นการส่งเสริมพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจำเป็นจะต้องร่วมมือกันทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาชนทั่วไปและตัวผู้สูงอายุเองมิใช่หน้าที่ของผู้หนึ่งผู้ใดโดยเฉพาะ (1)

การวิจัยนี้สรุปได้ว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมมีการรับรู้ภาวะสุขภาพและมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีถึงดีมาก จากผลการวิจัยดังกล่าว สามารถให้ข้อเสนอแนะได้ดังนี้ คือ ควรนำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจและวิเคราะห์มาเป็นแนวทางในการวางแผนรณรงค์ กำหนดกิจกรรมการให้บริการเชิงรุกให้มากขึ้น ตรงกับมีผู้อธิบายไว้ว่าหน่วยงานด้านวิชาการที่ศึกษาวิจัย หรือสนับสนุนหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ในการศึกษาเรื่องเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเด็นต่างๆ ควรเผยแพร่สู่สาธารณชน (12) และการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุที่มีมาหลายปีนั้นได้นำกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การคัดกรองโรค การส่งเสริมสุขภาพ โดยการสนับสนุนจากครอบครัว องค์กรภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน แสดงให้เห็นว่าควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุมาร่วมกิจกรรมให้มากขึ้นและองค์กรต่างๆ ควรมีการสนับสนุนการดำเนินงานของชมรมอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ตรงกับมีผู้อธิบายไว้ว่าการขอความร่วมมือกับองค์กรอื่นๆ ในชุมชน เพื่อสนับสนุนกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ และให้โอกาสผู้สูงอายุได้แสดงความสามารถและตระหนักในคุณค่าของตนเองอย่างแท้จริง (13)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ศาสตราจารย์ ดร. เวคิน นพนิตย์ ประธานบริหาร (CEO & Director) ของThe Professional Associates of Thailand ที่อ่านและวิพากษ์นิพนธ์ต้นฉบับ ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชัยณรงค์ อภิณหพัฒน์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต ที่ได้สอนการวิเคราะห์ข้อมูล การเขียนวิธีการวิจัย และตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัยขอขอบคุณ ดร.กฤตย์ติวัฒน์ ฉัตรทอง และคุณนราวดี สันสยะ ที่ได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. บรรลุ ศิริพาณิช : คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์. สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมป์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี. หมอชาวบ้าน, กรุงเทพฯ. หน้า 3, 2549.
2. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ : การพยาบาลผู้สูงอายุ. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ. หน้า 1-3, 2551.
3. สถิติผู้สูงอายุไทย. สำนักงานสถิติและสังคมแห่งชาติ. กรุงเทพฯ. หน้า 19, 2545.
4. บรรลุ ศิริพาณิช : ชมรมผู้สูงอายุ (การศึกษารูปแบบและการดำเนินงานที่เหมาะสม). กรุงเทพฯ. เรือนแก้ว, หน้า 2-119, 2539.

5. อรวรรณ์ คูหา และ นันทศักดิ์ ธรรมานวัตร์. โครงการวิจัย เรื่อง การศึกษาระบบ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพในชุมชน. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี. หน้า13-74, 2552.
6 อุบลพรรณ จุฑาสมิต และ วันดี โภคะกุล : วันอนามัยโลก. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี. หน้า 30-106, 2542.
7. อำพล จินดาวัฒนะ. กระบวนทัศน์ในการสร้างเสริมสุขภาพ. ว. สร้างเสริมสุขภาพ 2 : 58-59, 2552.
8. Brook, K.J., Ware, J.E.,Davies-Avery, A., Stewart, A.L., Donald, C.A., Roger, W.H. : Overview of Adult Health Status Measuers Fielded in Rand's Health. Medical Care, 17 : 1-131, 1979.
9. Pender, N.J. : Health Promotion in Nursing Practice (3rd ed.). Stamford, CO: Appleton & Lange. : 36-73, 1996.
10. Pender, N. J., Murdaugh, N. I., Pason M. A. : Health Promotion in Nursing Practice (4th ed.). Prentice Hall. New Jersey. P. 60, 2002.
11. ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย. สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ. (Cite 16/02/2011) Avail able form : http://www.oppo.go.th/info/aboutus.htm
12. หน่วยงานภาครัฐที่ดำเนินการด้านผู้สูงอายุ. สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ. (Cite 16/02/2011) Avail able form : http://www. oppo.go.th/info/aboutus.htm
13. จะอยู่อย่างไรในวัยสูงอายุ. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี. (Cite 16/02/2011) Avail able form : http://www.elibonline.com/doctors3/senile_living01.html