

ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคำขวาง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

มินตรา สารรักษ์^{1*}, ธิติรัช งานฉมั่ง¹, นันทยา กระสวยทอง²

¹กลุ่มวิชาสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 34190

²กลุ่มวิชาแพทยศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 34190

Health Status and Health Behaviors among Elderly in Kham Kwang Sub-district, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province

Mintra Sararuk^{1*}, Thitirat Nganchamung¹, Nantaya Krasuaythong²

¹Department of Public Health, College of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University, 34190

²Department of Medicine, College of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University, 34190

Received: 11 November 2019

Accepted: 20 February 2020

หลักการและวัตถุประสงค์: พฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีผลต่อภาวะสุขภาพกายและจิตใจ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ ระดับพฤติกรรมสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างระดับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุ ตำบลคำขวาง อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 200 ราย เครื่องมือที่ใช้คือแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพ แบบประเมินสุขภาพจิต GHQ-28 (ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค = 0.79 และ 0.92 ตามลำดับ) และประเมินภาวะสุขภาพกายด้วยการตรวจสุขภาพเบื้องต้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ) Chi-square test และ Fisher's Exact Test

ผลการศึกษา: พบว่า ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวร้อยละ 50.5 (3 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 30.7, 23.8 และ 8.4 ตามลำดับ) มีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 41.1 และ 53.5 ตามลำดับ ภาวะสุขภาพจิตปกติ ร้อยละ 86.5 ระดับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 88.5 และมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.02$) ระดับพฤติกรรมสุขภาพพรายด้านที่ควรส่งเสริมสุขภาพคือด้านกิจกรรมทางกาย และการจัดการความเครียด

สรุป: ผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพที่ควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างเป็นรูปแบบ

คำสำคัญ: ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ผู้สูงอายุ

Background and Objective: Good health behaviors could affect physical and mental health status. This study aimed to explore health status, health behaviors level and the relationship between health behaviors level and health status among elderly in Kham Kwang Sub-district, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province.

Method: This was a survey study in a sample of 200 elderly, aged 60 year and older by purposive sampling. Data were collected by an interview form assessing health behaviors in the elderly and Thai GHQ-28 form developed by the Department of Mental Health with the Cornbrach's alpha of 0.79 and 0.92 respectively, and access physical health status with general health check up. The descriptive statistics (frequency and percentage), Chi-square test and Fisher's Exact Test were used to analyze the data.

Results: Results revealed that the elderly had chronic illness 50.5% (the top 3 were hypertension, diabetes and hyperlipidemia, 30.7%, 23.8% and 8.4% respectively). There were 40.0% of the elderly being overweight and obesity 53.3% , 86.5% had normal mental health. The overall health behaviors were good level (88.5%) and correlated with mental health status statistically significant ($p=0.02$). Health behaviors regarding physical activity and stress management needed to be improved.

*Corresponding author : Mintra Sararuk, Department of Public Health, College of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University, 34190, E-mail: mintra.s@ubu.ac.th

Conclusion: Health behaviors level and health status of the elderly should be promoted in the form of health promotion and disease prevention.

Keywords: Health Status, Health Behaviors, Elderly

ศรีนครินทร์เวชสาร 2563; 35(3): 304-310. • Srinagarind Med J 2020; 35(3): 304-310.

บทนำ

ผู้สูงอายุอยู่ในช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม¹ หากมีการดูแลสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพและอาจนำไปสู่การเกิดโรคหรือความผิดปกติต่าง ๆ ได้ง่าย อีกทั้งอาจทำให้มีภาวะเครียด ซึมเศร้า และนำไปสู่ปัญหาสุขภาพทางจิตตามมา² ดังนั้นการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีในผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพกายและใจที่ดี ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ พฤติกรรมดูแลสุขภาพที่สำคัญได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านโภชนาการ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ³

จังหวัดอุบลราชธานีมีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 13.6 ซึ่งมากเป็นอันดับที่ 3 ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองจากจังหวัดขอนแก่นและนครราชสีมา ตามลำดับ⁴ มีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังร้อยละ 20.55 อำเภอที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ อำเภวารินชำราบ อำเภอพิบูลย์รักษ์ และอำเภอตระการพืชผล⁵ จากรายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2556 พบว่า ผู้สูงอายุไทยร้อยละ 26.0 มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ต่ำกว่าเป้าหมาย คือ ร้อยละ 30.0 พบความชุกในเพศชายร้อยละ 43.0 และเพศหญิง ร้อยละ 50.0 การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์นั้นส่งผลให้ผู้สูงอายุไทยมีปัจจัยเสี่ยงทางภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย ที่สำคัญ ได้แก่ มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน⁷ อย่างไรก็ตามยังไม่มีข้อมูลการศึกษาวิจัยร่วมกันระหว่างภาวะสุขภาพกาย สุขภาพจิตและระดับพฤติกรรมสุขภาพ ในผู้สูงอายุในตำบลคำขวาง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ดังนั้นวัตถุประสงค์การศึกษานี้ เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ ระดับพฤติกรรมสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างระดับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุ ต.คำขวาง อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่สามารถนำมาวิเคราะห์เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของสูงอายุเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (survey research) ดำเนินการในช่วงเดือนกรกฎาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2561 การศึกษาได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี หมายเลขใบรับรอง UBU-REC-10/2561

ประชากร: เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ใน ต.คำขวาง อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี จำนวน 969 ราย⁸

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง: คือ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง สามารถรับรู้และติดต่อสื่อสารได้ตามปกติ และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง: จำนวน 200 ราย ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรการประมาณค่าสัดส่วนของประชากร⁹ ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบสองขั้นตอน (two-stage sampling technique) โดย ทำการคัดเลือกหมู่บ้าน 4 หมู่บ้าน เพื่อเป็นพื้นที่ในการสำรวจข้อมูลโดยพิจารณาจากจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด 4 อันดับแรก ได้แก่ หมู่ที่ 2, 4, 5 และ 6 ซึ่งใช้การคัดเลือกหมู่บ้านแบบเจาะจง (purposive sampling) และผู้วิจัยใช้การให้โควตา 4 หมู่บ้านๆละ 50 ราย รวมเป็น 200 ราย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) ให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามที่คำนวณได้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา: เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพ 2) แบบประเมินภาวะสุขภาพทางกาย และ 3) แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต (GHQ-28) ของกรมสุขภาพจิต 1) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ความเหมาะสมด้านภาษาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน มีการตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพไปทดลองใช้ (try out) กับประชาชนผู้สูงอายุใน ต.ธาตุ อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค = 0.79

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของการประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (health promotion life style profile) (Walker, Sechrist, & Pender, 1987, อ้างถึงใน วิภากร สิทธิศาสตร์ และสุชาติ สนวนุ่ม)³ ประกอบด้วยคำถาม 36 ข้อ โดยแบ่งตามพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 6 ด้านๆละ 6 ข้อ ดังนี้ 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลสนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง 2) ด้านโภชนาการ (nutrition) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลเลือกรับประทานอาหารอย่างถูกต้องเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย 3) ด้านกิจกรรมทางกาย (physical activity) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติโดยให้มีการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้ร่างกายมีการใช้

พลังงาน ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ 4) ด้านการจัดการความเครียด (stress management) เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงวิธีการจัดการกับความเครียดของบุคคลในภาวะแวดล้อมต่าง ๆ เช่น การแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม 5) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal relations) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นมีการปรึกษาหารือและร่วมกันแก้ไขปัญหา และ 6) ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (spiritual growth) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงถึงการมีความเชื่อที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตที่ดี มีความสงบและพึงพอใจในชีวิต

ลักษณะคำถาม เป็นคำถามเชิงบวก (positive) จำนวน 34 ข้อ และคำถามเชิงลบ (negative) จำนวน 2 ข้อ โดยคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย มีเกณฑ์การให้คะแนน โดยข้อความทางบวกให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ และข้อความทางลบให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ

การแปลผลพฤติกรรมสุขภาพจำแนกเป็นพฤติกรรมสุขภาพรายด้านและพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวม โดยแบ่งเป็น 3 ระดับตามช่วงคะแนนการมีพฤติกรรมสุขภาพ คือ ระดับควรปรับปรุง ระดับปานกลาง และระดับดี (การแบ่งระดับได้จากการคำนวณ ดังนี้ $\text{อันดับภาค} = (\text{ค่าสูงสุด} - \text{ค่าต่ำสุด}) / \text{จำนวนขั้น}$) โดยระดับพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน ระดับควรปรับปรุง (6-13 คะแนน) ระดับปานกลาง (14-21 คะแนน) ระดับดี (มากกว่า 21 คะแนน) และระดับพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวม ระดับควรปรับปรุง (36-83 คะแนน) ระดับปานกลาง (84-131 คะแนน) ระดับดี (มากกว่า 131 คะแนน)

2) แบบประเมินภาวะสุขภาพกาย เป็นแบบบันทึกที่บันทึกข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติและตรวจสุขภาพเบื้องต้น ประเมินจากการตรวจสุขภาพเบื้องต้น ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย เส้นยาวรอบเอว ความดันโลหิต และการมีโรคประจำตัว

3) แบบประเมินสุขภาพจิต GHQ-28 เป็นแบบทดสอบด้านสุขภาพจิตฉบับย่อจาก แบบสอบถาม General Health Questionnaire ฉบับเต็ม 60 ข้อ โดยแบบประเมินผ่านการทดสอบความเชื่อถือได้และความแม่นยำของเครื่องมือในการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน เมื่อเปรียบเทียบกับกรณีวินิจฉัยของจิตแพทย์ พบว่าค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ของข้อคำถาม มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.84-0.92 และมีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 78.1-85.3 และความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 84.4-89.7¹⁰

แบบประเมินสุขภาพจิต GHQ-28 ประกอบด้วย คำถามจำนวน 28 ข้อ โดยแบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านอาการทางกาย 7 ข้อ 2) ด้านอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ 9 ข้อ 3) ด้านความบกพร่องทางสังคม 5 ข้อ และ 4) ด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรง 7 ข้อ ลักษณะคำตอบของคำถามในแต่ละด้านเป็นแบบ 4 ตัวเลือก ให้คะแนนแบบ GHQ score bimodal response scale คือ คะแนนจะถูกตัดไว้เพียง 2 ค่า (binary score) โดยถ้าตอบตัวเลือกที่ 1 และ 2 จะให้คะแนนเป็น 0 แต่ถ้าตอบตัวเลือกที่ 3 และ 4 จะให้ค่าคะแนนเป็น 1 การแปลผล

ถ้าคะแนนรวมน้อยกว่า 6 หมายถึง ภาวะสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ และถ้าคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 6 หมายถึง ภาวะสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์มีแนวโน้มเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต

วิธีการเก็บข้อมูล

มีขั้นตอนในการเก็บข้อมูลและดำเนินการวิจัย ดังนี้ 1) ขั้นตอนเตรียมผู้ช่วยวิจัย ที่มีส่วนในกระบวนการเก็บข้อมูล โดยการชี้แจงทำความเข้าใจในการใช้แบบสอบถามและกระบวนการต่าง ๆ ของการดำเนินงานวิจัย 2) ขั้นตอนเตรียมชุมชนและพื้นที่วิจัย มีการจัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย แนวทางการดำเนินการวิจัยและประชาสัมพันธ์ กับตัวแทนชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน รองผู้ใหญ่บ้าน ประธาน อสม. ผู้อำนวยการ ทีมพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำขวาง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี อีกทั้งเพื่อการประสานความร่วมมือระหว่างกลุ่มอาสาสมัครในโครงการวิจัย 3) ขั้นตอนการวิจัย เก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยดังกล่าวข้างต้น โดยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลคนละประมาณ 30 นาที 4) ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วน และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับระดับพฤติกรรมสุขภาพใช้สถิติ Fisher's Exact Test และ Chi-square Test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ มีอายุเฉลี่ย 70.7 ± 7.2 ปี เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.0 สถานะภาพสมรสคู่ ร้อยละ 62.0 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 97.0 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 57.4 และมีรายได้หลักจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ร้อยละ 98.3

1. ภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว ร้อยละ 50.5 ซึ่งโรคที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 30.7, 23.8 และ 8.4 ตามลำดับ มีภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 41.1 และมีภาวะอ้วนลงพุง (รอบเอว มากกว่า 90 เซนติเมตร ในชาย และ มากกว่า 80 เซนติเมตร ในหญิง) ร้อยละ 53.5 อัตราการเดินของซีพจรอยู่ในระดับปกติ (60-80 ครั้ง/นาที) ความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 41.5 และ 57.5 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

2. ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพจิตปกติ ร้อยละ 86.5 และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 13.5 มีแนวโน้มจะมีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ตารางที่ 1)

3. ระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพทุกด้านอยู่ในระดับดี โดยพฤติกรรมสุขภาพ

ระดับดีที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ด้านจิตวิญญาณ ร้อยละ 94.0 ด้านโภชนาการ ร้อยละ 92.0 และด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ร้อยละ 91.5 นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีพฤติกรรมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายและด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับปานกลางและระดับควรปรับปรุง คิดเป็นร้อยละ 45.0 และ 23.0 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อยู่ในระดับดี ร้อยละ 88.5 และระดับปานกลาง ร้อยละ 11.5 (ตารางที่ 2)

4.ความสัมพันธ์ระหว่างระดับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพ ผลการทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Chi-square test

และ Fisher's Exact Test พบว่า ระดับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.020$) ส่วนภาวะสุขภาพทางกาย ได้แก่ การมีโรคประจำตัว ระดับดัชนีมวลกาย ภาวะอ้วนลงพุง ระดับอัตราการเต้นของชีพจร ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

วิจารณ์

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามภาวะสุขภาพและระดับพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมและความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ (n = 200)

ภาวะสุขภาพ	จำนวนรวม (n = 200)	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ		Chi sq.	p-value
		ดี (n = 177)	ปานกลาง (n = 23)		
การมีโรคประจำตัว				0.377	0.539
ไม่มี	99 (49.5)	89 (89.9)	10 (10.1)		
มี	101 (50.5)	88 (87.1)	13 (12.9)		
ระดับดัชนีมวลกาย				0.814	0.666
น้ำหนักน้อย (BMI < 18.5 kg/m ²)	30 (15.0)	28 (93.3)	2 (6.7)		
น้ำหนักปกติ (BMI 18.5 - 22.9 kg/m ²)	88 (44.0)	77 (87.5)	11 (12.5)		
น้ำหนักเกิน/ อ้วน (BMI ≥ 23.0 kg/m ²)	82 (41.0)	72 (87.8)	10 (12.2)		
ภาวะอ้วนลงพุง				0.567	0.451
ไม่มี (รอบเอว < 90 ซม.ในชาย, < 80 ซม.ในหญิง)	93 (46.5)	84 (90.3)	9 (9.7)		
มี (รอบเอว ≥ 90 ซม.ในชาย, ≥ 80 ซม.ในหญิง)	107 (53.5)	93 (86.9)	14 (13.1)		
ระดับอัตราการเต้นของชีพจร				0.343 ^a	0.818
ปกติ (60-80 ครั้ง/นาที)	110 (55.0)	98 (89.1)	12 (10.9)		
เร็วกว่าปกติ (> 80 ครั้ง/นาที)	85 (42.5)	74 (87.1)	11 (12.9)		
ช้ากว่าปกติ (< 60 ครั้ง/นาที)	5 (2.5)	5 (100.0)	0 (0.0)		
ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure, SBP)				5.018 ^a	0.095
ปกติ (90-130 มม.ปรอท)	83 (41.5)	75 (90.4)	8 (9.6)		
สูงกว่าปกติ (> 130 มม.ปรอท)	116 (58.0)	102 (87.9)	14 (12.1)		
ต่ำกว่าปกติ (< 90 มม.ปรอท)	1 (0.5)	0 (0.0)	1 (100.0)		
ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure, DBP)				5.018 ^a	0.095
ปกติ (60-80 มม.ปรอท)	115 (57.5)	100 (87.0)	15 (13.0)		
สูงกว่าปกติ (> 80 มม.ปรอท)	80 (40.0)	73 (91.2)	7 (8.8)		
ต่ำกว่าปกติ (< 60 มม.ปรอท)	5 (2.5)	4 (80.0)	1 (20.0)		
ภาวะสุขภาพจิต				6.383 ^a	0.020*
ปกติ	173 (86.5)	157 (90.8)	16 (9.2)		
มีปัญหาสุขภาพจิต	27 (13.5)	20 (74.1)	7 (25.9)		

หมายเหตุ a Fisher's Exact Test

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน (n = 200)

พฤติกรรมสุขภาพ	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ (ร้อยละ)		
	ดี	ปานกลาง	ควรปรับปรุง
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	183 (91.5)	17 (8.5)	0 (0.0)
ด้านกิจกรรมทางกาย	110 (55.0)	85 (42.5)	5 (2.5)
ด้านจิตวิญญาณ	188 (94.0)	12 (6.0)	0 (0.0)
ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	179 (89.5)	21 (10.5)	0 (0.0)
ด้านการจัดการกับความเครียด	154 (77.0)	43 (21.5)	3 (1.5)
ด้านโภชนาการ	184 (92.0)	16 (8.0)	0 (0.0)
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	177 (88.5)	23 (11.5)	0 (0.0)

ผลการศึกษาด้านภาวะสุขภาพทางกาย พบดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างมีทั้งกลุ่มที่มีภาวะน้ำหนักน้อยกว่าปกติ มีภาวะน้ำหนักเกิน มีภาวะอ้วน และอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 14.5, 25.5, 14.5 และ 45.5 ตามลำดับนั้น ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักน้อยกว่าปกติอาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาของผู้สูงอายุ ทำให้ความอยากอาหารลดลง มีภาวะเบื่ออาหารรับประทานอาหารไม่ได้ ส่งผลให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ดังนั้นในกลุ่มนี้ควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการเพื่อให้มีดัชนีมวลกายที่ปกติ เพื่อป้องกันการเกิดโรคต่าง ๆ อันเนื่องมาจากการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในการศึกษานี้มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 96.97 อาจจะมีผลต่อการเข้าถึงและเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมตามวัยได้¹¹ ในทำนองเดียวกันในกลุ่มที่มีภาวะน้ำหนักเกินและมีภาวะอ้วน รวมถึงมีเส้นรอบเอวมากกว่าปกติ จะเพิ่มระดับความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือโรค NCDs (Non-Communicable diseases) มากขึ้น¹² ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวซึ่งเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังถึงร้อยละ 50.5 ซึ่งโรคที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 30.7, 23.8 และ 8.4 ตามลำดับ ด้านภาวะสุขภาพจิต พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ มีแนวโน้มจะมีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 13.5 สอดคล้องกับการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนจังหวัดยโสธร พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 28.1¹³ และจากผลการสำรวจสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2554 พบว่า ผู้สูงอายุไทยเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางทางจิตใจอันเนื่องจากการสูญเสียสภาพทางสังคม เศรษฐกิจและต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวันถ้าผู้สูงอายุรายนั้น ๆ ปรับตัวปรับใจไม่ทันจะนำไปสู่การเกิดปัญหาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้¹⁴ จากการศึกษาที่ผ่านมา มักพบว่าปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุคือ เรื่อง ความเครียดวิตกกังวล เหงาว่าเหงา จู้จี้ขี้บ่น กลัวการถูกทอดทิ้ง รู้สึกว่าตนเอง ไม่มีคุณค่า นอนไม่หลับ ดังนั้นการให้การดูแลทางสังคมจิตใจด้วยการใช้ทักษะการสื่อสารเพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้เข้าใจถึงปัจจัยต่าง ๆ ทางด้านสังคม จิตใจ ที่มีผลต่อภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและ

สามารถหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาของตนเองได้อย่างเหมาะสมจะช่วยให้ผู้สูงอายุรับมือกับสภาวะอารมณ์สังคม และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปได้

ผลการศึกษาาระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 88.5 และผลการศึกษาาระดับพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน พบว่า พฤติกรรมสุขภาพทุกด้านของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี โดยพฤติกรรมสุขภาพระดับดีที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ด้านจิตวิญญาณ ร้อยละ 94.0 ด้านโภชนาการ ร้อยละ 92.0 และด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ร้อยละ 91.5 สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริสุข นาคะเสถียร¹⁵ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพตนเองโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด การที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพทุกด้านอยู่ในระดับดีจะเป็นต้นทุนให้ผู้สูงอายุ สามารถให้การดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและลดภาวะการพึ่งพาได้ ส่วนการศึกษาของไพบุลย์ พงษ์แสงพันธุ์ และยุวดี รอดจากภัย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเป็นอันดับที่ 2 คือ ด้านจิตวิญญาณ¹⁶ นอกจากนี้ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีพฤติกรรมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายและด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับปานกลางและระดับควรปรับปรุง คิดเป็นร้อยละ 45.0 และ 23.0 ตามลำดับ ซึ่งผู้สูงอายุต้องได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นตามมาได้ เช่น ภาวะน้ำหนักเกิน ภาวะอ้วน รวมถึงการมีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพจิตที่เกิดจากความเครียดได้ ซึ่งผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด พบว่า ผู้สูงอายุส่วนมาก เมื่อรู้สึกไม่สบายใจจะปรึกษาผู้ที่ใกล้ชิดเพื่อระบายความรู้สึกเป็นประจำ ร้อยละ 66.0 ซึ่งแสดงถึงความสามารถในการจัดการปัญหาได้³ ในส่วนที่ไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ มักแสดงออกทางอารมณ์ เช่น หงุดหงิด หมกมุ่นกับปัญหาหรือความทุกข์ใจ เป็นต้น²

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะสุขภาพกับระดับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ภาวะสุขภาพจิต กับระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติ ($p=0.020$) ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 88.5 และจากการประเมินภาวะสุขภาพจิตด้วยแบบคัดกรองสุขภาพจิต (GHQ-28) ของกรมสุขภาพจิต ก็พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 86.5 และมีกลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับดี ถึงร้อยละ 94.0 ซึ่งอาจแสดงให้เห็นว่าการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีนั้น จะส่งเสริมให้มีภาวะสุขภาพจิตที่ดีด้วย ในขณะที่เดียวกันหากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี ก็จะส่งผลต่อการมีปัญหสุขภาพจิตตามมาได้ และกรมสุขภาพจิตก็ได้ให้ความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จึงได้จัดทำคู่มือการสร้างสุข 5 มิติ โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตดี จะมีลักษณะ 5 ประการคือ 1.ร่างกายแข็งแรงดูกระฉับกระเฉง เดินเห็นได้คล่องแคล่วตามศักยภาพ 2. อารมณ์ดีและมีสังคม จิตใจแจ่มใสเบิกบาน หัวเราะได้อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง และรู้จักสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับลูกหลาน 3.มีคุณค่าพยายามช่วยเหลือตนเองและพึ่งพาผู้อื่นให้น้อยที่สุด 4.มีความคิดที่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบข้างและความเป็นไปของโลก และมีความคิดที่ทันสมัย และ 5. ชื่นชมชีวิต มีความเข้าใจในชีวิต รู้จักวิธีการผ่อนคลายเป็นเพื่อนให้เกิดความสงบทางใจ เป็นต้น¹⁷

อย่างไรก็ตามการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพและระดับพฤติกรรมสุขภาพในการศึกษานี้ ยังไม่พบความสัมพันธ์กันนั้น อาจสืบเนื่องมาจากข้อคำถามในด้านพฤติกรรมรายด้าน ยังไม่จำเพาะมากพอในการประเมินกลุ่มตัวอย่างนี้ ซึ่งมีทั้งกลุ่มที่มีโรคประจำตัวและไม่มีการประจำตัว ซึ่งในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการปรับประเด็นข้อคำถาม ให้มีความสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น

สรุป

จากการศึกษาครั้งนี้มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่กลุ่มผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลและให้คำแนะนำในการส่งเสริมภาวะสุขภาพทั้งทางกายและทางจิต รวมถึงการป้องกันโรคต่าง ๆ โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง รวมถึงจากผลการศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพรายด้านทั้ง 6 ด้าน ด้านที่ควรได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม ได้แก่ ด้านการจัดการกับความเครียดและด้านการมีกิจกรรมทางกาย ทั้งนี้พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 88.5 และระดับปานกลาง ร้อยละ 11.5 การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ควรดำเนินการคือการจัดโปรแกรมให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ด้านโภชนาการ การมีกิจกรรมทางกาย การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการส่งเสริมกิจกรรมยามว่างที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เป็นต้น การส่งเสริมภาวะสุขภาพทั้งกายและจิตและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุควรเน้นการสนับสนุนที่มาจากครอบครัว สร้างครอบครัวที่เป็นสุข จัดกิจกรรมที่จรรโลงจิตใจ โดยมีครอบครัวเป็นแกนนำ เมื่อจิตเป็นสุขและเข้มแข็งก็สามารถนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนวิจัยจากวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี และความร่วมมือสนับสนุนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน ทีมอาสาสมัครสาธารณสุขของตำบลคำขวาง และกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ของตำบลคำขวาง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

เอกสารอ้างอิง

1. พิมพ์สุทธิ บัวแก้ว, รติพร ถึงฝั่ง. การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. วารสารสมาคมนักวิจัย 2559; 2: 94-109.
2. อนุสรณ์ เป่าสูงเนิน, วาริน แนวกลาง, วีรยา ย้อยกระโทก, สมพิศ คามณี, อรุณา เดชทุ่งคา, อารญา สิมมา. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดจิก อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา. การประชุมมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 6. 26 มิถุนายน 2558. มหาวิทยาลัยมหาดใหญ่ : 1339-49.
3. วิภากร สิทธิศาสตร์, สุชาดา สนวนุ่ม. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตความรับผิดชอบของอนามัยบ้านเสาหิน ตำบลวัดพริก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. พิษณุโลก: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธชินราช; 2550.
4. ณัฏฐริชิตา เทวาเลิศสกุล, วณิฎา ศิริวรสกุล, ชัชสรณ์ รอดเยี่ยม. แนวทางการพัฒนาผู้สูงอายุจากภาระให้เป็นพลัง กรณีศึกษาเทศบาลนครรังสิต. วารสารสาขามนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์และศิลปะ มหาวิทยาลัยศิลปากร 2559;1: 529-45.
5. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด. [cited June 22, 2019]; Available from http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1533055363-125_1.pdf
6. ศูนย์ข้อมูลประเทศไทย-Thailand information Center. จังหวัดอุบลราชธานี. [cited Jan 10, 2017]; Available from : <http://ubonratchathani.kapook.com/>
7. เอกชัย เพียรศรีวัชรา, วิมล บ้านพวน, สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, ธีระ ศิริสมุด, แก้วกุล ตันติพิสิริกุล, ลีลี อิงศรีสว่าง และคณะ. รายงานการสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไทยปี 2556 ภายใต้แผนงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์วัชรินทร์ พี.พี. 2556.
8. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำขวาง. ข้อมูลประชากรผู้สูงอายุตำบลคำขวาง พ.ศ.2560. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำขวาง; 2560.
9. อรุณ จีรวัดน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์; 2553.
10. ธนา นิลชัยโกวิท, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, ชัชวาล ศิลปกิจ. ความเชื่อถือได้และความแม่นยำของ General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2539; 1: 2-17.
11. วริศา จันทรงสิวรกุล. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่สถานสงเคราะห์คนชรา จังหวัดนครสวรรค์. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2553; 2: 12-20.

12. ธนายุส ธนธิตี, กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์. การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลบางเตย อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2558; 3: 57-72.
13. นภาพร ตั้งพลผลวนิชย์. การสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนจังหวัดยโสธร. ยโสธรเวชสาร 2542; 3: 178-83.
14. สุจิตต์ สุวรรณชีพ, นันทนา รัตนกร, กาญจนา วณิชรมณี, พรณี ภาณุวัฒน์สุข, นันทน์ภัส ประสานทอง. แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1). พิมพ์ครั้งที่ 4. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558.
15. ศิริสุข นาคะเสนีย์. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วารสารวิจัยรำไพพรรณี 2561; 1: 39-48.
16. ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธุ์, ยูวดี รอดจากภัย. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2557; 9: 13-20.
17. กรมสุขภาพจิต. กรมสุขภาพจิตหนุนผู้สูงวัยสร้างสุข 5 มิติ ส่งเสริมสุขภาพจิตดี มีคุณค่า ลดการพึ่งพิง. [cited 2020 Jan 8] Available from <http://www.prdmh.com/ข่าวสาร/ข่าวแจกกรมสุขภาพจิต/1070-กรมสุขภาพจิต-หนุนผู้สูงวัยสร้าง-“สุข-5-มิติ”-ส่งเสริมสุขภาพจิตดี-มีคุณค่า-ลดการพึ่งพิง.html>

