

Health Promotion Behaviors among Thai Elders in the Urban Area: The Banbu Community, Bangkok-Noi District, Bangkok *

Prangtip Ucharattana, Wattana Pansakd, Chaweewan Posre

Corresponding author:

P. Ucharattana

E-mail: nspuc@mahidol.ac.th

Prangtip Ucharattana RN MA

Associate Professor, Faculty of nursing,

Mahidol University, Bangkok, Thailand

Wattana Pansakd RN MS

Associate Professor, Faculty of Nursing,

Mahidol University, Bangkok, Thailand

Chaweewan Posre RN MS

Associate Professor, Faculty of Nursing,

Mahidol University, Bangkok, Thailand

** This study is a part of research project granted by Mahidol University in 2008.*

Abstract:

Purpose: To explore health promotion behaviors among Thai elders in an urban area of Bangkok.

Design: Descriptive research.

Methods: A total of 154 elder residents living in the Banbu community, Bangkok was recruited. A structured questionnaire on health promotion behaviors was developed, and utilized. Descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficient were used for data analysis.

Main finding: The majority of the elders were female (70.1%), with a mean age of 68.55 ± 6.49 years, and more than half were married (61.7%). The highest education level was elementary school (57.1%). Most were Buddhists (98.7%) and lived with their family (92.9%); had no occupation (74.7%); and had a mean income of $3,924.03 \pm 5,641.68$ baht. The majority of income was from their children. The top three diseases were hypertension (55.2%), diabetes mellitus (28.6%), and hyperlipidemia (27.3%). Most of them used Universal Coverage (58.4%). They needed help from family to go to hospital (51.3%), cooking (35.7%) and support from the community including health care information (53.9%), and setting activities to generate income (39.6%). Most elders revealed a moderate level of overall health promotion behaviors ($\bar{X} = 2.45 \pm 0.23$) including health responsibilities, nutrition, interpersonal relations, spiritual growth, and stress management. They reported a low level of physical activities ($\bar{X} = 1.95 \pm 0.47$). The top three of chronic diseases were positively related to overall health behaviors $r = .239, p < .01; r = .194, r = .174, p < .05$, respectively)

Conclusion and recommendations: Thai elderly in urban areas need to be encouraged into promoting all aspects of their health, especially physical activities. Health care providers can enhance self-care capability and collaborate with family and community to support health promotion behaviors in the elderly. This may contribute to elders living independently and maintaining their dignity.

Keywords: health promotion behaviors, Thai elders, urban area

J Nurs Sci 2011;29(3): 83-93

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชุมชนแออัด เขตเมือง: กรณีศึกษาชุมชนบ้านบุ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร *

ปราศรัย อู่ระรัตน์ วัฒนา พันธุ์ศักดิ์ ฉวีวรรณ โพธิ์ศรี

Corresponding author:

ปราศรัย อู่ระรัตน์

E-mail: nspuc@mahidol.ac.th

ปราศรัย อู่ระรัตน์ RN MA

รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วัฒนา พันธุ์ศักดิ์ RN MS

รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ฉวีวรรณ โพธิ์ศรี RN MS

รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

* งานวิจัยนี้เป็นการรายงานข้อมูลระยะที่ 1 ของ
โครงการวิจัยทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยมหิดล
ปีงบประมาณ 2551

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชุมชน
แออัดเขตเมือง

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนา

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุในชุมชนบ้านบุอายุ 60 ปีขึ้นไป
จำนวน 154 คน เก็บข้อมูลโดยแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิง
พรรณนา และหาความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย: ผู้สูงอายุเพศหญิง (ร้อยละ 70.1) อายุเฉลี่ย 68.55 ± 6.49 ปี
สมรส (ร้อยละ 61.7) จบประถมศึกษา (ร้อยละ 57.1) ศาสนาพุทธ (ร้อยละ
98.7) พักอาศัยกับครอบครัว (ร้อยละ 92.9) ไม่มีอาชีพ (ร้อยละ 74.7) รายได้
เฉลี่ยต่อเดือน $3,924.03 \pm 5,641.68$ บาท แหล่งรายได้หลักมาจากบุตร
(ร้อยละ 53.5) เจ็บป่วยใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 58.4) มี
โรคประจำตัว 3 อันดับแรก คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวานและไขมันในเลือด
สูง (ร้อยละ 55.2, 28.6, 27.3) ความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัว
อันดับแรกคือ การพาไปโรงพยาบาล (ร้อยละ 51.3) รองลงมาคือ การช่วย
หุงหาอาหาร (ร้อยละ 35.7) ความต้องการการสนับสนุนจากชุมชนอันดับแรก
คือ การได้รับข้อมูลเรื่องสุขภาพ (ร้อยละ 53.9) รองลงมาคือ การส่งเสริม
รายได้ (ร้อยละ 39.6) มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมระดับปานกลาง
($\bar{X} = 2.45 \pm 0.23$) กิจกรรมทางกายระดับต่ำ ($\bar{X} = 1.95 \pm 0.47$) ภาวะ
โรคเรื้อรัง 3 อันดับแรกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม
 $r = .239, p < .01; r = .194, r = .174, p < .05$ ตามลำดับ)

สรุปและข้อเสนอแนะ: พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชุมชน
แออัดเขตเมือง อยู่ในระดับที่ควรได้รับการส่งเสริมทุกด้าน โดยเฉพาะด้าน
กิจกรรมทางกาย บุคลากรสาธารณสุขควรพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุให้มีความ
สามารถในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองได้ โดยมีครอบครัวและชุมชนเป็น
แหล่งสนับสนุน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเองได้และมีศักดิ์ศรี

คำสำคัญ: พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุไทย ชุมชนแออัดเขตเมือง

J Nurs Sci 2011;29(3): 83-93

ความสำคัญของปัญหา

การเพิ่มสัดส่วนประชากรสูงอายุในประเทศไทย เป็นผลมาจากอัตราเพิ่มประชากรสูงอายุ สูงกว่าอัตราเพิ่มประชากรรวมของประเทศ สัดส่วนประชากรวัยเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีลดลง ขณะที่ประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น ดัชนีผู้สูงอายุของประเทศไทยปี 2550 เท่ากับ 47.7 หมายความว่าประเทศไทยมีสัดส่วนของประชากรวัยสูงอายุเพิ่มมากขึ้นจนเกือบจะเป็นครึ่งหนึ่งของประชากรวัยเด็ก¹ ล่าสุดในปี 2552 พบว่าผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11.54² จากการที่สัดส่วนของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ลักษณะการพึ่งพาทางเศรษฐกิจและการเกื้อหนุนทางสังคมระหว่างประชากรวัยต่างๆ เปลี่ยนแปลงไป อัตราส่วนศักยภาพการเกื้อหนุนผู้สูงอายุมีแนวโน้มลดลงจากปี 2540 ผู้สูงอายุ (65 ปีขึ้นไป) 1 คน มีคนวัยแรงงาน (15-64 ปี) 12 คนดูแล ในขณะที่ปี 2550 มีคนวัยแรงงาน 9 คนดูแล² และแนวโน้มจะเหลือเพียง 3 คน ต่อผู้สูงอายุหนึ่งคน ในปี 2583³ อัตราการเพิ่มที่สูงมากของผู้สูงอายุเป็นประเด็นสำคัญที่สังคมต้องให้ความสนใจ ทั้งนี้เพราะการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลต่อระบบสุขภาพทั้งระบบ หากไม่มีการดำเนินการที่เหมาะสมก็จะส่งผลกระทบต่อประเทศชาติในภาพรวม โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนแออัดเขตเมืองในกรุงเทพมหานคร เพราะเป็นถิ่นที่อยู่ของบุคคลที่มีรายได้และมาตรฐานความเป็นอยู่ต่ำ ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่แน่นอน อาศัยในบ้านเรือนติดกัน หนาแน่นแออัด ไม่ถูกสุขลักษณะ มีปัญหาขยะมูลฝอย ปัญหาสังคม เศรษฐกิจ และรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ต้องปรับตัวอย่างมาก ส่งผลให้ผู้สูงอายุประสบปัญหาสุขภาพอนามัย การดำเนินชีวิตในวงแคบ การร่วมทำกิจกรรมต่างๆ ลดน้อยลง ผลกระทบของความเปราะบางคือผู้สูงอายุมีอำนาจในการควบคุมบุตรหลานลดลง³ ผู้หญิงทำงานนอกบ้านเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุบางคนต้องอยู่ตามลำพัง เพราะลูกหลานออกไปประกอบอาชีพหาเลี้ยงตนเองและครอบครัว ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสขาดคนดูแลมากขึ้นส่งผลให้สภาวะสุขภาพกายและจิตเสื่อมโทรม นอกจากนี้จากสภาพความเป็นเมืองยังไม่เอื้อให้เกิดการรวมกลุ่ม และการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน² ชุมชนบ้านบุเป็นตัวอย่างหนึ่งของชุมชนแออัดเขตเมือง⁴ ตั้งอยู่ริมคลองบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร เป็นชุมชนดั้งเดิม อาศัยอยู่กันมาหลายชั่วอายุคน เนื้อที่ประมาณ 25 ไร่ มีการแบ่งพื้นที่เป็น 2 โซน โดยใช้คลองเก่าแก่ในชุมชนเป็นเขตแบ่ง เพื่อความสะดวกในการดูแลประชากรในพื้นที่ของกรรมการชุมชน คือโซน

วัดสุวรรณารามและโซนบ้านบุ สภาพที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่เป็นบ้านไม้เรือนแถวและบ้านไม้ 1-2 ชั้น ประตูติดๆ กันค่อนข้างแออัด จำนวนประมาณ 400 หลังคาเรือน มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ประมาณ 250 คน (ข้อมูลการสำรวจชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2550) ลักษณะของชุมชนมีตรอกชอกชอยมากมาย การคมนาคมภายในชุมชนรถยนต์ไม่สามารถสัญจรผ่านได้ เหตุเพราะถนนภายในชุมชนกว้างเพียง 1-2 เมตร ดังนั้นการคมนาคมภายในชุมชนจึงใช้การเดิน ขี่จักรยาน จักรยานยนต์ ซึ่งค่อนข้างเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ จากการที่ผู้วิจัยเข้าไปทำวิจัยเชิงสำรวจ⁵ และวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม⁶ ในชุมชนนี้ประมาณเกือบ 3 ปี ทำให้มีโอกาสได้พบเห็นและเรียนรู้ว่าผู้สูงอายุในชุมชนนี้ส่วนใหญ่มีเศรษฐกิจค่อนข้างต่ำ พฤติกรรมสุขภาพไม่ดี ไม่ออกกำลังกายไม่ค่อยมีการทำกิจกรรมร่วมกัน บางคนต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว จากการตรวจวัดความดันโลหิตและเจาะเลือดปลายนิ้ว เพื่อวัดระดับน้ำตาลในผู้สูงอายุ 90 คน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขใน พ.ศ.2551 พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนนี้มีภาวะโรคเรื้อรัง (โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน) ถึงร้อยละ 41.1 ซึ่งสอดคล้องกับรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยพบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 54.9 มีโรคเรื้อรังประจำตัวมากกว่า 1 โรค² ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ โดยโรคเรื้อรังที่พบมากในผู้สูงอายุได้แก่ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ ไชมันในเลือดสูง^{7,8} ดังนั้นแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุควรมุ่งเน้นที่การป้องกันมากกว่าการรักษา⁹ และกิจกรรมด้านบวกที่ช่วยส่งเสริมการมีสุขภาพดีและป้องกันภาวะสุขภาพไม่ดี คือการที่บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม เพนเดอร์⁹ กล่าวว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพเพื่อเพิ่มระดับความพอใจของชีวิตและความมีคุณค่าของตนเองประกอบด้วย กิจกรรม 6 ด้าน คือด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณและการจัดการกับความเครียด ถ้าบุคคลสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจนเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิต จะทำให้บุคคลนั้นมีสุขภาพดี หากบุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่เหมาะสม ก็สามารถทำให้เกิดโรคหรือเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ รัฐบาลตระหนักดีถึงปัญหานี้ จึงเร่งดำเนินการส่งเสริมกิจกรรมเพื่อการพัฒนาสุขภาพทั้งกายและใจให้มีความต่อเนื่อง มีนโยบายให้ก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุทุกหมู่บ้านและหา

รูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุ⁷ คณะผู้วิจัยซึ่งเป็นบุคลากรทางด้านสาธารณสุขสังเกตเห็นว่า การร่วมมือกันทุกภาคส่วนในการคิดหาวิธีที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพสูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสเป็นประเด็นสุขภาพที่สำคัญและเร่งด่วน จึงสนใจศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดเขตเมือง โดยใช้ชุมชนบ้านบุญเป็นกรณีศึกษา เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับดำเนินโครงการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในการสร้างเสริมสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดเขตเมือง
2. ความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดเขตเมือง
3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะโรค และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดเขตเมือง

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
2. ภาวะโรค 3 อันดับแรกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการดำเนินงานระยะแรกของโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในการสร้างเสริมสุขภาพ” ใช้ระเบียบวิจัยเชิงสำรวจ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชากรที่อาศัยในชุมชนบ้านบุญ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร อายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวนประมาณ 250 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของยามานะ (Yamane)¹⁰ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ต่ำกว่า 154 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบสะดวกจากทั้ง 2 โซนของชุมชนตามเกณฑ์คือ ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ให้ได้จำนวนไม่ต่ำกว่า 154 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้าง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์⁹ ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

ด้านผู้สูงอายุจำนวน 3 ท่าน ค่า CVI .97 มีรายละเอียดดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปจำนวน 22 ข้อ ถามข้อมูลเกี่ยวกับอายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ศาสนา โรคประจำตัว ปัญหาสุขภาพ การสูบบุหรี่และดื่มสุรา การตรวจสุขภาพ และตรวจตามนัด สิทธิการรักษา ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วยและสัมพันธภาพภายในครอบครัว ส่วนที่ 2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำนวน 40 ข้อ ถามข้อมูลเกี่ยวกับวิถีการดำเนินชีวิตตามกรอบแนวคิด 6 ด้านของเพนเดอร์ ทุกข้อเป็นคำถามเชิงบวก คำตอบเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เคย = 1 บางครั้ง = 2 บ่อยครั้ง = 3 เสมอ = 4 มีเกณฑ์การพิจารณาค่าคะแนนดังนี้ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-2.00) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.01-3.00) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับดี (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.01-4.00) ส่วนที่ 3 แบบประเมินความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัวจำนวน 9 ข้อ ถามข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการการช่วยเหลือเกี่ยวกับการหุงหาอาหาร ทำงานบ้าน พาไปพบแพทย์ พุดคุย พาไปเที่ยว ทำบุญ เยี่ยมญาติ ชื่อของและพาไปร่วมกิจกรรมของชุมชน แบบประเมินความต้องการการสนับสนุนจากชุมชนจำนวน 9 ข้อ ถามข้อมูลเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมให้ความรู้ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การจัดหน่วยให้คำปรึกษาและช่วยเหลือ กิจกรรมการแลกเปลี่ยนความรู้และทักษะชีวิต กิจกรรมส่งเสริมรายได้ กิจกรรมด้านโภชนาการ การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ การจัดสิ่งแวดล้อมในชุมชนและการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ คำตอบคือต้องการและไม่ต้องการ (ไม่ต้องการ = 0 ต้องการ = 1) นำแบบสัมภาษณ์ไปทดสอบความเที่ยงกับผู้สูงอายุ 30 คน แบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 2 ได้ค่า $\alpha = .76$ ส่วนที่ 3 ได้ค่า KR-20 = .85

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารหมายเลข MU-2007/228 หลังจากนั้นผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร ก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย สิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ รวมถึงการเก็บข้อมูลส่วนตัวเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่สรุปผล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม-มีนาคม 2551 โดยขอความ

อนุเคราะห์จากอาสาสมัครสาธารณสุข ในการนำเข้าสู่สัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และยินดีให้ความร่วมมือจากทั้ง 2 โชนของชุมชน จนครบตามจำนวนที่กำหนดคือ 154 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยส่วนบุคคลและความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเป็นโรคเรื้อรัง 3 อันดับแรก และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ (n=154)

กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิงร้อยละ 70.1 เพศชายร้อยละ 29.9 อายุระหว่าง 60-69 ปี ซึ่งมีมากกว่าช่วงอายุอื่นคือ ร้อยละ 59.7 ($\bar{X} = 68.55 \pm 6.49$ ปี) สถานภาพสมรส ร้อยละ 61.7 รองลงมาคือหม้าย/ หย่า/ แยก ร้อยละ 29.9 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 57.1 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 98.7 ไม่ประกอบอาชีพร้อยละ 74.7 มีส่วนน้อยยังประกอบอาชีพ (ร้อยละ 25.3) รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 72.1 ($\bar{X} = 3,924.03 \pm 5,641.68$ บาท Mode = 500 บาท) แหล่งรายได้หลักมาจากบุตร (ร้อยละ 53.5) รายได้ไม่เพียงพอกับการใช้จ่ายในครอบครัว (ร้อยละ 59.7) พักอาศัยกับครอบครัวร้อยละ 92.9 สัมพันธภาพภายในครอบครัวดีร้อยละ 63.0 ภาวะโรคเรื้อรัง 3 อันดับแรกคือ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 55.2 เบาหวานร้อยละ 28.6 และไขมันในเลือดสูงร้อยละ 27.3 และมีปัญหาอื่นๆ เช่น กระดูกและข้อร้อยละ 26.2 ฟันร้อยละ 24.0 สายตาและปัสสาวะบ่อยมีจำนวนเท่ากันร้อยละ 22.1 การได้ยิน

ร้อยละ 20.8 การมีพฤติกรรมเสี่ยงเช่น สูบบุหรี่ร้อยละ 14.3 (ชายร้อยละ 9.1,หญิงร้อยละ 5.2) ดื่มสุราร้อยละ16.2 (ชายร้อยละ 11.6, หญิงร้อยละ 4.6) ส่วนใหญ่เมื่อเจ็บป่วยใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพร้อยละ 58.4 ตรวจสุขภาพประจำปีร้อยละ 50.6 ตรวจสุขภาพตามนัดร้อยละ 76.6 ระบุว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดีร้อยละ 44.8 เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตร้อยละ 81.2 เมื่อเจ็บป่วยมีผู้ดูแลร้อยละ 90.9

2. ความต้องการการช่วยเหลือและสนับสนุน จำแนกเป็นความต้องการการช่วยเหลือจากครอบครัว และความต้องการการสนับสนุนจากชุมชนพบว่า จากจำนวนผู้สูงอายุ 154 คน แต่ละคนมีความต้องการที่หลากหลาย ซึ่งสามารถสรุปผลตามลำดับความต้องการดังนี้ ความต้องการการช่วยเหลือจากครอบครัวคือ การพาไปพบแพทย์ (ร้อยละ 51.3) หุงหาอาหารให้รับประทาน (ร้อยละ 35.7) พาไปเที่ยวพักผ่อนหย่อนใจ (ร้อยละ 29.9) พุดคุยแก้เหงา (ร้อยละ 25.3) และพาไปเยี่ยมญาติ (ร้อยละ 23.4) สำหรับความต้องการการสนับสนุนจากชุมชนคือ การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ (ร้อยละ 53.9) การจัดกิจกรรมส่งเสริมรายได้ (ร้อยละ 39.6) การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ (ร้อยละ 33.8) กิจกรรมการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ (ร้อยละ 33.1) และการจัดหน่วยให้คำปรึกษาและให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ (ร้อยละ 31.2)

3. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จากคะแนนเต็ม 4 พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมระดับปานกลาง ส่วนรายด้านทั้ง 6 ด้านพบว่า ด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับต่ำ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอีก 5 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านโภชนาการมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าด้านอื่น รองลงมาคือด้านการจัดการความเครียด (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้าน (n=154)

พฤติกรรม	\bar{X}	SD	การแปลผล
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมทั้ง 6 ด้าน	2.45	0.23	ปานกลาง
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	2.17	0.41	ปานกลาง
ด้านกิจกรรมทางกาย	1.95	0.47	ต่ำ
ด้านโภชนาการ	2.88	0.36	ปานกลาง
ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	2.48	0.43	ปานกลาง
ด้านการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ	2.45	0.54	ปานกลาง
ด้านการจัดการกับความเครียด	2.76	0.35	ปานกลาง

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดเขตเมือง

4.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านทุกด้าน

4.2 ภาวะโรค พบว่า การเป็นโรคเรื้อรัง 3 อันดับแรก (โรคความดันโลหิตสูง เบาหวานและภาวะไขมัน

ในเลือดสูง) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านคือ พฤติกรรมด้านโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$, $p < .01$) ส่วนการเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และการเป็นโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล โดยทุกตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($r = .305$ - $r = .169$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างภาวะโรคเรื้อรัง 3 อันดับแรกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดเขตเมือง (n=154)

พฤติกรรมสุขภาพ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)		
	ความดันโลหิตสูง	เบาหวาน	ไขมันในเลือดสูง
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมทั้ง 6 ด้าน	.239**	.194*	.174*
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	.305**	.116	.142
ด้านกิจกรรมทางกาย	.134	-.020	.060
ด้านโภชนาการ	.216**	.274**	.237**
ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล	.108	.169*	.038
ด้านการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ	.022	.110	.029
ด้านการจัดการกับความเครียด	.039	.019	.123

* $p < .05$ ** $p < .01$

การอภิปรายผล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ (n=154)

เพศ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 70.1 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในเขตกรุงเทพมหานคร และต่างจังหวัด^{11-12,16-17} พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุประจำปี 2552 พบว่าหญิงสูงอายุมีสัดส่วนสูงกว่าชายสูง อายุ (ร้อยละ 56, ร้อยละ 44) ผู้หญิงไทยมีอายุยืนกว่าผู้ชายประมาณ 7 ปี ที่เป็นเช่นนี้อาจอธิบายได้ว่า ผู้ชายในอดีตมีการใช้ชีวิตที่มีความเสี่ยงที่เป็นการทำลายสุขภาพมากกว่าผู้หญิง ไม่ว่าจะเป็นการสูบบุหรี่หรือการดื่มสุรา² ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่า ผู้สูงอายุชายดื่มสุราและสูบบุหรี่มากกว่าหญิง จึงอาจเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุเพศหญิงมีอายุยืนมากกว่าผู้สูงอายุชาย อายุ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้นที่ยังมีสุขภาพแข็งแรง อายุระหว่าง 60-69 ปีมากที่สุดร้อยละ 59.7 สอดคล้องกับรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุประจำปี 2552 พบว่า ประเทศไทยมีผู้สูงอายุประมาณ 7.1 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 11.5 ของประชากรทั้งหมด จำแนกเป็นประชากรสูงอายุก่อนวัยต้น

(อายุ 60-69 ปี) ร้อยละ 6.3 วัยกลาง (70-79 ปี) ร้อยละ 3.8 และวัยปลาย (ตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 1.5 นั่นคือมากกว่าร้อยละ 50 เป็นผู้สูงอายุวัยต้นซึ่งส่วนใหญ่ยังมีสุขภาพแข็งแรง ความเสื่อมของร่างกายไม่มากยังช่วยเหลือตนเองได้¹⁴ ระดับการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับประถมศึกษาและไม่ได้เรียนหนังสือรวมกันถึงร้อยละ 75.9 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 70 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า^{3,8} อาชีพและรายได้ ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 74.7 ไม่มีรายได้จากการทำงาน มีเพียงร้อยละ 25.3 ยังประกอบอาชีพ ผู้สูงอายุร้อยละ 72.1 มีรายได้เดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าอาชีพส่วนใหญ่ของชาวชุมชนนี้ เป็นอาชีพรับจ้างใช้แรงงานในตลาดคานาน้ำเย็นบริเวณสถานีรถไฟธนบุรี ซึ่งเป็นงานหนักต้องตื่นไปทำงานตั้งแต่ตี 3-4 และการประกอบอาชีพลักษณะนี้จึงไม่เหมาะกับผู้สูงอายุ นอกจากมีความจำเป็นจริงๆ สอดคล้องกับผลสำรวจภาวะการทำงานของประชากรสูงอายุ²⁸ พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 38.8 ยังต้องทำงานเพื่อหาเลี้ยงตนเองและครอบครัว อย่างไรก็ตามแหล่งรายได้หลักของผู้สูงอายุกลุ่ม

ตัวอย่างมาจากบุตรมากที่สุด รองลงมาคือมีรายได้เป็นของตนเอง ซึ่งประเด็นนี้สอดคล้องกับผลงานวิจัยที่ผ่านมา²⁴ การพักอาศัยกับครอบครัว ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดร้อยละ 92.9 พักอาศัยอยู่กับครอบครัวและมีสัมพันธภาพภายในครอบครัวดีร้อยละ 63.0 ซึ่งเป็นข้อดีของลักษณะการอยู่อาศัยอย่างไทย จากผลการศึกษาที่ผ่านมา³ พบว่าผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 59.4 พักอาศัยอยู่ในครอบครัวขยายและผู้มีบทบาทหลักในการดูแลผู้สูงอายุยังคงเป็นครอบครัว ร้อยละ 81.2 เป็นบุตรหลานและญาติ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าทัศนคติของคนไทยให้คุณค่ากับคนในครอบครัวสูง

2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดเขตเมือง

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุรายด้านทั้ง 6 ด้านพบว่า ด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 1.95 \pm 0.47$) ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา^{10,11,12} สอดคล้องกับผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ² สำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ¹³ รายงานว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย ผลสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 41 พบว่าผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 60.4) อายุ 70-79 ปี (ร้อยละ 35.6) อายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 20.6) มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอจากรายงานสถานการณ์สภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไทยพบว่าผู้สูงอายุออกกำลังกายเพียงร้อยละ 28.0 โดยผู้สูงอายุไม่ถึงครึ่งออกกำลังกายเป็นประจำ เหตุผลส่วนใหญ่ที่ผู้สูงอายุไม่ออกกำลังกายคือ ไม่สนใจ ทำงานที่ต้องใช้แรงกายมากอยู่แล้ว และไม่มีเวลา⁸ ดังจะเห็นได้จากหลายการศึกษาที่รายงานผลตรงกันว่า ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายน้อย โดยเฉพาะผู้สูงอายุในชุมชนแออัดเขตเมือง ที่มีข้อจำกัดของการเดินทางและสถานที่สำหรับการออกกำลังกายมีค่อนข้างน้อย คับแคบจากการที่พื้นที่ส่วนใหญ่ถูกนำไปใช้เพื่อการสร้างที่อยู่อาศัยและการพัฒนาขยายตัวเมือง¹⁴ ชุมชนนี้ก็เช่นกันมีสถานที่ออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุเพียง 1 แห่ง โดยไปขอใช้สถานที่จอดรถของวัดสุวรรณารามสำหรับออกกำลังกายในตอนเย็นวันจันทร์-ศุกร์เวลาประมาณ 17.00-18.00 น. จาก การสัมภาษณ์ผู้สูงอายุบอกเหตุผลว่า ไม่อยากไปออกกำลังกายเพราะระยะทางไกล ไม่สะดวก จึงอาจกล่าวได้ว่า ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้สุขภาพของผู้สูงอายุไม่แข็งแรง คือ การขาดการสร้างเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกาย

ซึ่งประเด็นนี้มีความสำคัญที่ควรได้รับส่งเสริมในรูปแบบที่เหมาะสมโดยเร่งด่วน

ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.45 \pm 0.23$) สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา^{11-12,15-16} พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมระดับปานกลาง แต่ไม่สอดคล้องกับบางผลงานวิจัย^{14,17} พบผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมระดับดี งานวิจัยที่พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพระดับดีทั้ง 2 เรื่อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครเช่นเดียวกับงานวิจัยครั้งนี้ แต่ใช้กลุ่มตัวอย่างที่มาเข้าร่วมชมรม/กิจกรรมผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่มีการศึกษาค่อนข้างดี ไม่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ มีความตระหนักและตื่นตัวในเรื่องการดูแลสุขภาพอยู่แล้ว ต่างกับผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาต่ำ รายได้น้อย เวลาส่วนใหญ่ต้องใช้ในการหาเลี้ยงตนเอง ต้องช่วยเหลือครอบครัวในการทำงานบ้าน เลี้ยงหลาน การเอาใจใส่ต่อสุขภาพจึงอาจมีไม่มากเท่าที่ควร

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดเขตเมือง

3.1 ปัจจัยส่วนบุคคล การศึกษาครั้งนี้พบว่า อายุ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องและไม่สอดคล้องกับผลงานวิจัยที่ผ่านมา เช่น เพศ มีบางการศึกษาพบว่าเพศชายมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศหญิง^{11,18} เพศหญิงดีกว่าชาย¹³ บางการศึกษาพบว่าไม่แตกต่างกัน^{11,14,17} สำหรับอายุ¹¹ รายได้และสถานภาพการสมรส^{11,14,18} ระดับการศึกษา^{14,18} ไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ บางการศึกษา^{9,11-13} พบว่าอายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษาและรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สำหรับผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเกือบร้อยละ 60 เป็นผู้สูงอายุตอนต้น มีสถานภาพใกล้เคียงกัน อยู่ในสิ่งแวดล้อมเดียวกัน จึงอาจเป็นเหตุให้มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพไม่ต่างกัน

3.2 ภาวะโรค เมื่ออย่างเข้าสู่วัยสูงอายุ สภาพร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไป การทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ เสื่อมถอยลงตามธรรมชาติ ร่วมกับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมตั้งแต่วัยผู้ใหญ่อย่างต่อเนื่อง ทำให้เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ มักมีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ตามมา ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ภาวะโรค 3 อันดับแรก (ความดัน

โลหิตสูง เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและพฤติกรรมด้านโภชนาการ ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยที่ผ่านมา¹³ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง¹⁹ เบาหวาน²⁰ คือ ความอ้วน ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง และภาวะโภชนาการไม่ดี และการที่จะมีสุขภาพดีได้นั้นขึ้นอยู่กับพฤติกรรมปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ตั้งแต่การมีพฤติกรรมการบริโภคที่ดี การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มแอลกอฮอล์และเดินสายกลางในชีวิต²¹ ผลการศึกษาที่ผ่านมา²² พบว่าองค์ประกอบพื้นฐานสำคัญอันดับแรกในการดูแลสุขภาพตนเองคือ ความรู้ รองลงมาคือ ความมีวินัย ซึ่งปัจจัยที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีวินัยในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องคือ การรับรู้ของตนเอง และแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม²⁶ ชุมชนบ้านบุเป็นชุมชนเขตเมืองที่มีบุคลากรสุขภาพหลายฝ่ายเข้ามาให้การดูแลอาทิ พยาบาลจากศูนย์สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และชุมชนนี้ยังเป็นแหล่งฝึกปฏิบัติงานการพยาบาลสาธารณสุขของนักศึกษาจากสถาบันการศึกษาพยาบาลแห่งหนึ่งมาเป็นเวลานานกว่า 20 ปี หากแต่ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างยังมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งโดยรวม และรายด้านในระดับปานกลางและต่ำ จึงสามารถให้ข้อคิดได้ว่า วิธีการดูแลและกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงแรงสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนที่ดำเนินการอยู่ อาจยังไม่เหมาะสมเพียงพอที่จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ และมีวินัยในการดูแลสุขภาพตนเองได้เท่าที่ควร ดังนั้นผู้ที่มีส่วนรับผิดชอบ จึงควรต้องพิจารณาค้นหาวิถีที่เหมาะสม ในการเข้าไปสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ผลการศึกษาพบว่า การเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ สอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์⁹ ที่ว่าบุคคลที่มีความรับผิดชอบต่อการดูแลสุขภาพตนเองสูง จะส่งผลทำให้บุคคลนั้นมีภาวะสุขภาพที่ดีและสามารถชะลอการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ได้ นอกจากนี้ยังพบว่า การเป็นโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ที่เป็นเช่นนี้อาจอธิบายได้ว่า ความเครียดเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้เกิดโรคเบาหวาน เพราะเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น ร่างกายจะผลิตฮอร์โมนแอดรีนาลีนและคอร์ติซอลสูงขึ้น ทำให้ระดับ

น้ำตาลในเลือดสูงโดยกระบวนการไกลโคจีโนไลซิส²³ ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่น มักเป็นที่รักและมีเพื่อนฝูงมาก ไม่เจ็บเหงาว่าเหว มักเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ไม่เครียด จึงน่าจะเป็นเหตุให้ภาวะโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

3. ความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดเขตเมือง

ค่านิยมของสังคมไทยในเรื่อง “ความกตัญญูต่อกตเวทิต์ต่อบุพการี” ถือเป็นมรดกทางวัฒนธรรมที่สำคัญ ในการเกื้อกูลผู้สูงอายุ ผลการสำรวจในปี 2549²⁴ พบว่าผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 90 มีความสามารถทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานได้ โดยไม่ต้องการพึ่งพาหรือเป็นภาระของบุคคลอื่นนั้นหมายความว่าส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุสามารถจัดเข้ากลุ่มที่ 1 คือกลุ่มผู้ที่มีสุขภาพทั่วไปดี ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่มีโรคเรื้อรังหรือมีโรคเรื้อรัง 1-2 โรคแต่ควบคุมได้ ดำเนินชีวิตในสังคมได้โดยอิสระและมักเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม²⁵ การศึกษาคั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีพอควร ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับครอบครัว อย่างไรก็ตามแม้ผู้สูงอายุทั้งหมดจะสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี แต่ก็มีความต้องการที่จะได้รับการดูแลเอื้ออาทรจากบุคคลในครอบครัวในเรื่องสุขภาพ การช่วยเหลืองานบ้าน การดูแลด้านจิตใจและการเงิน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา²⁶ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความต้องการที่จะได้รับการดูแลจากลูกหลานมากกว่าไปอาศัยในสถานบริบาล มีความต้องการที่จะให้บุตรเป็นแหล่งช่วยเหลือที่สำคัญด้านการเงิน สุขภาพ และงานในครอบครัว ผลการศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา²⁴ พบว่าหลักประกันทางเศรษฐกิจที่สำคัญของผู้สูงอายุมาจากการเกื้อหนุนของบุตร สำหรับความต้องการการสนับสนุนจากชุมชนพบว่า ต้องการได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพถึงร้อยละ 53.9 ซึ่งความต้องการนี้น่าจะได้รับการตอบสนองโดยเร็ว ทั้งนี้เพราะสอดคล้องกับกระทรวงสาธารณสุข²⁴ ที่กำหนดให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จัดรูปแบบการให้บริการผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การให้ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค รวมทั้งการดูแลรักษาและควบคุมโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่เพื่อที่จะดำรงและส่งเสริมการเป็นพหุพลัง (Active ageing) ของผู้สูงอายุไว้ให้นานที่สุด สำหรับการป้องกันโรคจะเน้นโรคเรื้อรังที่สำคัญ เช่น โรคอ้วน เบาหวาน ความดัน

โลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ส่วนการควบคุมโรคเรื้อรังจะเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเฝ้าระวังอาการผิดปกติต่างๆ ด้วยตนเอง ซึ่งจะเป็นการสร้างเสริมพลังอำนาจดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 39.6 ต้องการการสนับสนุนจากชุมชนในการมีกิจกรรมส่งเสริมรายได้ ทั้งนี้ การมีรายได้ของตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่ายังเป็นบุคคลที่มีคุณค่า สอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ²⁷ ได้ระบุสาระสำคัญว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ใช่บุคคลด้อยโอกาสหรือเป็นภาระของสังคม แม้ว่าผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งจะประสบความทุกข์ยาก ต้องการการเกื้อกูลจากสังคมและรัฐ แต่ก็ยังเป็นบางช่วงเวลาของวัยสูงอายุเท่านั้น ผู้สูงอายุมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และศักยภาพสมควรได้รับการส่งเสริม สนับสนุน ให้มีส่วนร่วมอันเป็นประโยชน์ต่อสังคม หลักเกณฑ์ของสังคมไทยส่วนใหญ่ใช้อายุ 60 ปีบังคับให้หยุดทำงาน ทั้งที่สภาพร่างกายยังสมบูรณ์อยู่ ซึ่งการหยุดทำงานทำให้สังคมอาจมองว่า ผู้สูงอายุไม่มีประโยชน์ต่อสังคมอีกต่อไป สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างขาดความสุข ขาดอิสระ และศักดิ์ศรี ต้องระมัดระวังเรื่องการใช้จ่ายเงิน²⁴ หลายคนชวนขายหางานทำเพื่อเพิ่มความมั่นคงให้ตนเองและครอบครัว ผลการสำรวจ²⁸ พบว่ามีผู้สูงอายุร้อยละ 38.8 เข้ามามีส่วนร่วมและเป็นกำลังแรงงานสำคัญในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศ และร้อยละ 90.3 ทำงานนอกระบบ นั้นหมายความว่า เป็นผู้ทำงานที่ไม่ได้รับสวัสดิการและความคุ้มครองจากการทำงาน หากว่าผู้สูงอายุรับผิดชอบตระหนักได้ถึงศักยภาพ คุณค่าและความสำคัญของผู้สูงอายุ เอื้ออาทรต่อแรงงานสูงวัย จัดหางานที่เหมาะสม มีสวัสดิการและความคุ้มครองที่ดี จะเป็นแนวทางหนึ่งในการสร้างเสริมศักยภาพของผู้สูงอายุให้เป็นที่ยิ่งของตนเองและผู้อื่นได้อย่างมีพลัง

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 33.8 ต้องการการสนับสนุนจากชุมชนในการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ ความต้องการนี้ควรที่จะจัดดำเนินการได้เร็ว เพราะนโยบายของรัฐได้กำหนดอย่างชัดเจนให้หน่วยงานต่างๆ ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นในทุกหมู่บ้านทั่วประเทศ⁷ กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักที่รับนโยบายลงสู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง กรุงเทพมหานครได้ร่วมมือในการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุโดยผ่านทางโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข และศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่กระจายอยู่ในทุกพื้นที่ ส่วนใหญ่กิจกรรมที่จัดทำเป็นเรื่องของสุขภาพ ศาสนาและ

ศิลปวัฒนธรรม²⁹ ซึ่งขณะนี้ทั่วประเทศมีชมรมผู้สูงอายุประมาณ 4,000 ชมรม แต่มีกิจกรรมที่เด่นชัดประมาณ 1,000 กว่าชมรมเท่านั้น³⁰ ชุมชนบ้านบุเป็น 1 ชุมชน ที่มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเพื่อสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ที่ไม่ประสบความสำเร็จในการดำเนินงานเท่าที่ควร ทั้งนี้เพราะการขาดความสนใจอย่างจริงจังของผู้รับผิดชอบ ขาดผู้นำชมรมที่เข้มแข็ง เสียสละและขาดการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับผลวิจัยที่ผ่านมา^{29,31} ระบุว่าความสำเร็จของการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ ขึ้นอยู่กับความสนใจของเจ้าหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน ให้ความสำคัญต่อชมรมมากน้อยและจริงจังเพียงใด นอกจากนี้ชมรมผู้สูงอายุจะมีศักยภาพในการพัฒนาต่อไปได้ดีหรือไม่ ขึ้นอยู่กับพื้นฐานจากประสบการณ์การทำงาน ความพร้อม ความตั้งใจของผู้นำชมรมและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของผู้สูงอายุ จากข้อมูลดังกล่าวจึงน่าจะเป็นเหตุให้กลุ่มตัวอย่างเรียกร้องที่จะมีชมรมผู้สูงอายุที่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ:

1. บุคลากรสาธารณสุขควรหาวิธีพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ ให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างผู้มีความรู้ เอาใจใส่ตนเอง และมีวินัยในการปฏิบัติตน เพื่อสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณค่าและสง่างาม
2. ครอบครัวและชุมชนควรมีความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อสามารถให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจผู้สูงอายุ ให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน
3. รัฐบาลควรมียุทธวิธีในการสร้างความตระหนักให้ประชาชนวัยผู้ใหญ่ มีความใส่ใจในการสร้างเสริมสุขภาพตั้งแต่เนิ่นๆ เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการก้าวสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีในอนาคต

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development. Situation of the Thai Elderly 2007. Bangkok: TQP Ltd., 2007.
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development. Situation of the Thai Elderly 2009. Bangkok: TQP Ltd., 2009.
3. Sumrit Srithumarongsawat & Kanittha

- Boonthumjareon. Synthesis of the elderly in long-term care system for Thailand, Bangkok: TQP Ltd., 2010.
4. Bureau of Social development. Communities in Bangkok .Available from: <http://www.bangkok.go.th/social/>
 5. Prangtip Ucharattana, Sukon Khaikao, Wattana Punsakd, Sutheera Hoontrakul. Alcohol Consumption Behavior of Urban Thai: The Banbu Community, Bangkok-Noi District, Bangkok. *J Nurs Sci* 2011; 29(1): 53-62. (in Thai)
 6. Sukon Khaikao, Sutheera Hoontrakul, Wattana Punsakd, Prangtip Ucharattana (2008). Empowering individuals, families, and communities for the prevention, reduction, and withdrawal of alcohol abuse. *Asian J Nurs*, 11(1): 36-40.
 7. Chiya Sasomsup. Festival to pursue wisdom and quality of life for the elderly. June19, 2008. At The gymnasium, Muang, Ratchaburi.
 8. Panbodee Akajumpaka & Nithit Wattanamano. Reported health status and health behaviors of elderlys in Thailand. Situation of the Thai Health [on line] 2009 December [cited 2011 October 13] 4(1): [32 screens]. Available from: http://www.moph.go.th/ops/thp/images/stories/Report_pics/Thai_Report/PDF/year4b1.pdf. (in Thai).
 9. Pender, NJ. Health promotion in nursing practice. 3rded .New York: Appleton & Lange, 1996.
 10. Yamane, T. Statistics: An Introductory Analysis, 2nded. New York: Harper and Row. 1967.
 11. Panthip Purananon, Wipasiri Narapong, Tussanee garoenkultorn. Health promoting behaviors of elderly Tupkwang district, Saraburee. Thai Society of Gerontology and Geriatric Medicine Journal 2006; 7(3): 2-9. (in Thai)
 12. Duangjai Rattanathanya, Waranee Dumrongrat. Factors influencing health promoting behaviors of elderly in the communities of Bangkok Noi District, Bangkok Metropolis. *J Nurs Sci* 2005; 23(3): 55-64. (in Thai)
 13. Vannee Chutchawantipakorn, et al. Health promoting behaviors of the elderly in Bangkok and Chainart. Thai Society of Gerontology and Geriatric Medicine Journal 2000; 1(3): 4-13. (in Thai)
 14. Chonticha Chantakeeree, Jiraporn Kespichayawattana, Suvinee Wivatvanit. Health Promotion Behaviors of the Elderly Who Participated in Activity at Lumpini Park, Bangkok. *J Public Health* 2008; 38(1): 20-33.
 15. Piti Tungpaisarn, et al. Health promotion behaviors and Quality of life of the elderly in health center, Na-Chuak, Mahasarakham. *Journal of Health System Research* 2007; 1(3-4): 489-96.
 16. Pinnaraid Gadudom, Sasitorn kaodang, Thussamon Naumwong. Health Behaviors of the Elderly in the Eastern Region of Thailand. *Journal of Phrapokkiao Nursing College* 2007; 18(1): 25-39. (in Thai)
 17. Virapun Wirojratana, et al. Health Promoting Behaviors and Health Risks of the Elderly in the Health Promotion center at Faculty of Nursing, Mahidol University. Thai Journal of Nursing Council 2011; 26(Special Issue): 140-53.
 18. Sophit Tiparat. Selected factors related to health promotion behaviors of Thai-Muslim elderly members of elderly clubs in upper Southern region. (Thesis) Chulalongkorn University, 2008.
 19. Dacha Kontapakdee. The prevalence of

- hypertension and factors associated with the disease in urban community health centers. *The Thai Journal of Primary Care and Family Medicine* 2011; 2(6): 35-9.
20. Chaisri Supornsilchai, Nittaya Chanroungmahapol and Orapin Mukdadilok. Diabetes mellitus in Thailand: lessons from the policies of developed countries. *Journal of Health System Research* 2007; 1(2): 168-79.
21. Pinit Kullawanit. Elderly long-term care: future directions. Workshop on health promotion programs. January 29-30, 2008. At Louis' Tavern Hotel, Bangkok.
22. Pisit Piriyaun. Development Guideline and Model of Health Management in Elderly and Chronic patients. *The Thai Journal of Primary Care and Family Medicine* 2009; 1(2): 13-21.
23. Department of Psychosomatics Medicine, Faculty of Medicine University of Tokyo. *Japanese Diabetes Care* 2002; 25: 241-2.
24. Cheonta Witchavut, et al. Review & Synthesis Thai elders' knowledge, Bangkok: TQP Ltd., 2009.
25. Wannapa Sritunyarat & Ladda Dumrikarnlerd, Editor. Practice guideline in serving the elderly. Bangkok: Sahamitr Printing & Leasing Public Co. Ltd., 2010.
26. Nareerat Jitmontri, Vilaiwan Thongcharoen, Sawittree Tayansil. Model of the elderly care for families and communities in urban areas and Bangkok. Full report, 2010: 1-116.
27. Thai Centenarians center. Plan for the elderly 2 (2002-2021). Available from: <http://www.thaicentenarian.mahidol.ac.th/TECIC/index.php/for-elderly/policy/49--2-2545-2564>
28. National Statistical Office. Work situation of the elderly in 2553. Available from: <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/lfs53/olderLfsRep.pdf>
29. Prasit Leerapun & Penprapa Siriroj. Situational of Elderly clubs and the development trend .Full report, 1999: 1-138.
30. Ministry of Public Health. MPH underpins an elder course in a student textbook. *Manager Newspaper*. April 4, 2004.
31. Varawuch Cheonta. Network development Sangkha Elderly Club. Surin. *Journal of health system research* 2008; 2(2): 1122-6.
32. Ladawan Prateepchaikul, Patchareeya Chailungka and Piyanuch Jittanoon. State of health and health-promoting behaviors among staff: A case study of the Faculty of Nursing at Prince of Songkla University Songkla *Med J* 2008; 26(2): 151-62.