

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชุมชนที่ได้รับการดูแลด้านสุขภาพโดยทีมสหวิชาชีพ

กมลลา สดับพจน์ ภ.ม.

พัชญา ศษศิริพงศ์ วท.ม. (สุขภาพจิต)

หมวดวิชาเภสัชกรรมปฏิบัติทั่วไป วิทยาลัยเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

วันรับ: 12 มี.ค. 2561

วันแก้ไข: 12 มิ.ย. 2561

วันตอบรับ: 30 มิ.ย. 2561

บทคัดย่อ งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การบริโภคอาหารและการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุในชุมชนต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพ ณ ชุมชนสินสมุทร จังหวัดปทุมธานี รูปแบบงานวิจัยเป็นเชิงพรรณนาภาคตัดขวางในระหว่างเดือนกันยายน - เดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 ซึ่งชุมชนต้นแบบแห่งนี้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ การแข่งขันกีฬา รวมทั้งมีการออกเยี่ยมบ้านของทีมนสหวิชาชีพ ผลการศึกษาพบว่าจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 60 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีโดยเฉพาะการบริโภคอาหาร อิริยาบถประจำวัน การไม่สูบบุหรี่หรือดื่มสุรา ไม่นิยมเครื่องดื่มประเภทน้ำหวานหรือน้ำอัดลม รวมทั้งมีการไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย แต่มีการออกกำลังกายเป็นประจำเพียงร้อยละ 53.30 ควบคุมน้ำหนักเพียงร้อยละ 28.30 รวมถึงการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคเบาหวานหรือโรคไตเรื้อรังร่วมด้วยยังไม่เข้าเกณฑ์ที่เหมาะสม นอกจากนี้พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับค่าดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัม/เมตร² ขึ้นไปมักมีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ มื้อที่รับประทานอาหารมากที่สุด ($p < 0.01$) ที่มาของอาหาร ($p < 0.05$) การบริโภคเครื่องดื่มคาเฟอีน ($p < 0.05$) และการไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย ($p < 0.01$) จึงสรุปได้ว่าการเป็นชุมชนต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพช่วยให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังควบคุมการบริโภคได้อย่างเหมาะสมและมีการไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วยอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นจึงควรนำแนวทางที่ใช้ในชุมชนแห่งนี้ไปเป็นตัวอย่างในการปรับใช้ในชุมชนแห่งอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, สหวิชาชีพ, ชุมชนต้นแบบ, ชุมชนสินสมุทร, จังหวัดปทุมธานี

บทนำ

ในปัจจุบันจากรายงานสถิติสาธารณสุขปี พ.ศ. 2558 ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขแสดงให้เห็นว่าสาเหตุการเจ็บป่วยของประชากรไทยในภาคกลางไม่รวมกรุงเทพมหานครต่อประชากร 1,000 คน เป็นโรคเกี่ยวกับระบบไหลเวียนเลือดมากที่สุด รองลงมาคือโรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ⁽¹⁾ ซึ่งจัดเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแทบทั้งสิ้น

และจากรายงานผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อต่อประชากรแสนคนประจำปี พ.ศ. 2558 ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมาคือโรคเบาหวาน⁽²⁾ ดังนั้นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจึงเป็นโรคที่สังคมไม่ควรมองข้าม เพราะเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต โรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมของตัวผู้ป่วยเอง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุจะ

มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ขาดการออกกำลังกาย ขาดการนอนหลับที่เพียงพอ ขาดการรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ขาดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการใช้ยาที่ถูกต้อง

ประเทศไทยกำลังเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุเนื่องจากอัตราการเกิดและอัตราการตายของประชากรลดลง ประชากรส่วนใหญ่ในปัจจุบันเป็นวัยแรงงานและกำลังจะเข้าสู่วัยสูงอายุในอนาคต จำนวนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วโดยในปี พ.ศ. 2537 มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประเทศและเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.4, 10.7 และ 12.2 ในปี พ.ศ. 2545, 2550 และ 2554 ตามลำดับ ล่าสุดผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2557 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 14.9 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งเกณฑ์ของสหประชาชาติกำหนดไว้ว่าประเทศที่มีสัดส่วนของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 7.0 ถือว่าประเทศนั้นเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุ ดังนั้นประเทศไทยจึงเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุมานานมากกว่า 10 ปี^(3,4) รวมถึงชุมชนสินสมุทรจังหวัดปทุมธานี ซึ่งจากรายงานกระทรวงการพัฒนาลังคมและความมั่นคงของมนุษย์ แสดงให้เห็นว่า จังหวัดปทุมธานีมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ ซึ่งก่อให้เกิดสังคมผู้สูงอายุได้มากที่สุด⁽⁵⁾

สถาบันต่าง ๆ จึงเริ่มให้ความสำคัญกับการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุรวมถึงมหาวิทยาลัยรังสิตที่ได้จัดตั้งโครงการเรียนร่วมวิชาชีพ เพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนในรูปแบบการออกเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขา (inter-professional education; IPE) ได้แก่ วิทยาลัยเภสัชศาสตร์ คณะเทคนิคการแพทย์ คณะกายภาพบำบัด และคณะพยาบาลศาสตร์ โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยเป็นการดำเนินการร่วมกันระหว่างอาจารย์ นักศึกษา และบุคลากรสาธารณสุขชุมชน เพื่อดูแลสุขภาพและปัญหาจากการใช้ยาของประชาชนในชุมชนใกล้เคียง นอกจากนี้ยังมีการตั้งชมรมผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุได้เข้ามามีส่วนร่วมในการเรียนรู้ ส่งต่อ

ประสบการณ์ และเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนด้วยตนเอง มีการอบรมและสนับสนุนให้คนในชุมชนเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครด้านสุขภาพ ดังนั้นผู้สูงอายุในชุมชนแห่งนี้จึงเป็นต้นแบบในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่า มีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพหรือพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว สถานภาพสมรส สถานภาพทางเศรษฐกิจ การศึกษา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การตระหนักในสุขภาพของวัยผู้สูงอายุ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข⁽⁶⁻⁸⁾ ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุเพศหญิงมีระดับการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าเพศชาย ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสดมีระดับการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าสถานภาพสมรส⁽⁶⁾ ระดับรายได้เฉลี่ยต่อปีตั้งแต่ 50,000 บาทขึ้นไป สามารถทำนายภาวะสุขภาพผู้สูงอายุได้มากที่สุด⁽⁹⁾ นอกจากนี้การศึกษาของประภาพัฒน์ งามคณะ พบว่าคนไทยในเขตปริมณฑลที่มีอายุ อาชีพ รายได้ การศึกษา สถานภาพสมรส และศาสนาต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพแตกต่างกัน ซึ่งปัจจัยสนับสนุนพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ได้แก่ (1) การรับรู้เรื่องสุขภาพ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางและมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพในทิศทางบวก ระดับปานกลาง (2) ประสิทธิภาพการเจ็บป่วย โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางและมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพในทิศทางบวก ระดับปานกลาง (3) การส่งเสริมสุขภาพ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางและมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพในทิศทางบวก ระดับสูง (4) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพในทิศทางบวก ระดับสูง (5) ความพร้อมในการพัฒนา โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูงและมีความสัมพันธ์

กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพในทิศทางบวก ระดับปานกลาง⁽¹⁰⁾

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพ การบริโภคอาหารและการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุในชุมชนที่ได้รับการดูแลด้านสุขภาพโดยทีมสหวิชาชีพ โดยมุ่งหวังว่าโปรแกรมที่ใช้ในชุมชนนี้จะเป็นโมเดลต้นแบบในการนำไปปรับใช้กับผู้สูงอายุในชุมชนแห่งอื่นต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยจะแบ่งออกเป็น 2 กระบวนการหลักคือ

1. การจัดทำโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนต้นแบบ

โปรแกรมที่จัดทำขึ้นมีลักษณะของการประสานความร่วมมือระหว่างมหาวิทยาลัยและศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่ โดยมีการจัดตั้งเป็นชมรมผู้สูงอายุซึ่งจะมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพเป็นประจำอย่างน้อยทุก 1 เดือน โดยเป็นการหมุนเวียนกันระหว่างศูนย์บริการสาธารณสุข แพทย์ และอาจารย์จากวิทยาลัยเภสัชศาสตร์ รวมทั้งมีการจัดกิจกรรมนันทนาการในรูปแบบกีฬาเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ไม่ว่าจะเป็นการแข่งขันกีฬาหรือการจัดตั้งกองเชียร์ นอกจากนี้ยังมีการออกเยี่ยมบ้านโดยสหวิชาชีพ ได้แก่ วิทยาลัยเภสัชศาสตร์ คณะเทคนิคการแพทย์ คณะกายภาพบำบัด และคณะพยาบาลศาสตร์ เป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ ไม่ว่าจะเป็นการเข้าไปดูแลและแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา การคัดกรองโรคเบื้องต้นตามแนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สปสช.) การให้คำแนะนำด้านการดูแลสุขภาพ รวมทั้งการคัดกรองและป้องกันภาวะแผลที่เท้าในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน การทำกายภาพบำบัดหรือนวดคลายกล้ามเนื้อที่บ้าน รวมทั้งการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโภชนาการที่เหมาะสมกับโรค เป็นต้น

2. การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม-กันยายน พ.ศ. 2560 สถานที่วิจัย คือ ชุมชนลินสมุทรร ตำบลหลักหก จังหวัดปทุมธานี

โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพและการบริโภคอาหาร

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทุกรายและอาศัยในชุมชนลินสมุทรร จังหวัดปทุมธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทุกรายและอาศัยในชุมชนลินสมุทรร ในระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2560 – สิงหาคม พ.ศ. 2560 ทุกรายที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัคร

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (inclusion criteria)

- ผู้ที่มีสัญชาติไทย และมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
- อาศัยอยู่ในชุมชนลินสมุทรร ในระหว่างที่ทำการเก็บข้อมูล
- ยินยอมและเต็มใจเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์การคัดแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (exclusion criteria)

- ผู้มีอาการป่วยทางกายหรือจิตใจจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้
- ผู้ที่มีปัญหาการสื่อสารจนเป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS (statistical package for the social science version 20.0) โดยเลือกใช้สถิติเชิงพรรณนาในการแสดงผลข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมดูแลสุขภาพ และภาวะโรค และใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square test ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมดูแลสุขภาพ และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็น

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง

(ร้อยละ 66.7) ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ สมรสแล้วหรืออยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 51.7) รองลงมาคือ หย่าร้างหรือหม้าย (ร้อยละ 41.7) มีจำนวนบุตรเฉลี่ย 3.1 ± 2.3 คน ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาในการอ่านหนังสือ (ร้อยละ 63.3) มีผู้อ่านไม่ออกเนื่องจากปัญหาทางสายตาร้อยละ 21.7 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ คือ ประถมศึกษา (ร้อยละ 60.0) รองลงมาคือ ต่ำกว่าประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น ตามลำดับ (ร้อยละ 20.0 และ 8.3) อาชีพเดิมส่วนใหญ่ค้าขายและรับจ้างทั่วไป รายได้ปัจจุบันส่วนใหญ่ต่ำกว่าเดือนละ 5,000 บาท (ร้อยละ 58.3) รองลงมาคือ 5,000-10,000 บาท

2. ข้อมูลด้านพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ประมาณครึ่งหนึ่งมีการออกกำลังกายเป็นประจำ โดยวิธีที่นิยมมากที่สุด คือ การเดิน/วิ่ง รองลงมาคือแกว่งแขนและปั่นจักรยาน ตามลำดับ การนอนพักในเวลากลางวันเฉลี่ย 43 นาที และ

นอนหลับในเวลากลางคืนเฉลี่ยประมาณ 7 ชั่วโมง อิริยา-บดส่วนใหญ่จะเป็นการออกแรงปานกลางตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไป ไกล่เคียงกับการนั่ง ยืนหรือเดินติดต่อกันไม่เกิน 10 นาที มีผู้ที่ควบคุมน้ำหนักเพียงร้อยละ 28.3 ในจำนวนนี้มักใช้วิธีการปรับเปลี่ยนชนิดอาหารและลดจำนวนมื้ออาหาร ตามลำดับ (ร้อยละ 11.7 และ 10.0) ด้านการบริโภคอาหาร มื้อกลางวันเป็นมื้อที่มีผู้ไม่รับประทานมากที่สุด ส่วนมื้อเช้าเป็นมื้อที่มีปริมาณการรับประทานมากที่สุดของวัน วิธีการปรุงอาหารส่วนใหญ่ใช้วิธี ลวก/ต้ม/อบ/นึ่ง และมักเป็นการปรุงเองที่บ้าน รสชาติอาหารที่นิยมมากที่สุด คือ รสจืดหรือรสอ่อน ๆ รองลงมาคือรสเปรี้ยว การเติมน้ำเปล่าเฉลี่ยอยู่ที่ 6-8 แก้วต่อวัน ส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนและน้ำหวาน/น้ำอัดลม ดังตารางที่ 1

3. ข้อมูลด้านสุขภาพ

ค่าดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 18.5-22.9

ตารางที่ 1 ข้อมูลด้านพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพ (n = 60)

	พฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การสูบบุหรี่	ไม่สูบ	45	75.0
	สูบ	8	13.3
	เลิกสูบมาแล้วไม่เกิน 15 ปี	7	11.7
การออกกำลังกาย	ไม่ออกกำลังกาย	28	46.7
	ออกกำลังกายเป็นประจำ	32	53.3
อิริยาบถส่วนใหญ่	นั่งหรือนอนเป็นส่วนใหญ่	16	26.7
	นั่ง / ยืน / เดินบ้าง (ไม่เกินครั้งละ 10 นาที)	21	35.0
	ออกแรงปานกลาง ตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไป	22	36.7
การควบคุมน้ำหนัก	ไม่ควบคุม	43	71.7
	ควบคุมน้ำหนัก	17	28.3
มือที่รับประทานมากที่สุด	มือเช้า	21	35.0
	มือเย็น	6	10.0
	มือกลางวัน	16	26.7
	มืออื่น ๆ	13	21.7
	เท่า ๆ กันทุกมือ	4	6.7
วิธีปรุงอาหารที่ชอบที่สุด	ทอด	5	8.3
	ผัด	7	11.7
	ปิ้ง/ย่าง	2	3.3
	ลวก/ต้ม/อบ/นึ่ง	39	65.0
	ไม่มีวิธีใดเป็นพิเศษ	7	11.7

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนที่ได้รับการดูแลด้านสุขภาพโดยทีมสหวิชาชีพ

ตารางที่ 1 ข้อมูลด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพ (n = 60) (ต่อ)

	พฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
รสชาติอาหารที่ชอบที่สุด	เค็ม	7	11.7
	หวาน	6	10.0
	เปรี้ยว	13	21.7
	จืด	19	31.7
	เผ็ด	8	13.3
	ไม่มีรสใดเป็นพิเศษ	7	11.7
ที่มาของอาหาร	ปรุงอาหารที่บ้าน	39	65.0
	รับประทานอาหารที่ปรุงจากร้าน	9	15.0
	ทั้ง 2 อย่าง	12	20.0
การดื่มน้ำเปล่าต่อวัน (แก้ว)	น้อยกว่า 6	21	35.0
	6 - 8	26	43.3
	มากกว่า 8	12	20.0
การดื่มน้ำแอลกอฮอล์	ไม่ดื่ม	52	86.7
	ดื่มเป็นครั้งคราว	6	10.0
	ดื่มเป็นประจำ	1	1.7
เครื่องดื่มคาเฟอีน	ไม่ดื่ม	27	45.0
	ดื่มเป็นครั้งคราว	12	20.0
	ดื่มเป็นประจำ	21	35.0
การดื่มน้ำหวาน/น้ำอัดลม	ไม่ดื่ม	28	46.7
	ดื่มเป็นครั้งคราว	22	36.7
	ดื่มเป็นประจำ	10	16.7

กิโลกรัม/เมตร² รองลงมาคือมากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร² ส่วนใหญ่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค โรคที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมา คือ โรคเบาหวานและโรคไขมันในเลือดสูงในสัดส่วนที่เท่ากัน ในจำนวนของผู้ที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเหล่านี้ ส่วนใหญ่มีเพียงโรคเดียว (ร้อยละ 39.5) รองลงมาคือ เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตั้งแต่ 3 โรคขึ้นไป ซึ่งพบมากถึงร้อยละ 34.9 การควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ที่ไม่เป็นโรคเบาหวานหรือไตร่วมด้วยส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ (น้อยกว่า 150/90 มิลลิเมตรปรอท) แต่สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคเบาหวานหรือโรคไตเรื้อรังร่วมด้วยส่วนใหญ่ยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทได้ การพบแพทย์เมื่อเจ็บ

ป่วยส่วนใหญ่ไปสถานพยาบาลทุกครั้ง ดังตารางที่ 2

4. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมดูแลสุขภาพกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมสุขภาพกับค่าดัชนีมวลกาย พบว่า อายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร² (p<0.05) ส่วนปัจจัยอื่นๆ ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างค่าดัชนีมวลกายกับการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆ ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ตารางที่ 3) ได้แก่

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพ (n = 60)

	ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	ไม่เป็นโรค	17	28.3
	เป็นโรค (ตอบได้มากกว่า 1 โรค)	43	71.7
	• ความดันโลหิตสูง	36	36.0
	• เบาหวาน	18	30.0
	• ไขมันในเลือดสูง	18	30.0
	• หัวใจและหลอดเลือด	11	18.3
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร ²)	น้อยกว่า 18.5	6	10.0
	18.5 – 22.9	16	26.7
	23.0 – 24.9	13	21.7
	25.0-29.9	14	23.3
	มากกว่า 30	10	16.7
	ไม่สามารถประเมินได้	1	1.7
การควบคุมความดันโลหิตตามเป้าหมาย			
- ไม่เป็นโรคเบาหวานหรือไตร่วมด้วย (<150/90 มิลลิเมตรปรอท)	• ไม่ผ่านเกณฑ์	6	24.0
	• ผ่านเกณฑ์	19	76.0
	- เป็นโรคเบาหวาน หรือ โรคไตเรื้อรัง (<140/90 มิลลิเมตรปรอท)	• ไม่ผ่านเกณฑ์	11
	• ผ่านเกณฑ์	7	38.9
การพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย	ทุกครั้ง	43	71.7
	บางครั้ง	14	23.3
	ไม่ไปเลย	3	5.0

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อมูลทั่วไป	ไม่เป็นโรค		เป็นโรค		p value	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง						
มือที่รับประทานมากที่สุด	• มือเช้า	6	35.3	15	34.9	<0.01
	• มือเย็น	0	0.0	6	14.0	
	• มือกลางวัน	6	35.3	10	23.3	
	• มืออื่นๆ	1	5.9	12	27.9	
	• เท่าๆกันทุกมือ	4	23.5	0	0.0	
ที่มาของอาหาร	• ปรุงอาหารที่บ้าน	9	52.9	30	69.8	<0.05
	• รับประทานอาหารที่ปรุงจากร้าน	6	35.3	3	7.0	
	• ทั้ง 2 อย่าง	2	11.8	10	23.3	

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนที่ได้รับการดูแลด้านสุขภาพโดยทีมสหวิชาชีพ

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ไม่เป็นโรค		เป็นโรค		p value	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง						
การดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน	• ไม่ดื่ม	5	29.4	22	51.2	<0.05
	• ดื่มเป็นครั้งคราว	8	47.1	5	11.6	
	• ดื่มเป็นประจำ	4	23.5	16	37.2	
พบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย	• ทุกครั้ง	8	47.1	35	81.4	<0.01
	• บางครั้ง	6	35.3	8	18.6	
	• ไม่ไปเลย	3	17.6	0	0.0	
โรคความดันโลหิตสูง						
มือที่รับประทานมากที่สุด	• มือเช้า	8	33.3	13	36.1	<0.05
	• มือเย็น	0	0.0	6	16.7	
	• มือกกลางวัน	8	33.0	8	22.2	
	• มืออื่นๆ	4	16.7	9	25.0	
	• เท่าๆกันทุกมือ	4	16.7	0	0.0	
การดื่มน้ำหวาน/น้ำอัดลม	• ไม่ดื่ม	7	29.2	21	58.3	<0.05
	• ดื่มเป็นครั้งคราว	9	37.5	13	36.1	
	• ดื่มเป็นประจำ	8	33.3	2	5.6	
พบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย	• ทุกครั้ง	14	58.3	29	80.6	<0.05
	• บางครั้ง	7	29.2	7	19.4	
	• ไม่ไปเลย	3	12.5	0	0.0	
โรคไขมันในเลือดสูง						
การดื่มน้ำหวาน/น้ำอัดลม	• ไม่ดื่ม	14	33.3	14	77.8	<0.01
	• ดื่มเป็นครั้งคราว	19	45.2	3	16.7	
	• ดื่มเป็นประจำ	9	21.4	1	5.6	
โรคเบาหวาน						
การออกกำลังกาย	• ไม่ออกกำลังกาย	24	57.1	4	22.2	<0.05
	• ออกกำลังกายเป็นประจำ	18	42.9	14	77.8	
การรับประทานอาหารว่างระหว่างวัน	• ไม่มี	42	100.0	13	72.2	<0.01
	• มี	0	0.0	5	27.8	
โรคหัวใจและหลอดเลือด						
วิธีปรุงอาหาร	• ทอด	5	10.2	0	0.0	<0.05
	• ผัด	6	12.2	1	9.1	
	• ปิ้ง/ย่าง	0	0.0	2	11.7	
	• ลวก/ต้ม/อบ/นึ่ง	33	67.3	6	65.0	
	• ไม่มีวิธีใดเป็นพิเศษ	5	10.2	2	18.2	
การดื่มน้ำหวาน/น้ำอัดลม	• ไม่ดื่ม	19	38.8	9	81.8	<0.05
	• ดื่มเป็นครั้งคราว	21	42.9	1	9.1	
	• ดื่มเป็นประจำ	9	18.4	1	9.1	

- มือที่รับประทานอาหารมากที่สุด ($p < 0.01$) ที่มาของอาหาร ($p < 0.05$) การบริโภคเครื่องดื่มคาเฟอีน ($p < 0.05$) และการไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย ($p < 0.01$)
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ มือที่รับประทานอาหารมากที่สุด ($p < 0.05$) การบริโภคน้ำหวานหรือน้ำอัดลม ($p < 0.05$) และการไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย ($p < 0.05$)
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคไขมันในเลือดสูง ได้แก่ การบริโภคน้ำหวานหรือน้ำอัดลม ($p < 0.01$)
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคเบาหวาน ได้แก่ การออกกำลังกาย ($p < 0.05$) และการรับประทานของว่างระหว่างวัน ($p < 0.01$)
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ วิธีปรุงอาหาร ($p < 0.05$) และการบริโภคน้ำหวานหรือน้ำอัดลม ($p < 0.05$)

วิจารณ์

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง นับถือศาสนาพุทธ มีสถานภาพส่วนใหญ่สมรส/อยู่ด้วยกันและมีบุตร ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนอื่น⁽¹¹⁻¹⁵⁾ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกับบุตร/หลานโดยมีแหล่งที่มาของรายได้จากบุตรหลาน/ญาติพี่น้อง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวิภากร ลิทธิศาสตร์⁽¹³⁾ วุฒิศึกษาสูงสุดเท่ากับระดับประถมศึกษาและเกือบครึ่งหนึ่งมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ซึ่งสอดคล้องกับอาชีพของผู้สูงอายุในชุมชนนี้ส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขายและรับจ้างทั่วไปและสอดคล้องกับผลจากงานวิจัยอื่น⁽¹¹⁻¹⁵⁾ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถอ่านหนังสือได้มีเพียงประมาณร้อยละ 20.0 ซึ่งมีปัญหาด้านสายตาแต่ก็มีบุตรหลานหรือเพื่อนบ้านใกล้เคียงช่วยกันดูแลจึงอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้มีการดูแลตัวเองที่ดีและสามารถจัดยารับประทานได้อย่างถูกต้อง

ผลการศึกษาในชุมชนต้นแบบที่มีโปรแกรมดูแล

สุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่ามีภาพรวมของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการบริโภคอาหารที่ค่อนข้างดีและแตกต่างจากผลการวิจัยในชุมชนอื่นดังนี้

- กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ซึ่งต่างจากงานวิจัยของ อรรถพงษ์ เพ็ชรสุวรรณ ที่พบว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุในชุมชนจัดอยู่ในระดับไม่ดี⁽¹⁴⁾

• ส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายเป็นประจำโดยวิธีการออกกำลังกายของชุมชนนี้ส่วนใหญ่ใช้วิธีเดิน/วิ่ง รองลงมาคือแกว่งแขนและปั่นจักรยาน ซึ่งต่างจากงานวิจัยส่วนใหญ่ที่พบว่าผู้สูงอายุมักใช้วิธีการแกว่งแขน-ขาและเกร็งข้อมือ-เท้าเป็นวิธีหลัก^(11-13,16) แต่อย่างไรก็ตามผู้เกี่ยวข้องควรมีการส่งเสริมในเรื่องการออกกำลังกายเพิ่มเติมเนื่องจากยังมีผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำเพียงครึ่งหนึ่งเท่านั้น

• อิริยาบถในชีวิตประจำวันส่วนใหญ่เป็นการออกแรงปานกลางตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไป ใกล้เคียงกับกลุ่มที่มีการลุกยืนหรือเดินสลับกับการนั่งพักแต่ไม่เกินครั้งละ 10 นาที ซึ่งต่างจากงานวิจัยของอรรถพงษ์ เพ็ชรสุวรรณ ที่พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะนั่ง ๆ นอน ๆ และไม่ค่อยลุกไปเปลี่ยนอิริยาบถ⁽¹⁴⁾ ทั้งนี้อาจเกิดจากชุมชนนี้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุซึ่งจะมีกิจกรรมนันทนาการและการแข่งขันกีฬาให้ผู้สูงอายุได้ร่วมกิจกรรมอยู่เสมอ นอกจากนี้จำนวนชั่วโมงการพักผ่อนทั้งกลางวันและกลางคืนก็เป็นไปอย่างเหมาะสมคือไม่เกิน 1 ชั่วโมงในเวลากลางวัน และมากกว่า 6 ชั่วโมงในเวลากลางคืน

• ด้านการบริโภคอาหาร พบว่า ส่วนใหญ่มือเย็นเป็นมือที่ขาดไม่ได้ รองลงมาคือมือเช้าและมือเข้านักเป็นมือที่มีการรับประทานอาหารในปริมาณที่มากกว่ามืออื่น ๆ เนื่องจากผู้สูงอายุได้รับความรู้ถึงความสำคัญของการรับประทานอาหารเช้า แต่อย่างไรก็ตามมีผู้ที่ใส่ใจเรื่องการควบคุมน้ำหนักเพียงร้อยละ 28.3 ซึ่งในจำนวนนี้มักใช้วิธีการปรับเปลี่ยนชนิดอาหารและลดจำนวนมื้ออาหารลง มื้อกลางวันเป็นมื้อที่มีผู้ไม่รับประทานมากที่สุดเพื่อเป็นการควบคุมน้ำหนัก และส่วนใหญ่มักมีการรับประทานขนมหรืออาหารว่างในระหว่างวัน เนื่องจากในชุมชนมีร้านขายของจำนวนมากซึ่งมีอยู่เกือบทุกซอย และ

มีรถเข็นขายของผ่านไปมาอยู่เสมอ ซึ่งเป็นวิถีชีวิตของชุมชนเมืองที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับอาหารที่ไม่จำเป็น วิธีการปรุงอาหารมักใช้วิธี ลวก/ต้ม/อบ/นึ่ง มากที่สุดซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว⁽¹¹⁾ ผู้สูงอายุในชุมชนนี้มักรับประทานอาหารรสอ่อน ๆ และมักจะเป็นการปรุงอาหารด้วยตัวเองที่บ้านซึ่งต่างจากชุมชนอื่นซึ่งมักนิยมรับประทานรสชาติเค็มเป็นส่วนใหญ่⁽¹¹⁻¹³⁾ การดื่มน้ำเปล่าเฉลี่ยอยู่ที่ 6-8 แก้วต่อวัน ส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ และ ชา/กาแฟ/เครื่องดื่มชูกำลัง แม้จะมีร้านขายอยู่เป็นจำนวนมาก อาจเนื่องจากผู้สูงอายุได้รับทราบถึงประโยชน์และโทษของเครื่องดื่มเหล่านี้ และมีการรณรงค์ให้ตระหนักในการดูแลสุขภาพและการบริโภคอาหารอยู่เสมอ

- ด้านสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18.5-22.9 กิโลกรัม/เมตร² รองลงมา คือ มากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร² โดยพบว่าจำนวนผู้ที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัม/เมตร² มีถึงร้อยละ 50 ของทั้งหมด นอกจากนี้ยังพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับค่าดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ ($p < 0.05$) โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัม/เมตร² ขึ้นไปมักมีอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างค่าดัชนีมวลกายกับการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่าง ๆ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค โรคที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมา คือ โรคเบาหวานและโรคไขมันในเลือดสูงในสัดส่วนที่เท่ากัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว⁽¹¹⁾ และอรรถพงศ์ เพ็ชรสุวรรณ⁽¹⁴⁾ การควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ที่ไม่เป็นโรคเบาหวานหรือไตร่วมด้วยส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม (น้อยกว่า 150/90 มิลลิเมตรปรอท) แต่สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคเบาหวานหรือโรคไตเรื้อรังร่วมด้วยส่วนใหญ่ยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทได้ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องมีการเพิ่มการดูแลและให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิดเป็นราย

บุคคลในกลุ่มผู้สูงอายุเหล่านี้ รวมถึงกลุ่มผู้ที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตั้งแต่ 3 โรคขึ้นไปที่มีถึงร้อยละ 34.9 เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจากการใช้ยา เพราะมียาที่ต้องใช้ต่อเนื่องจำนวนมาก โดยกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนรายการยาที่ใช้ประจำเฉลี่ยคนละ 3 รายการ

- ด้านการรักษาพยาบาลพบว่า ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษายังสถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยทุกครั้งถึงร้อยละ 71.7 ซึ่งสูงกว่าที่พบในงานวิจัยอื่น ๆ^(11,14,15) ทั้งที่ชุมชนแห่งนี้มีร้านขายยาอยู่รอบ ๆ เป็นจำนวนมาก แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความกังวลและตระหนักในการดูแลสุขภาพมากขึ้นและเมื่อเจ็บป่วยต้องการการตรวจยืนยันโดยแพทย์ให้ชัดเจน เหตุผลหลักในการพิจารณาว่าควรไปพบแพทย์ คือ เมื่ออาการที่เป็นมีระยะเวลาหรืออาการของโรครุนแรงขึ้น

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ มือที่รับประทานอาหารมากที่สุด ที่มาของอาหาร การบริโภคเครื่องดื่มคาเฟอีน และการไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย โดยพบว่าข้อมูลที่เกิดขึ้นได้ชี้ถึงการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ การที่ผู้ที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมักจะเลือกวิธีการปรุงอาหารด้วยตนเองที่บ้าน ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเริ่มมีความตระหนักในภาวะโภชนาการกับการเกิดโรคมากขึ้น รวมทั้งผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีการไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วยสูงถึงร้อยละ 81.4 แสดงให้เห็นถึงความเอาใจใส่ในสุขภาพของตนเองเป็นอย่างดีและเข้าถึงการรักษาพยาบาลของรัฐ โดยในชุมชนจะมีศูนย์บริการสาธารณสุขที่มีความใกล้ชิดกับคนในชุมชน มีระบบการคัดกรองและส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ใกล้เคียง รวมทั้งมีการออกเยี่ยมบ้านของอาจารย์และนักศึกษาจากสหวิชาชีพ ทำให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยได้รับการรักษาและดูแลอย่างทันที่ นอกจากนี้เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแต่ละชนิด พบว่า

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ มือที่รับประทานอาหารมากที่สุด การบริโภคน้ำ-หวานหรือน้ำอัดลม และการไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคไขมันในเลือดสูง ได้แก่ การบริโภคน้ำหวานหรือน้ำอัดลม ซึ่งสังเกตเห็นว่าผู้ที่เป็นโรคไขมันในเลือดสูงมักหลีกเลี่ยงการดื่มน้ำหวานหรือน้ำอัดลมทุกชนิด และดื่มน้ำเปล่าเป็นหลักเพื่อเป็นการรักษาสุขภาพ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคเบาหวาน ได้แก่ การออกกำลังกาย และการรับประทานของว่างระหว่างวัน ซึ่งจะสังเกตเห็นว่า ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีการออกกำลังกายเป็นประจำถึงร้อยละ 77.8 เนื่องจากต้องการให้ร่างกายแข็งแรง จากการสอบถามเพิ่มเติมพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ที่มีการรับประทานอาหารว่างเล็กน้อยระหว่างวัน ส่วนหนึ่งเกิดจากผู้ป่วยมีอาการหิวบ่อยจากโรคเบาหวานและอีกส่วนหนึ่งเกิดจากยาที่รับประทานทำให้มีอาการวิงเวียนศีรษะหรือใจสั่นระหว่างวันจากการที่ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ วิธีปรุงอาหาร และการบริโภคน้ำหวานหรือน้ำ-อัดลม ซึ่งสังเกตเห็นได้ว่า ผู้ป่วยโรคนี้ทุกรายหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารทอดได้โดยเด็ดขาดและยังหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มน้ำหวานหรือน้ำอัดลมเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตัวเองอย่างเหมาะสมเป็นอย่างดี เพราะเป็นกลุ่มที่ได้รับการเอาใจใส่และดูแลเป็นพิเศษจากทีมสหวิชาชีพ

สรุป

ผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนที่ได้รับการดูแลสุขภาพโดยทีมสหวิชาชีพ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีโดยเฉพาะในด้านการบริโภคอาหาร อริยาบถประจำวัน และการดูแลตัวเองเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งควรนำไปเป็นตัวอย่างในการปรับใช้ในชุมชนแห่งอื่น ๆ ต่อไป โดยปัจจัยที่ควรมีการสนับสนุนเพิ่มเติม ได้แก่ การออกกำลังกายและการควบคุมน้ำหนัก ด้านการ

ดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง รองลงมา คือ โรคเบาหวานและโรคไขมันในเลือดสูงในสัดส่วนที่เท่ากัน พบว่า ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดี มีการปรับวิถีการบริโภคและตระหนักถึงความสำคัญของการไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วยอย่างสม่ำเสมอ ประเด็นที่ควรได้รับการเอาใจใส่เพิ่มเติม คือ การควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคเบาหวานหรือโรคไตเรื้อรังร่วมด้วยซึ่งยังไม่เข้าเกณฑ์ที่เหมาะสม จำเป็นต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดเป็นรายบุคคล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายกเทศมนตรีเทศบาลนครรังสิต นายธีรวิทย์ กลิ่นกุสม ที่กรุณาให้อนุญาตแก่อาจารย์ นักศึกษา และเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขได้ลงพื้นที่สำรวจข้อมูลในครั้งนี้ ขอขอบคุณ คุณทัศนีย์ เจริญอัสวสุข หัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุข 1 (ชุมชนสินสมุทร) ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือในการประสานงานและอำนวยความสะดวกในการลงพื้นที่ขอขอบคุณผู้ช่วยวิจัย ได้แก่ นศ.ภาคภูมิ ภัทรชัย นศ.สพชัช รัตนกุล นศ.อภิรักษ์ วัชรวิชาติ นักศึกษาเภสัชศาสตร์ชั้นปีที่ 5 และอาสาสมัครสาธารณสุขทุกท่าน ขอขอบคุณชาวบ้านในชุมชนสินสมุทร ตำบลหลักหกทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2558. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์; 2559.
2. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2558. กรุงเทพมหานคร: องค์การ-สงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2559.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2557. กรุงเทพมหานคร: Text and Journal Publication; 2557.
4. คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. แผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564).

- กรุงเทพมหานคร: ศรุสภา; 2545.
5. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. ประชากรสูงอายุไทย: ปัจจุบันและอนาคต [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [สืบค้นเมื่อ 14 ก.ย. 2560]. แหล่งข้อมูล: https://www.msociety.go.th/article_attach/13225/17347.pdf
 6. เบญจพร สว่างศรี, เสริมศิริ แต่งงาม. การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิชาการ มทร. สุวรรณภูมิ 2556;1:128-37.
 7. เตือนใจ ทองคำ. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในอำเภอตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์ [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2549.
 8. พระสุรัชย์ อยู่สาโก. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเทศบาลเมืองท่าเรือ-พระแท่น อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี [วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2550.
 9. พิมพ์สุทธิ บัวแก้ว, รติพร ถึงฝั่ง. การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. วารสารสมาคมนักวิจัย 2559; 21:94-109.
 10. ประภาสวัชร งามคณะ. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคนไทยในเขตปริมณฑล. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี 2557;6:21-30.
 11. วิชรพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว. ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเทศบาลตำบลตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี [งานนิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2557.
 12. ประนอม ปิ่นทอง, กรองทอง คมรัตน์ปัญญา, นิภาพร ธนศักดิ์สกุล. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ หมู่ที่ 4 ตำบลช้างใหญ่ อำเภอบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [สืบค้นเมื่อ 14 ก.ย. 2560]. แหล่งข้อมูล: https://www.ayo.moph.go.th/main/file_upload/sub-forms/2015_80169fe192959e1ed1a6760a3d0611a/พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ%20หมู่ที่%204%20ตำบลช้างใหญ่.บางไทร_201501191136.pdf
 13. วิภาพร สิทธิศาสตร์, สุชาติ สนวนุ่ม. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตความรับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านเสาหิน ตำบลวัดพริก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2550 [สืบค้นเมื่อ 14 ก.ย. 2560]. แหล่งข้อมูล: http://www.smnc.ac.th/ucontent3//_full-text/20120508034929_4682/20120508034942_3957.pdf
 14. อรรถพงษ์ เพ็ชรสุวรรณ. พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานกรณีศึกษาผู้มารับบริการทางการแพทย์ เขตสถานีอนามัย อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. ปัตตานี: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2552.
 15. อิตเรส อาบู. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมในตำบลกะมิยอ อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต]. ปัตตานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา; 2549
 16. อนุสรณ์ เป้าสูงเนิน, วาริน แนวกลาง, วีรยา ย่อยกระโทก, สมพิศ คำมณี, อรุมา เดชทุ่งคา, อารญา สิมมา. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดจิก อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา. การประชุมมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 6; 26 มิถุนายน 2558; มหาวิทยาลัยมหาดใหญ่, สงขลา. สงขลา: มหาวิทยาลัยมหาดใหญ่; 2558.

Abstract: Health Care Behaviors of the Elderly in the Community Receiving Health Care by a Multidisciplinary Team

Kamala Sadubpod M.Sc. in Pharm.; **Patchaya Kochsiripong M.Sc. (Mental Health)**

Department of pharmacy practice, College of Pharmacy, Rangsit University, Thailand

Journal of Health Science 2019;28(Suppl 2):S43-S54.

The aim of this study was to assess the health care behaviors, food consumption and medical treatment of the elderly in a community receiving health care by multidisciplinary team at Sinsamut community, Pathumthani province. The research methodology was cross-sectional descriptive research. Data were collected from the elderly lived in Sinsamut community between August to December 2017 using a questionnaire. This community model had established an elderly club, sport competition including home visit from a multidisciplinary team. The results showed that there were 60 elderly subjects. Most of them were female and had the good health care behaviors, especially the food consumption, daily bodily movement, non-smoking or drinking alcohol, dislike drinking sweet drinks or soft drinks, and visiting the doctor when having illness. Nevertheless, routine exercise and weight control was performed in only 53.30% and 28.30% of them, respectively. In addition, blood pressure control in hypertension patients with diabetes or chronic kidney disease still was not in line with the standard criteria. Furthermore, the study showed that the age was significantly correlated with body mass index ($p < 0.05$). Elderly with body mass index 25 kg/m^2 and above were aged 60–69 years. The factors associated with chronic non-communicable disease were the largest meal ($p < 0.01$), source of the diets ($p < 0.05$), consumption of caffeinated beverages ($p < 0.05$), and visiting the doctor only when having illness ($p < 0.01$). It could be concluded that Sinsamut community, Pathumthani province, had developed a community health care model that enabled the elderly to control their consumption properly and to visit doctor regularly. This elderly health care model should be widely implemented in other communities.

Keywords: health care behavior, elderly, multidisciplinary team, community model, Sinsamut community, Pathumthani province