

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุในเทศบาลเมือง จังหวัดศรีสะเกษ

สรุษา อยู่ยงสินธุ์¹ ภาควิชา พันธนิกุล¹ กฤตมุข หล้าบรรเทา¹
กรรณิกา อินชนะ² และ ไชยวัฒน์ นามบุญลือ³
¹คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
²คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
³คณะศิลปศาสตร์ สถาบันการพลศึกษา วิทยาเขตชลบุรี

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ คุณภาพชีวิต และหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเทศบาลเมือง จังหวัดศรีสะเกษ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเทศบาลเมือง จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 450 คน โดยใช้แบบสอบถามมาตรฐานคุณภาพชีวิต WHOQOL- 26 และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพมีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.96 และมีค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้สูงอายุในเทศบาลเมือง จังหวัดศรีสะเกษ มีพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี
2. พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเทศบาลเมือง จังหวัดศรีสะเกษ ระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ / พฤติกรรมสุขภาพ / คุณภาพชีวิต

A Relationship between Health Behaviors and the Quality of Life in the Elderly in Municipal of Srisaket Province

Sarocho Yuyongsin,¹ Parkpume Phannikul,¹ Kannika Inchana²
Kittamook La-bantao,³ and Chaiyawat Namboolu²

¹Faculty of Science, Ubon Ratchathani Rajabhat University

²Faculty of Education, Ubon Ratchathani Rajabhat University

³Faculty of Liberal Arts, Institute of Physical Education

Abstract

The purposes of this research were to study health behaviors and quality of life and relationships between health behaviors, and quality of life of the elderly in the municipal of Srisaket Province. This study was descriptive study, consisted of 450 elderly subjects in the municipal of Srisaket Province. The Data were collected by using WHOQOL-26 Scale standard questionnaire. The item of objective congruent (IOC) of health behavior questionnaire were 0.96 and 0.85 respectively. The data analysis was conducted by using percentages, mean, standard deviations and Pearson Product Moment Correlation Coefficient.

The results of this research were as follows.

1. Health behaviors and the overall quality of life of the elderly in the municipal of Srisaket were at the good level.
2. Health behaviors of the elderly were at the moderate level of 0.5 significant positive correlations with quality of life.

Keywords: Elderly / Health Behavior / Quality of life

บทนำ

จากวิทยาการทางการแพทย์ในปัจจุบันมีการพัฒนาไปตามยุคสมัยที่เน้นเรื่องการอำนวยความสะดวกโดยระบบเครื่องมือเทคโนโลยีที่มีการส่งผลโดยตรงต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรภายในประเทศไทยอย่างรวดเร็วซึ่งพบได้จากสถิติประชากรสูงอายุหรือประชากรที่มีอายุ 60 ปีสูงขึ้นไป ที่เพิ่มจำนวนสูงขึ้นประกอบกับการคาดการณ์ในอนาคตถึงแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นเดียวกันจากการสำรวจสถิติประชากรที่ผ่านมาจะพบจำนวนผู้สูงอายุนี้เพิ่มมากขึ้นทางหน่วยงานทางการแพทย์และการสาธารณสุขไทยได้ตระหนักและตั้งเป้าหมายในการมีชีวิตอยู่ของผู้สูงอายุไว้ 2 ประการ คือ การมีอายุยืนยาวและการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (The WHOQOLgroup, 1994 อ้างถึงในวรรณากุมารจันทร์, 2543) พร้อมส่งเสริมให้มีการจัดแนวทางในการวางแผนนโยบายและแผนการดำเนินงานที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ เป็นผลให้ปัจจุบันเกิดแผนผู้สูงอายุแห่งชาติขึ้น และมีการปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาอยู่เสมอ เพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้สูงอายุมากที่สุด แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับปัจจุบันเป็น ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ที่มีการนำมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น

จากการสำรวจโดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้พิจารณาเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพของประชากรไทย พบว่า คนไทยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น แต่กลับไม่ได้มีสุขภาพดีขึ้นตามไปด้วย ทั้งนี้พบถึงการเจ็บป่วยที่เพิ่มมากขึ้น และจากจำนวนปีที่คาดหวังที่จะมีชีวิตอยู่อย่างสุขภาพดี (Healthy life expectancy) กลับลดลงเป็นลำดับ หากมองย้อนกลับไปในอดีตที่ผ่านมา จะพบว่าการขาดแคลนปัจจัยสนับสนุนจากทางภาครัฐและภาคเอกชน

ในเรื่องของสถานบริการทางสุขภาพ (โรงพยาบาล) และการให้บริการในระดับชุมชนนับเป็นผลกระทบประการหนึ่ง เนื่องมาจาก ผู้สูงอายุอาจเล็งเห็นว่าไม่ได้รับความสะดวกสบาย หรือความสนใจใส่ใจในเรื่องสุขภาพและการดูแลตนเอง จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรง

ดังนั้นการให้ความรู้ คำแนะนำจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง นอกจากนั้นควรจะส่งเสริมและหาแนวทางการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุให้มากที่สุด จนเกิดการต่อยอดทางความคิดและยัดนำไปปฏิบัติจากการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมกับช่วงวัยตนเอง (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2553)

ประเด็นสุขภาพได้รับความสนใจจากนักวิจัยอย่างมากในช่วงปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ และงานวิจัยที่ผ่านมาให้ผลการวิจัยไปในทิศทางเดียวกันว่ายังคงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์อยู่บ้างในผู้สูงอายุ ในกรณีที่พบผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนนั้นอาจเป็นผลมาจากการขาดการออกกำลังกายเป็นประจำ (กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2556) แต่ในทางตรงกันข้ามผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพหรือการดูแลตนเองที่ดีมาตลอด ผลที่ตามมาคือการมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย

การมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นเกิดจากการมีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ตามที่องค์การอนามัยโลกให้คำนิยามคำว่า “สุขภาพ” เป็นความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณที่ไม่เพียงแต่เกิดจากการปราศจากโรคเท่านั้น การสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีจึงควรเริ่มจากการสร้าง

เสริมสุขภาพที่ดี และเหมาะสมตามแต่ละช่วงวัย (WHO, 2009)

สำหรับแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) มุ่งเน้นการพัฒนาคนให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพจากการจำแนกคุณภาพชีวิตด้านวัตถุพิสัย โดยสังเกตถึงการมีความสุข การมีสุขภาพที่ดีในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่มีการพึ่งพิงผู้อื่น และอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างปกติสุข (Green and happiness society) (ที่ประชุมคณะรัฐมนตรี นางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร (นายกรัฐมนตรี) วันที่ 9 ตุลาคม 2555) ซึ่งในการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น พบว่าผู้สูงอายุมักจะไม่รู้ตัวว่าตัวเองเป็นโรคเรื้อรังหรือกลุ่มที่รู้ว่าเป็นโรคเรื้อรังนั้นส่วนใหญ่ยังไม่สามารถควบคุมอาการและดูแลรักษาตนเองได้อย่างถูกต้อง ซึ่งภาวะดังกล่าวมักนำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพ ทำให้มีภาวะพึ่งพิงในการดำรงชีวิต และต้องการได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัวหรือสังคมต่อไป

อีกทั้งจากการที่ทางเทศบาลเมืองศรีสะเกษทำการประชาคมรับฟังความคิดเห็นเพื่อร่วมวางแผนพัฒนาเมืองตามวิสัยทัศน์เมืองที่มีการจัดการให้เป็นเมืองท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ภายใต้กรอบแนวคิด 8 แนวประกอบด้วย ด้านสิ่งแวดล้อม สาธารณูปโภค คุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ประเพณีภูมิปัญญาท่องเที่ยวท้องถิ่น การศึกษา และด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญด้านสุขภาพของประชาชนในเทศบาลเมืองจังหวัดศรีสะเกษ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นศูนย์รวมใจของสถาบันครอบครัวที่ควรได้รับการส่งเสริมและสร้างแนวทางการดูแลสุขภาพร่างกายที่ดี หากมอง

ตามแนวทางการวางแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555 - 2559) และจากนโยบายของทางภาครัฐและเอกชนที่ยกย่องและให้ความสำคัญในกลุ่มผู้สูงอายุโดยการมีชีวิตอยู่ต้องเป็นการอยู่อย่างมีความสุขทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมอย่างมีความสุข

ดังนั้นการสร้างและกำหนดแนวทางในการดำเนินงานจึงควรมีความจริงจังและชัดเจนเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติให้เป็นรูปธรรมต่อไป ซึ่งผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงประโยชน์จากการมีสุขภาพที่ดี อีกทั้งยังสอดคล้องกับแผนพัฒนาเมืองตามแนวทางการพัฒนาของเทศบาลเมืองศรีสะเกษ ที่มีการจัดการเมืองให้เป็นเมืองท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ โดยเน้นเรื่องสุขภาพของคนในชุมชนเป็นสำคัญ จึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเทศบาลเมือง จังหวัดศรีสะเกษ การศึกษาค้นคว้าจะเป็นแนวทางปฏิบัติขั้นพื้นฐานในการหาข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุตลอดช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา และนำไปสู่แนวทางการแก้ไขพฤติกรรม หากพฤติกรรมดังกล่าวเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพ ซึ่งหากพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนนั้นมีการปฏิบัติอย่างถูกต้องแล้วจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ คุณภาพชีวิต และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเทศบาลเมือง จังหวัดศรีสะเกษ

กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี เพศหญิงและชาย ซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนเมือง จังหวัดศรีสะเกษ มีการคำนวณกำหนดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรทาร์ยามาเน่ (Yamane, 1973) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดกลุ่ม ตัวอย่าง 400 คน แต่เพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างจึงทำการเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 450 คน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามชนิดปลายปิด (Close-ended questionnaire) แบ่งออกเป็น 3 ตอน

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ โดยมีทั้งการตั้งคำถามแบบให้เลือกตอบ และเติมคำตอบ จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา และ ลักษณะความเป็นอยู่

ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ ผู้วิจัยสร้างเองโดยดัดแปลงจากกรอบแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) แบบสอบถามเป็นแบบการวัดประเมินค่า 5 ระดับ (Rating scale) ตามแนวทางของลิเคิร์ท โดยกำหนดเป็น 5 ระดับ ดังนี้

5 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ระดับปฏิบัติทุกครั้ง

4 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ระดับปฏิบัติบ่อยครั้ง

3 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ระดับปฏิบัติบางครั้ง

2 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ระดับปฏิบัติน้อยครั้ง

1 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ระดับไม่เคยปฏิบัติ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-26 เป็นแบบสอบถามฉบับภาษาไทย โดย สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล พัฒนาปรับปรุงจากแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-26 ขององค์การอนามัยโลก (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2540)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยแจกแบบสอบถามกับผู้สูงอายุที่สมัครใจตอบแบบสอบถามและใช้การถามตอบในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างอ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ หรือไม่สะดวกตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental sampling) ในบริเวณพื้นที่อำเภอเมืองและสุ่มบริเวณที่อาจจะพบผู้สูงอายุจำนวนมาก เช่น วัด ตลาด ชมรมผู้สูงอายุ หรือสวนสาธารณะ โดยผู้สูงอายุใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองประมาณ 10-15 นาที และในกรณีที่ใช้การถามตอบอาจใช้เวลานานกว่าโดยใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิต ไม่ดี	คุณภาพชีวิต ปานกลาง	คุณภาพชีวิต ดี
1. ด้านสุขภาพร่างกาย	7-16	17-26	27-35
2. ด้านจิตใจ	6-14	15-22	23-30
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3-7	8-11	12-15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	8-18	19-29	30-40

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลประกอบไปด้วย เพศ ระดับการศึกษา ลักษณะความเป็นอยู่โดยใช้การแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ

2. วิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียดและคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม โดยใช้การหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การแปลผล

คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมมีคะแนนตั้งแต่ 26-130 คะแนน โดยแบ่งได้เป็น 3 ด้าน ดังนี้

26-60 คะแนน แสดงถึง คุณภาพชีวิตไม่ดี

61-95 คะแนน แสดงถึง คุณภาพชีวิต
ปานกลาง

96-130 คะแนน แสดงถึง คุณภาพชีวิตดี

คุณภาพชีวิตแยกเป็นองค์ประกอบย่อยได้

ดังนี้

3. วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่าง

พฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิต โดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) (Diekhoff, 1992)

ค่าระหว่าง 0.00 – 0.29 มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ

ค่าระหว่าง 0.30 – 0.69 มีความสัมพันธ์ระดับ
ปานกลาง

ค่าระหว่าง 0.70 – 1.00 มีความสัมพันธ์ระดับสูง

ผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุในชุมชนเมือง จังหวัดศรีสะเกษ มีพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี ดังแสดงในตารางที่ 1 และตารางที่ 2 (ตารางที่ 1 หน้า 7) (ตารางที่ 2 หน้า 7)

2. พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 3 (ตารางที่ 3 หน้า 7)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมสุขภาพ	คุณภาพชีวิต	ร่างกาย	จิตใจ	สังคม	สิ่งแวดล้อม	รวม
ความรับผิดชอบต่อสังคม		0.310*	0.359*	0.340*	0.343*	0.389*
การออกกำลังกาย		0.298*	0.359*	0.362*	0.303*	0.372*
โภชนาการ		0.210*	0.231*	0.205*	0.188*	0.237*
การจัดการความเครียด		0.138*	0.201*	0.221*	0.202*	0.211*
สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล		0.159*	0.239*	0.271*	0.203*	0.236*
การพัฒนาจิตวิญญาณ		0.201*	0.317*	0.342*	0.279*	0.330*
รวม		0.315*	0.402*	0.405*	0.359*	0.401*

** มีนัยสำคัญที่ระดับ .01

* มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม

คุณภาพชีวิตโดยรวม	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านร่างกาย	27.81	5.96	ดี
ด้านจิตใจ	25.05	3.53	ดี
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	12.37	1.94	ดี
ด้านสิ่งแวดล้อม	30.22	5.50	ดี
คุณภาพชีวิตโดยรวม	103.89	15.63	ดี

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุรายด้าน

พฤติกรรมสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	8.61	1.95	ดี
ด้านการออกกำลังกาย	10.50	1.65	ดีมาก
ด้านโภชนาการ	9.67	1.85	ดีมาก
ด้านการจัดการความเครียด	5.86	1.65	ดี
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	6.76	1.29	ดีมาก
ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ	7.19	1.06	ดีมาก
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	48.60	6.71	ดีมาก

อภิปรายผล

1. พฤติกรรมสุขภาพ

จากผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดี อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุยังคงมีการช่วยเหลือตนเองได้และปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อการมีสุขอนามัยที่ดี จากการใช้ชีวิตประจำวันตามปกติ ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้ารับการตรวจสุขภาพทั้งในช่วงที่ร่างกายอยู่ในภาวะปกติหรือเมื่อพบความผิดปกติของร่างกาย โดยมีการสังเกตความผิดปกติของร่างกายอยู่เสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศพร ศรีบริกิจ (2548) ที่พบว่าผู้สูงอายุมีการตรวจสุขภาพประจำปีและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ และสนับสนุนแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (1985) ที่ว่าการดูแลตนเองเป็นจุดเริ่มต้นของการกระทำเพื่อรักษาและคงไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิการของแต่ละบุคคล นอกจากนี้งานวิจัยนี้ยังพบว่าการออกกำลังกายในผู้สูงอายุจะไม่เป็นการออกแรงมากเกินไป เลือกทำในความหนักที่ตนเองสามารถปฏิบัติได้ สอดคล้องกับ Pender (1996) ที่กล่าวว่า การออกกำลังกายของผู้สูงอายุควรเป็นการออกกำลังกายที่ไม่รุนแรง แต่ก่อให้เกิดความสนุกสนานเป็นที่พึงพอใจของผู้สูงอายุ และการที่ผู้สูงอายุได้รับความรู้เรื่องสุขภาพขั้นพื้นฐานจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามนโยบายรัฐบาลเพื่อให้สมาชิกในชุมชนเข้าถึงเรื่องสุขภาพเพิ่มขึ้นทำให้เกิดแรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพประกอบกับสภาพสังคมความเป็นอยู่ของคนต่างจังหวัดมีการปฏิสัมพันธ์กันง่าย ผู้สูงอายุได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นพูดคุยกับคนในชุมชนหรือคนในครอบครัวเป็นประจำ (ชลธิชา จันทศิริ, 2549) อีกทั้งการยอมรับกับสภาพความเป็นอยู่ปัจจุบันได้ และพร้อมเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่จะ

เกิดขึ้นทำให้ผู้สูงอายุพยายามดูแลตนเอง เมื่อมีปัญหาจะค่อยๆ คิดหาทางแก้ไขและมองว่าปัญหาทุกอย่างล้วนมีแนวทางแก้ไขได้ จากความคิดและพื้นฐานการใส่ใจในสุขภาพจึงทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

2. คุณภาพชีวิต

จากผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดี อาจเป็นผลมาจากการดูแลสุขภาพตนเองเป็นอย่างดี ทำให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง สามารถช่วยเหลือตนเองได้ สังเกตจากการที่ผู้สูงอายุสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้โดยพยายามปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นต่อสภาพร่างกาย ไม่ค่อยพึ่งพาผู้อื่นมากนัก สอดคล้องกับการศึกษาของฉัตรทอง อินทร์นอก (2540) ที่พบว่าผู้สูงอายุสามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายและสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม โดยผู้สูงอายุเรียนรู้ที่จะดูแลสุขภาพของตนทั้งทางกาย และจิตใจให้ได้อยู่เสมอ จากบริบททางสังคมของชุมชนต่างจังหวัดเอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม จากผลการศึกษาครั้งนี้พบได้จากผู้สูงอายุมีความพึงพอใจกับการประกอบกิจวัตรประจำวันหรือการทำมาหาชีพ เลี้ยงตนเล็กน้อยๆ ได้ ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าและสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข มีการแสดงออกทางร่างกายที่ดี คือช่วยเหลือตนเองได้ และมีความรู้สึกดีที่ไม่เป็นภาระของคนในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของจิรณัฐ สมโภช (2540) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของร่างกายอยู่ในระดับดี เกิดจากความรู้สึกภูมิใจและพึงพอใจในความสามารถของตน และการมีกิจกรรมร่วมกันระหว่างบุคคลทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตมีประโยชน์และ

ไม่เหงาสามารถเข้าออกเข้าใจ ช่วยเหลือเพื่อนในวัยเดียวกันได้ เมื่อประสบปัญหา ไม่รู้สึกว่ายู่ตัวคนเดียว ถือเป็นการสร้างปฏิสัมพันธ์กับคนในชุมชนไปในตัว ซึ่งนับเป็นการสร้างคุณค่าให้ตนเองและผู้อื่นอย่างชัดเจน มองเห็นประโยชน์ของตน โดยการเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับคำแนะนำ คำปรึกษาจากบุคคลที่รู้จัก สอดคล้องกับการศึกษาของ กันยารัตน์ อุบลวรรณ (2540) ที่ว่าผู้สูงอายุจะรู้สึกถึงการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าประกอบกับสภาพแวดล้อมทางชุมชน และสังคมที่สะดวกสบายขึ้นทั้งเรื่องไฟฟ้า ประปา สาธารณูปโภค ถนนหนทางที่เข้าถึงได้มากและง่ายขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจการดำรงชีวิตในแต่ละวัน สอดคล้องกับอารีวรรณ คุณเจตน์ (2541) ที่พบว่าผู้สูงอายุมีความสุขจิตและสุขภาพกายที่ดี ไม่มีความวิตกกังวล สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขและสอดคล้องกับการศึกษาของ ชัยนาท จิตต์วัฒน์ (2539) ที่กล่าวถึงคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสภาพความเป็นอยู่ที่ดีมีอุปการะและเกื้อกูลซึ่งกันและกันภายในของแต่ละหน่วยชีวิตและระหว่างสิ่งมีชีวิตกับสิ่งแวดล้อมจากค่านิยมของการมีคุณภาพชีวิตดีนั้นย่อมเกิดจากการที่บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตทุกๆ ไปทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และการดำเนินชีวิตที่อยู่ภายใต้วิถีการดำเนินชีวิตของแต่ละคน (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2540)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอาจเป็นเพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงมีภารกิจหรือกิจกรรมที่ต้องทำในแต่ละวันอยู่เสมอ จึงทำให้ยังมีความสุขที่แข็งแรงและสามารถช่วยเหลือดูแลตนเองได้ซึ่งการที่ผู้สูงอายุ

ได้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย ทั้งจากการทำงานบ้าน หรือแม้แต่การประกอบอาชีพนั้นทำให้ผู้สูงอายุเล็งเห็นประโยชน์ที่มีต่อร่างกายตนเองจนเกิดเป็นแรงจูงใจที่มีต่อการสร้างและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีและไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นสนับสนุนแนวคิดของ Pender (1987) ที่ว่าความเชื่ออำนาจภายในตนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การแสดงออกและความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีและไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น

สรุปผลการวิจัย

ในปัจจุบันลักษณะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ในจังหวัดศรีสะเกษ ส่วนใหญ่จะเกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เนื่องจากสภาพแวดล้อม ลักษณะความเป็นอยู่ และวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป การดำเนินงานที่ผ่านมาเน้นบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพ เพียงมีแค่การเข้าไปส่งเสริม แนะนำให้ความรู้ แต่อาจยังไม่เข้าใจเรื่องการส่งเสริมสุขภาพหรือพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมต่อช่วงวัยผู้สูงอายุมากพอ ทำให้ผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษยังคงปฏิบัติและใช้ชีวิตเหมือนช่วงที่ผ่านมาแม้การทำงานภายในร่างกายจะเปลี่ยนแปลงไป ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญจึงจำเป็นต้องจัดการดำเนินงานหน่วยบริการชุมชนให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น การจัดบริการให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล รวมทั้งยังไม่มีคู่มือแนวปฏิบัติในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ควรทำการวิจัยคุณภาพในประเด็นความ

เชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ
และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

2. บุคลากรทางการแพทย์ควรจัดโปรแกรม
ในการดูแลเบื้องต้นสำหรับผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากคณะ
ศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ
ศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2557

บรรณานุกรม

- กันยารัตน์ อุบลวรรณ. (2540). **พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคกลางของประเทศไทย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2553). **พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาความมั่นคงของมนุษย์**. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2556). **รายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์วชิรรินทร์ พี.พี.
- จิรนุช สมโชค. (2540). **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน**. กรุงเทพฯ : ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ไทย.
- ฉัตรทอง อินทร์นอก. (2540). **พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย**. กรุงเทพฯ : ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ไทย.
- ชัยนาท จิตตวัฒน์. (2539). **การบริหารจัดการโครงการเมืองหน้าอยู่**. กรุงเทพฯ : สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม.
- ชลธิชา จันทศิริ. (2549). **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร**. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทศพร ศรีบริกิจ. (2548). **การมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม). สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- วรรณภา กุมารจันทร์. (2543). **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วีระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, และ วราณีพรมานะรังกุล. (2545). **เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อยฉบับภาษาไทย**. สืบค้นเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2558, <http://www.dmh.go.th/test/>.
- อารีวรรณ คุณเจตน์. (2541). **คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดจันทบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- Diekhoff, G. (1992). **Statistics for the social and behavioral sciences: Univariate, bivariate, and multivariate**. Dubuque, IA: William C. Brown Publishers.
- Orem, D.E. (1985). **Nursing: Concept of Practice**. 3rd ed. New York : McGraw Hill Book.
- Pender, N.J. (1987). **Health Promotion in nursing practice**. 2nd ed. Connecticut : Appleton & Lange.
- _____. (1996). **Health Promotion in nursing practice**. 2nd ed. Connecticut : Appleton & Lange.
- WHO. (2009). **50 Facts: Global health situation and trends. 1955-2025**.
- Yamane, T. (1973). **Statistics: An introductory analysis**. 3rd ed. New York: Harper and Row.

**Academic
Journal Institute
of Physical Education**