

แบบรายการประกอบคำขอประเมินผลงาน
ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

เรื่อง การประเมินสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุที่มารับบริการ
ตรวจสุขภาพประจำปีที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

ของ

ชื่อ นายปฐมพงษ์ ก่อกระโทก
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ
(เดิมตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ)
ตำแหน่งเลขที่ 2139
กลุ่มงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา กรมอนามัย

เพื่อให้ได้รับเงินประจำตำแหน่ง
สำหรับตำแหน่งประเภทวิชาการระดับชำนาญการ

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงานเรื่อง การประเมินสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ มกราคม 2559 – ธันวาคม 2559
3. สัดส่วนของผลงานในส่วนที่เดือน สัดส่วนผลงานที่ตนเองปฏิบัติ 100%
4. ผู้ร่วมจัดทำผลงาน(ถ้ามี) ไม่มี
5. บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาระดับเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือด และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างค่าดัชนีมวลกายกับภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือด ในผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงผู้รับบริการอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตั้งแต่ เดือนมกราคม – ธันวาคม 2559 โดยรวบรวมจากทะเบียนประวัติผู้รับบริการที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 446 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบบันทึกสุขภาพเพศชาย/เพศหญิง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และประเมินภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้ไคสแควร์ (Chi-Square)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 42.6 เพศหญิงร้อยละ 57.4 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-64 ปี ร้อยละ 48.6 ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 85.7 ไม่ดื่มสุราร้อยละ 77.1 มีความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ (< 130/85 มม.ปรอท) ร้อยละ 53.6 ใกล้เคียงกับความดันโลหิตในระดับผิดปกติ (\geq 130/85 มม.ปรอท) ร้อยละ 46.4 กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวจำนวน 157 คนร้อยละ 35.2 และส่วนใหญ่มีระดับดัชนีมวลกายอยู่ในอ้วนระดับ 2 ($BMI=25-29.9 \text{ kg/m}^2$) ร้อยละ 37.9 เป็นกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 40 ปีทั้งหมด เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 50.9 เมื่อวิเคราะห์พฤติกรรมบริโภค พบว่า มีการปรุงเครื่องปรุงรสเกือบทุกครั้งในการกินอาหาร และกินอาหารไขมัน เช่น หนังเป็ด หนังไก่ อาหารทอด เนย ไข่ เครื่องใน เกิน 3 มื้อใน 1 สัปดาห์ถึงร้อยละ 43.7 และ 30.3 ตามลำดับ มีการออกกำลังกายโดยเดินเร็วๆ ว่ายน้ำ ปั่นจักรยาน ครั้งละ 30 นาทีขึ้นไป และมากกว่า 3 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์ร้อยละ 54.4 ผลการประเมินสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดแยก 5 กลุ่มตามเกณฑ์แบบประเมิน พบว่า โดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับกลุ่มหลอดเลือดแข็งแรงร้อยละ 49.1 ส่วนที่เหลือจะมีภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดได้แก่ กลุ่มหลอดเลือดแข็งแรงน้อยเป็นตะกรันง่าย กลุ่มหลอดเลือดแข็งแรงยืดหยุ่นดี และกลุ่มหลอดเลือดแข็งแรงพอใช้มีตะกรันง่าย คิดเป็นร้อยละ 17.5 17.3 และ 15.5 ตามลำดับ

พบว่า ดัชนีมวลกาย (BMI) มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.005 ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่มีค่าดัชนีมวลกายสูงขึ้นโดยอ้วนระดับ 2, 3หรือโรคอ้วน จะมีภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดไม่มีความเสี่ยงสูง หลอดเลือดแข็งแรงน้อย เป็นตะกรันง่าย ไม่แข็งแรงรวมทั้งเปราะแตกง่ายหรือตีบตัน

ดังนั้น ผู้มีภาวะน้ำหนักตัวเกินหรืออ้วนหรือการมีดัชนีมวลกายที่มากขึ้น จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด จึงควรมีสวนับสนุนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีดัชนีมวลกายปกติ พัฒนาช่องทางสื่อที่เข้าถึง เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุต่อไป

คำสำคัญ : ดัชนีมวลกาย, ภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือด, ผู้สูงอายุมารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9

6. บทนำ

ผู้สูงอายุ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 3 ได้ให้ความหมายของคำว่า “ผู้สูงอายุ” หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2547) ซึ่งผู้สูงอายุมีความสำคัญต่อการพัฒนาประเทศ ในประเทศไทยประชากรวัยผู้สูงอายุกำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งสาเหตุของการเพิ่มประชากรมาจากอัตราการเกิดที่ลดลงอย่างรวดเร็วและอายุของคนไทยที่ยืนยาวขึ้น การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุ สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ช่วง คือ วัยต้น (อายุ 60-69 ปี) วัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) และวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) จากการสำรวจ พบว่าโดย ส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุของประเทศไทยจะมีอายุอยู่ในช่วงวัยต้น ถึงร้อยละ 56.5 ของผู้สูงอายุทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (1995) พบว่าจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นจะส่งผลกระทบต่อการใช้บริการทางด้านสุขภาพและบริการทางสังคม โดยผู้สูงอายุมีอัตราเพิ่มขึ้นมากถึง ร้อยละ 1.7 ต่อปี ในช่วงปี 1990-1995 แต่ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปจะมีอัตราการเพิ่ม ร้อยละ 2.7 ต่อปี ส่วนในประเทศอาเซียน ประกอบด้วยประเทศเวียดนาม ไทย และสิงคโปร์ เป็นประเทศที่มีสัดส่วนประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปเกินร้อยละ 7 จากการคาดประมาณของสหประชาชาติในปี พ.ศ. 2583 ทุกประเทศจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุ เกินร้อยละ 7 ดังนั้น จะถือได้ว่าทุกประเทศผ่านเกณฑ์เป็นสังคมสูงวัยอย่างเต็มขั้น ประเทศที่จะกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์มี 4 ประเทศ ได้แก่ บรูไน อินโดนีเซีย มาเลเซีย และเมียนมาร์ ประเทศที่จะกลายเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด ได้แก่ สิงคโปร์ เวียดนาม และไทย (สุชาติ ทวีสิทธิ์ มาลี สันภูวรรณ และศุทธิดา ชนวนวัน, 2556) ในปี 2558 ประชากรไทยมีจำนวน 65.1 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 11 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16 ของประชากรทั้งหมดตามการคาดประมาณประชากรของสำนักงาน คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ คือมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 20 ในปี 2564 และจะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอดเมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 28 ในปี 2574 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558)

การสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายยังพบว่า โรคที่มักพบในผู้สูงอายุ ได้แก่ ข้ออักเสบ ข้อเสื่อม โรคถุงลมโป่งพอง หลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย และอัมพาต (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558) โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นสาเหตุการเสียชีวิตในอันดับต้นๆ ของประชาชนไทย โดยเฉพาะภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งเกิดจากการตีบหรืออุดตันเฉียบพลันของหลอดเลือดแดงหัวใจ จำแนกเป็น 2 ชนิด คือ หลอดเลือดมีการอุดตัน 100% (STEMI) และหลอดเลือดมีการตีบที่รุนแรง (NSTEMI) สำนักระบาดวิทยา ได้รับข้อมูล จากศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร มีรายงานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจรายใหม่ปี พ.ศ. 2558 จำนวน 98,148 คน อุบัติการณ์ 150.01 ต่อประชากรแสนคน ประเทศไทยมีความชุกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 1,140.31 ต่อประชากรแสนคน (สำนักระบาดวิทยา, 2558) สะท้อนให้เห็นว่าโรคหัวใจขาดเลือดเป็นโรคที่รุนแรงและต้องได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วน

จะเห็นได้ว่าการเสื่อมโทรมของร่างกาย และการเกิดโรคทางหลอดเลือดและหัวใจ จะส่งผลกระทบต่อสภาวะทั้งทางร่างกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา มีนโยบายการพัฒนา โดยเน้นกลุ่มเป้าหมายการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จากปีงบประมาณ 2559 พบว่ามีผู้สูงอายุมารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีจำนวน 590 คน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาสภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา เพื่อให้ทราบข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปสู่การวางแผนการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดและโรคหัวใจในผู้สูงอายุ และพัฒนาระบบบริการให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

7. วัตถุประสงค์

7.1 วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างค่าดัชนีมวลกายกับภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

7.2 สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา มีภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในเกณฑ์ดี
2. ผู้สูงอายุมีดัชนีมวลกายปกติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดดี

8. วิธีการดำเนินงาน/วิธีการศึกษา/ขอบเขตงาน

8.1 วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างค่าดัชนีมวลกายกับผลการประเมินสุขภาพหัวใจและหลอดเลือด ของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

8.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

8.2.1 ประชากร

ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2558 – กันยายน 2559 จำนวน 690 คน

8.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2558 – กันยายน 2559 จำนวน 446 คน

8.2.3 วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคุณสมบัติดังนี้

- 1) เลือกจากเวชระเบียนที่มีความสมบูรณ์ โดยพิจารณาจากการบันทึกข้อมูลครบถ้วน
- 2) ได้มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีตามโปรแกรมตรวจสุขภาพสำหรับคนที่อายุ 35 ปีขึ้นไป พร้อมมีผลการประเมินภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือด

โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยได้แจ้งให้เจ้าหน้าที่หน่วยบริการสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การเตรียมกลุ่มตัวอย่าง การขออนุญาตใช้พื้นที่ เพื่อดำเนินการเก็บข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล แผนการเก็บข้อมูลและการรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยวิจัยได้วางแผนการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2558 ถึง 30 กันยายน พ.ศ.2559
3. ดำเนินการเก็บข้อมูล

8.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและนำแบบเก็บข้อมูลทั้ง 2 แบบ ปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลก่อนเริ่มทำการเก็บรวบรวม ดังนี้

- 1) แบบบันทึกสุขภาพเพศชาย/เพศหญิง ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การสูบบุหรี่ และดื่มสุรา ค่าดัชนีมวลกาย(BMI) ค่าความดันโลหิต
- 2) แบบประเมินสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 10 ข้อคำถามประยุกต์ตามแบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ของ Risk Healthy (Check Life's Simple 7) (ณัฐฉิวรรณ พันธุ์มุง, นิตยา พันธุ์เวทย์, และลินดา จำปาแก้ว, 2559)

8.4 ขอบเขตการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้รับบริการที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการตรวจสุขภาพ ประจำปีที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2558 - กันยายน 2559 โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

8.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

8.5.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และความดันโลหิต โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

8.5.2 วิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างค่าดัชนีมวลกาย(BMI) กับภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้สถิติ ไคสแควร์ (Chi-square)

9. ผลการดำเนินงาน/ผลการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดและหาความสัมพันธ์ระหว่างค่าดัชนีมวลกายกับผลการประเมินสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา โดยแบ่งผลการศึกษาออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป
2. พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา
3. ภาวะสุขภาพ ความดันโลหิต การมีโรคประจำตัว
4. ดัชนีมวลกาย
5. ภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือด
6. ความสัมพันธ์ระหว่างค่าดัชนีมวลกาย (BMI) กับภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือด

9.1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 446 คน แยกเป็นชายจำนวน 190 คน ร้อยละ 42.6 หญิง จำนวน 256 คน ร้อยละ 57.4 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-64 ปี ร้อยละ 48.6 พิจารณาช่วงอายุแยกเพศ พบว่าเพศชายส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-64 ปี ร้อยละ 47.4 เพศหญิงส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-64 ปี ร้อยละ 49.6 มีอายุเฉลี่ย 66.5 ± 6.3 ปี สูงสุด 93 ปี ต่ำสุด 60 ปี รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	ชาย (n=190)	หญิง (n=256)	รวม (n=446)
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)
เพศ	190 (42.6)	256 (57.4)	446 (100.0)
อายุ (ปี)			
60-64	90 (47.4)	127 (49.6)	217(48.6)
65-69	59 (31.0)	63 (24.6)	122 (27.4)
70 ปีขึ้นไป	41 (21.6)	66 (25.8)	107 (24.0)

Mean= 66.5 , S.D. = 6.3 , Min-Max=60-93

9.2 พฤติกรรมสุขภาพ

1) พฤติกรรมสุขภาพกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ผลการศึกษา ดังนี้

ด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 85.7 ไม่สูบบุหรี่ แต่มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 14.3 มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยแยกเป็นเพศชาย จำนวน 58 คน ร้อยละ 30.5 เพศหญิง จำนวน 6 คน ร้อยละ 2.3 ด้านพฤติกรรมการดื่มสุรา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 77.1 ไม่ดื่มสุรา มีเพียงร้อยละ 22.9 มีพฤติกรรมการดื่มสุรา แยกเป็นเพศชาย จำนวน 88 คน ร้อยละ 46.3 เพศหญิง จำนวน 14 คน ร้อยละ 5.5 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรมสุขภาพ	ชาย (n=190)	หญิง (n=256)	รวม (n=446)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
การสูบบุหรี่			
สูบ	58 (30.5)	6 (2.3)	64 (14.3)
ไม่สูบ	132 (69.5)	250 (97.7)	382 (85.7)
การดื่มสุรา			
ดื่ม	88 (46.3)	14 (5.5)	102 (22.9)
ไม่ดื่ม	102 (53.7)	242 (94.5)	344 (77.1)

9.3 ภาวะสุขภาพ

จากการวัดค่าความดันโลหิตในกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีความดันโลหิตปกติและความดันโลหิตผิดปกติใกล้เคียงกัน คือ มีความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ ($< 130/85$ มม.ปรอท) ร้อยละ 53.6 ความดันโลหิตในระดับผิดปกติ ($\geq 130/85$ มม.ปรอท) ร้อยละ 46.4 เปรียบเทียบระหว่างเพศชายและเพศหญิง พบว่า เพศชายมีความดันโลหิตผิดปกติมากกว่าเพศหญิง โดยเพศชายมีความดันโลหิตผิดปกติ ร้อยละ 49.5 เพศหญิงมีความดันโลหิตผิดปกติร้อยละ 44.1

ส่วนด้านการมีโรคประจำตัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวจำนวน 157 คน ร้อยละ 35.2 มีโรคประจำตัว แยกเป็นชาย จำนวน 63 คน ร้อยละ 33.2 เพศหญิง จำนวน 94 คน ร้อยละ 36.7 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ภาวะสุขภาพ	ชาย (n=190)	หญิง (n=256)	รวม (n=446)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ความดันโลหิต			
ปกติ($< 130/85$ มม.ปรอท)	96 (50.5)	143 (55.9)	239 (53.6)
ผิดปกติ ($\geq 130/85$ มม.ปรอท)	94 (49.5)	113 (44.1)	207 (46.4)
โรคประจำตัว			
มีโรคประจำตัว	63 (33.2)	94 (36.7)	157 (35.2)
ไม่มีโรคประจำตัว	127 (66.8)	162 (63.3)	289 (64.8)

9.4 ดัชนีมวลกาย

ผลการวิเคราะห์หาค่าดัชนีมวลกาย แยกเป็น 5 ระดับ ผลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับดัชนีมวลกายอยู่ในอ้วนระดับ 2 ($BMI=25-29.9$ kg/m^2) ร้อยละ 37.9 ทั้งนี้แยกเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยเพศชายมีส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอ้วนระดับ 2 ($BMI=25-29.9$ kg/m^2) มากที่สุด ร้อยละ 38. และส่วนเพศหญิงมีค่าดัชนีมวลกายอ้วนระดับ 2 ($BMI=25-29.9$ kg/m^2) มากที่สุดเช่นกันร้อยละ 37.3 และมีภาวะอ้วนระดับ 3 (มากกว่าหรือเท่ากับ 30 kg/m^2) หรือเป็นโรคอ้วนถึงร้อยละ 7.8 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index)

ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index)	ชาย(n=190)	หญิง(n=256)	รวม(n=446)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
น้อยกว่ามาตรฐาน (<18.5 kg/m^2)	5 (2.7)	11 (4.4)	16 (3.6)
ปกติ ($18.5-22.9$ kg/m^2)	46 (24.7)	67 (26.6)	113 (25.8)
น้ำหนักเกิน ($23-24.9$ kg/m^2)	57 (28.5)	60 (22.2)	117 (24.9)
อ้วนระดับ 2 ($25-29.9$ kg/m^2)	72 (38.5)	94 (37.3)	166 (37.9)
อ้วนระดับ 3 หรือโรคอ้วน (มากกว่าหรือเท่ากับ 30 kg/m^2)	10 (5.4)	24 (9.5)	24 (7.8)

Mean= 24.9 , S.D. = 3.7, Min-Max=16.2-38.9

9.5 ภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือด

9.5.1 ผลการประเมินสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดแยกรายประเด็นคำถาม

เมื่อวิเคราะห์แยกรายประเด็นตามการประเมิน พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 40 ปี ทุกคน ร้อยละ 100.0 เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 50.9 มีพฤติกรรมบริโภค โดยปรุงเครื่องปรุงรสเกือบทุกครั้งที่ในการกินอาหาร และกินอาหารไขมัน เช่น หนังเป็ด หนังไก่ อาหารทอด เนย ไข่ เครื่องใน เกิน 3 มื้อใน 1 สัปดาห์ถึงร้อยละ 43.7 และ ร้อยละ 30.3 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม 7 เคลื่อนไหวร่างกายหรือออกกำลังกาย เช่น เดินเร็วๆ ว่ายน้ำ ปั่นจักรยาน ครั้งละ 30 นาทีขึ้นไปและมากกว่า 3 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์ ร้อยละ 54.4 แต่สูงกว่ากลุ่มไม่เคลื่อนไหวร่างกายหรือออกกำลังกาย เช่น เดินเร็วๆ ว่ายน้ำ ปั่นจักรยาน ครั้งละ 30 นาทีขึ้นไป และมากกว่า 3 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์เพียงเล็กน้อยคือร้อยละ 45.5 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 แสดงผลภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดแยกรายประเด็นคำถาม

ประเด็นคำถาม	ไม่ใช่	ใช่
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. มีพ่อแม่หรือพี่น้องเป็นอัมพาตหรือโรคหัวใจขาดเลือด หรือโรคเส้นเลือดในสมองก่อนอายุ 60 ปี	394 (88.3)	52 (11.7)
2. อ้วนจนต้องเปลี่ยนเสื้อผ้าบ่อย	401 (89.9)	45 (10.1)
3. ปรุงเครื่องปรุงรสเกือบทุกครั้งที่ในการกินอาหาร	251 (56.3)	195 (43.7)
4. กินอาหารไขมัน เช่น หนังเป็ด หนังไก่ อาหารทอด เนย ไข่ เครื่องใน เกิน 3 มื้อใน 1 สัปดาห์	311 (69.7)	135 (30.3)
5. สูบบุหรี่	422 (94.6)	24 (5.4)
6. ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์ ไวน์ สุรา เกิน 12 แก้วใน 1 สัปดาห์	406 (91.0)	40 (9.0)
7. เคลื่อนไหวร่างกายหรือออกกำลังกาย เช่น เดินเร็วๆ ว่ายน้ำ ปั่นจักรยาน ครั้งละ 30 นาทีขึ้นไป และมากกว่า 3 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์	203 (45.5)	242 (54.4)
8. เป็นโรคเบาหวาน	350 (78.5)	96 (21.5)
9. เป็นโรคความดันโลหิตสูง	219 (49.1)	227 (50.9)
10. อายุมากกว่า 40 ปี	0 (0.0)	446 (100.0)

9.5.2 ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

ภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดจำแนกเป็น 5 กลุ่มแบ่งตามแบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ของ Risk Healthy (Check Life's Simple 7) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับกลุ่มหลอดเลือดแข็งแรง ร้อยละ 49.1 ส่วนที่เหลือจะมีภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ กลุ่มหลอดเลือดแข็งแรงน้อยเป็นตะกอนง่าย กลุ่มหลอดเลือดแข็งแรงยึดหยุ่นดี และกลุ่มหลอดเลือดแข็งแรงพอใช้มีตะกอนง่าย ร้อยละ 17.5 17.3 และ 15.5 ตามลำดับ (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 แสดงความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

กลุ่มภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือด	จำนวน (ร้อยละ)
1. กลุ่มหลอดเลือดแข็งแรงยึดหยุ่นดี 36-41 คะแนน	77 (17.3)
2. กลุ่มหลอดเลือดแข็งแรง 27-35 คะแนน	219 (49.1)
3. กลุ่มหลอดเลือดแข็งแรงพอใช้มีตะกอนง่าย 22-26 คะแนน	69 (15.5)
4. กลุ่มหลอดเลือดแข็งแรงน้อยเป็นตะกรันง่าย 15-21 คะแนน	78 (17.5)
5. กลุ่มหลอดเลือดไม่แข็งแรง เปราะแตกง่ายหรือตีบตัน 0-14 คะแนน	3 (0.7)
รวม	446 (100.0)
Mean= 28.7 , S.D. = 6.6 , Min-Max=8- 41	

9.6 ความสัมพันธ์ระหว่างค่าดัชนีมวลกาย (BMI) กับภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือด

การแปลผลรายบุคคลด้านภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือด ผู้วิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระดับได้แก่ ภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดดีมากไม่มีความเสี่ยงหรือมีความเสี่ยงน้อย หมายถึง ภาวะหลอดเลือดแข็งแรงยึดหยุ่นดี และหลอดเลือดแข็งแรง โดยวัดค่าระดับอยู่ใน กลุ่ม 1-2 หรือมีคะแนน 27 - 41 คะแนน ภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดดีปานกลางหรือมีความเสี่ยงปานกลาง หมายถึง ระดับภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดแข็งแรงพอใช้มีตะกอนง่ายอยู่ในกลุ่ม 3 หรือมีคะแนน 22-26 คะแนน และภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดไม่ดีมีความเสี่ยงสูง หมายถึง หลอดเลือดแข็งแรงน้อยเป็นตะกรันง่าย ไม่แข็งแรง รวมทั้งเปราะแตกง่ายหรือตีบตัน โดยวัดค่าระดับอยู่ในกลุ่ม 4-5 หรือมีคะแนน 0-21 คะแนน

เมื่อหาค่าความสัมพันธ์ระหว่าง ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)กับภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดด้วย สถิติไคสแควร์ พบว่า ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ด้วยระดับดัชนีมวลกาย 5 ระดับประกอบด้วยภาวะผอม น้ำหนักปกติ น้ำหนักเกิน โรคอ้วนและอ้วนมาก มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.005 ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่มีค่าดัชนีมวลกายสูงขึ้นโดยอ้วนระดับ 2 และ 3 จะมีภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดไม่ตีมีความเสี่ยงสูง หลอดเลือดแข็งแรงน้อยเป็นตะกรันง่าย ไม่แข็งแรงรวมทั้งเปราะแตกง่ายหรือตีบตัน (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างค่าดัชนีมวลกาย(BMI) กับภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือด

ค่าดัชนีมวลกาย(BMI)	ภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือด			χ^2	p-value
	ดีมากไม่มีความเสี่ยงหรือมีความเสี่ยงน้อย	ปานกลางหรือมีความเสี่ยงปานกลาง	ไม่ตีมีความเสี่ยงสูง		
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)		
	N=85	N=71	N=290		
น้อยกว่ามาตรฐาน (<18.5 kg/m ²)	2(2.5)	2(2.9)	12(4.2)		
ปกติ (18.5-22.9 kg/m ²)	14(17.3)	18(26.5)	81(28.0)		
น้ำหนักเกิน (23-24.9 kg/m ²)	23(28.4)	9(13.2)	77(26.6)	21.759	0.005*
อ้วนระดับ 2 (25-29.9 kg/m ²)	29(35.8)	36(52.9)	101(34.9)		
อ้วนระดับ 3 หรือโรคอ้วน (มากกว่าหรือเท่ากับ 30 kg/m ²)	17(16.0)	(4.4)	19(6.2)		

10. การนำไปใช้ประโยชน์

10.1 ข้อมูลภาวะโรคหลอดเลือดและหัวใจของผู้รับบริการที่เป็นผู้สูงอายุ จะใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนาการบริการผู้สูงอายุที่มารับบริการทุกหน่วยบริการ ในเรื่องการให้คำปรึกษา เผยแพร่ความรู้ หรือจัดโปรแกรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

10.2 เป็นข้อมูลให้ความรู้ ประชาสัมพันธ์ ผ่านสื่อต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย พิจารณาให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและภาวะเสี่ยง

11. ความยุ่งยากในการดำเนินงาน/ปัญหา/อุปสรรค

11.1 ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้สูงอายุที่มารับบริการ ข้อมูลบางอย่างไม่ครบถ้วนและเก็บรวบรวมข้อมูลจะต้องดำเนินการนอกเวลาทำงาน เนื่องจากคณะผู้วิจัยมีภาระงานประจำ

11.2 การทบทวนเอกสาร รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยส่วนใหญ่ข้อมูล ทฤษฎีจะสามารถค้นหาได้จากทางอินเทอร์เน็ต ส่วนเอกสารที่เป็นหนังสือ ตำรา หรือคู่มือ ในห้องสมุดมีอยู่อย่างจำกัด ดังนั้นหากผู้วิจัยต้องการหนังสือหรือตำราอื่นนอกเหนือจากการค้นหาจะต้องเดินทางไปสืบค้นในห้องสมุดมหาวิทยาลัยต่าง ๆ

12. ข้อเสนอแนะ/วิจารณ์

การวิเคราะห์แยกรายประเด็นตามการประเมินตามแบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ของ Risk Healthy (Check Life's Simple 7) พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 40 ปีทุกคน ร้อยละ 100.0 เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 50.9 มีพฤติกรรมบริโภค โดยปรุงเครื่องปรุงรสเกือบทุกครั้งในการกินอาหาร และกินอาหารไขมัน เช่น หนังเป็ด หนังไก่ อาหารทอด เนย ไข่ เครื่องใน เกิน 3 มื้อใน 1 สัปดาห์ถึงร้อยละ 43.7 และ 30.3 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ในประเด็น เคลื่อนไหวร่างกายหรือออกกำลังกาย เช่น เดินเร็วๆ วายน้ำ ปั่นจักรยาน ครั้งละ 30 นาทีขึ้นไป และมากกว่า 3 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์ 54.4 แต่สูงกว่ากลุ่มไม่เคลื่อนไหวร่างกายหรือออกกำลังกาย เช่น เดินเร็วๆ วายน้ำ ปั่นจักรยาน ครั้งละ 30 นาทีขึ้นไป และมากกว่า 3 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์เพียงเล็กน้อยคือร้อยละ 45.5

ภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดจำแนกเป็น 5 กลุ่มตามแบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ของ Risk Healthy (Check Life's Simple 7) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับกลุ่มหลอดเลือดแข็งแรง ร้อยละ 49.1 ส่วนที่เหลือจะมีภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ กลุ่มหลอดเลือดแข็งแรงน้อยเป็นตระกรันง่าย กลุ่มหลอดเลือดแข็งแรงยืดหยุ่นดี กลุ่มหลอดเลือดแข็งแรงพอใช้มีตะกอนง่าย และ กลุ่มหลอดเลือดไม่แข็งแรง เปราะแตกง่ายหรือตีบตัน ร้อยละ 17.5 17.3, 15.5 และ 0.7 ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบผลการประเมินสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดแยกเพศชาย หญิง โดยพิจารณา ระดับของกลุ่มหัวใจและหลอดเลือดระดับที่ 4 ถึงระดับที่ 5 ตามแบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นระดับที่พบว่ามีความเสี่ยงของสุขภาพหัวใจและหลอดเลือด พบว่า เพศชายและเพศหญิงจะมีภาวะหัวใจและหลอดเลือดใกล้เคียงกัน โดยเพศชายจะพบมากกว่าเพศหญิง ซึ่งเป็นไปในทางเดียวกับการศึกษาของเกษชูดา ปัญุเศษ และคณะ (2556) ที่ศึกษาความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของราชการที่ปฏิบัติราชการส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยง ต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด Rama – EGAT Heart Score ซึ่งเป็นการประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจในอีก 10 ปีข้างหน้า พบว่าเพศชายจะมีระดับความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนเพศหญิงจะมีระดับความเสี่ยงอยู่ใน

ระดับน้อย คะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โอกาสเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบรุนแรง ในเวลา 10 ปี เพศชายจะมีโอกาสเกิดมากกว่าเพศหญิง ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่มีบทบาทในชุมชนต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลตนเอง เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร มีการพัฒนาการเรียนรู้ และสามารถตัดสินใจ (ขวัญดาว กล้ารัตน์, 2554)

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายและภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือด พบว่า ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) มีความสัมพันธ์สูงสุดกับภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.005 ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่มีค่าดัชนีมวลกายอ้วนระดับ 2 และ 3 หรือโรคอ้วน จะมีภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดไม่ดี หรือมีภาวะหลอดเลือดแข็งแรงน้อยเป็นตะกรันง่าย เลือดไม่แข็งแรง เปราะแตกง่ายหรือตีบตัน (0-21 คะแนน) สอดคล้องกับตามแนวคิดทฤษฎี(มูลนิธิการชราภาพ, 2562)ที่ว่า ผู้มีภาวะน้ำหนักตัวเกินหรืออ้วน (โดยเฉพาะในผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร) เพราะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง และการปล่อยให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ หรือการมีดัชนีมวลกายที่มากขึ้นจึงเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด นอกจากนี้ จากการศึกษาของสมรภพ บรรหารักษ์ (2553) ทำการเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุและญาติ เพื่อศึกษาประสบการณ์การจัดการอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 17 รายทั้งก่อนและขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่า ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับท่วมมากที่สุด

จากปัญหาภาวะหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มผู้สูงอายุ จึงมีข้อเสนอแนะในการพัฒนา ดังนี้

- 1.ควรมีสถาบันนโยบายระดับประเทศในการพัฒนาการบริการผู้สูงอายุที่มารับบริการทุกหน่วยบริการ ในเรื่องการให้คำปรึกษา เผยแพร่ความรู้หรือจัดโปรแกรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด
- 2.ควรพัฒนาช่องทางสื่อที่เข้าถึง รวมถึงสื่อ ที่เข้าถึงง่าย ข้อควรปฏิบัติ เมื่อก้าวสู่วัยผู้สูงอายุ ในเรื่องการปฏิบัติตนให้ห่างไกลโรคหัวใจและหลอดเลือด การป้องกันและแก้ไขเมื่อมีอาการโรคหัวใจและหลอดเลือดเฉียบพลัน
- 3.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ควรนำข้อมูลที่ได้ศึกษาไปใช้ในการวางแผนในการดำเนินแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ พร้อมทั้งให้ความรู้ ประชาสัมพันธ์ ผ่านสื่อต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มาตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเน้นกลุ่มเสี่ยงที่เกิดภาวะหลอดเลือดไม่แข็งแรงเปราะแตกง่ายโดยเน้นการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยญาติและผู้สูงอายุ

13. กิตติกรรมประกาศ

ความสำเร็จที่เกิดขึ้น ขอขอบคุณผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 9 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญที่ปรึกษาที่กรุณาให้คำแนะนำในการดำเนินการ และ นางสาวนิตยัตติญา ดวงใจ ที่กรุณาให้คำแนะนำในการวิเคราะห์และแปลผลการวิจัย ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

ท้ายที่สุดขอขอบคุณผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ให้ความร่วมทำแบบประเมินฯ และอนุญาตให้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ เพื่อให้เกิดการประเมินผลและส่งผลให้มีแนวทางการพัฒนาระบบบริการ อันจะส่งผลต่อประชาชนต่อไป

14. เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. กรุงเทพฯ: เจ เอส การพิมพ์; 2547.

2. เกษชดา ปัญเศษ และคณะ. ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคลากรที่ปฏิบัติราชการ ส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุข[โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด Rama – EGAT Heart Score. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2556: 57-70
3. ขวัญดาว กล้ารัตน์, ศิริบุณ จงวุฒิเวศย์, ภัทรพล มหาพันธ์, และนวลฉวี ประเสริฐสุข. ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์). 2556; 7,3 : 93-104.
4. ณิชฉัตรพนันท์, พันธ์มุง, หทัยชนก ไชยวรรณ, วิภารัตน์ คำภา, และณิชสุดา แสงสุวรรณโต. คู่มือการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.). สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2559.
5. มุลนิธิหมอชาวบ้าน. โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. [อินเทอร์เน็ต]. นิตยสารหมอชาวบ้าน. คอลัมน์ : สารานุกรมทันโรค. 373(01 ต.ค. 2019). [เข้าถึงเมื่อ 8 กันยายน 2562]. เข้าถึงได้จาก : www.doctor.or.th
6. มุลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558 [อินเทอร์เน็ต]. 2558. เข้าถึงเมื่อ 10 เม.ย. 2559]. เข้าถึงได้จาก http://dop.go.th/upload/knowledge/knowledge_th_20172404121710_1.pdf
7. สำนักกระบาดวิทยา. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2558 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2558: 216-8 [เข้าถึงเมื่อ 8 กันยายน 2562] เข้าถึงได้จาก <http://www.boe.moph.go.th/Annual/AESR2015/aesr2558/Part%201/11/cad.pdf>
8. สุขาดา ทวีสิทธิ์ มาลี สันภูวรรณ และศุทธิดา ขวนวัน. ประชากรและสังคมในอาเซียน:ความท้าทายและโอกาส. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา;2556.

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)
 (นายปฐมพงษ์ กิ่งกระโทก)
 ผู้เสนอผลงาน
 วันที่..... /...../.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)
 (นายแพทย์นิธิรัตน์ บุญตานนท์)
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
 วันที่/...../.....

(ลงชื่อ)
 (นายแพทย์วีรพล กิติวิบูลย์)
 ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา
 วันที่/...../.....

แบบรายการประกอบคำขอประเมินผลงาน
ข้อเสนอแนวคิด/วิธีการ เพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงให้มี
ประสิทธิภาพมากขึ้น

เรื่อง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน
ในเขตนครชัยบุรินทร์

ของ

ชื่อ นายปฐมพงษ์ กือกระโทก

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ

(เดิมตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ)

ตำแหน่งเลขที่ 2139

กลุ่มงาน/ฝ่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

สำนัก/กอง/ศูนย์ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

กรมอนามัย

เพื่อให้ได้รับเงินประจำตำแหน่ง

สำหรับตำแหน่งประเภทวิชาการระดับชำนาญการ

ข) ข้อเสนอแนวคิด/วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

1. ชื่อผลงานเรื่อง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ในเขตนครชัยบุรินทร์
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือนตุลาคม 2560 – กันยายน 2561
3. สรุปเค้าโครงเรื่อง

3.1 หลักการและเหตุผล

แนวโน้มของการเพิ่มจำนวนประชากรสูงอายุในประเทศไทยเพิ่มขึ้น ดังจะเห็นได้จากสถิติในปี พ.ศ. 2557 ประชากรสูงอายุในประเทศไทยมีประมาณ 10 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 15.3 และคาดว่าในปี พ.ศ. 2577 นี้จะมีจำนวนประชากรสูงอายุเพิ่มเป็น 19 ล้านคน หรือร้อยละ 29 ของประชากรทั้งหมดอันเนื่องมาจากความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ ทำให้อายุคาดหมายเฉลี่ยของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นแม้ว่าผู้สูงอายุจะมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น แต่ด้วยกระบวนการชรา(Aging Process) ทำให้มีโอกาสเจ็บป่วยได้มากขึ้น ทั้งโรคที่เกิดจากทางกายและใจ อันเนื่องมาจากความชรา จากรายงานการสำรวจสุขภาพพบว่า ผู้สูงอายุไทยมีความเจ็บป่วยด้วยโรค/ปัญหาสุขภาพด้วย โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 41 โรคเบาหวาน ร้อยละ 18 ข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 9 เป็นผู้พิการ ร้อยละ 6 โรคซึมเศร้า ร้อยละ 1 และผู้ป่วยติดเตียงร้อยละ 1 ขณะที่มียังร้อยละ 5 เท่านั้น ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์และไม่มีโรค/ปัญหาสุขภาพดังกล่าว ในด้านสุขภาพจิตยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มขึ้นจะมีภาวะเสี่ยงต่อการมีสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น อันเนื่องมาจากที่ต้องเผชิญความเปลี่ยนแปลงในชีวิต เช่น การจากไปของคู่สมรสปัจจัยด้านสุขภาพกาย ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและการทำงาน ความรู้สึกที่ต้องเป็นภาระของผู้อื่น ๆ หรือผู้สูงอายุที่ต้องอยู่คนเดียว ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ ซึ่งการศึกษาพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 21 และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าคือ อายุโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ ภาวะบกพร่องเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ และเหตุการณ์สำคัญในชีวิต ทั้งนี้เป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุ คือ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ค้นพบโรค (กาย/ใจ) ในระยะแรก รักษาถูกต้องทันเวลาพึ่งพาตนเองได้มากที่สุดโดยมีคุณภาพชีวิตที่ดีแม้จะมีโรคเรื้อรัง และสุดท้ายคือ ให้การดูแลระยะสุดท้ายเพื่อการจากไปอย่างสมศักดิ์ศรี ดังนั้นจึงต้องมีการดำเนินการแบบบูรณาการทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา รวมถึงการฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสม รวมถึงจะต้องมีการเตรียมการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างต่อเนื่องจากแนวคิดที่เน้นการรักษาพยาบาลและป้องกันโรคในอดีตไม่ทำให้ปัญหาสุขภาพลดลงได้ ดังนั้นการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจึงต้องจำแนกได้อย่างเด็ดขาดว่าเป็นกิจกรรมการป้องกันโรคหรือกิจกรรมสร้างสุขภาพ ซึ่งจะมีการทำงานเป็น 2 ระดับ คือ ระดับบุคคล มุ่งหมายที่จะพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพของระดับบุคคลโดยตรง ทำให้บุคคลมีความเข้มแข็งและสามารถที่จะแก้ปัญหาสุขภาพ ตลอดจนสามารถเผชิญกับสถานการณ์ชีวิตและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และระดับชุมชนมุ่งหมายต่อการสร้างและเพิ่มศักยภาพของระบบนิเวศสังคมให้ดีขึ้น อันจะทำให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ

จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุไทย ร้อยละ 26 มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ของกระทรวงสาธารณสุขทั้งนี้พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุไทยปฏิบัติได้น้อยที่สุดคือ การออกกำลังกาย นอกจากนี้ในประเทศไทยยังมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่าพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพแสดงให้เห็นว่าถ้าผู้สูงอายุพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมจะทำให้ภาวะสุขภาพดีเมื่อพิจารณารายด้านพบว่ามิติด้านการจัดการความเครียดมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงในขณะที่ด้านกิจกรรมทางกายมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ มีในขณะการศึกษาในต่างประเทศพบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 85 อยู่ในระดับปานกลาง มีเพียง ร้อยละ 15 เท่านั้นที่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสมโดยเฉพาะปัจจัยด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มิติด้านกิจกรรมทางกายและด้านโภชนาการมีคะแนนในระดับต่ำ ควรศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนและส่งเสริมการออกแบบโปรแกรมกิจกรรมจากปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่าจากการศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทั้งไทยและต่างประเทศที่กล่าวมาพบ ปัญหาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเหมือนและแตกต่างกันในแต่ละบริบทของพื้นที่และสภาพภูมิประเทศ สำหรับในพื้นที่ตำบลบ้านเปิด จังหวัดขอนแก่นซึ่งเป็นพื้นที่ทำการศึกษาวิจัยยังไม่เคยมีข้อมูลการศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จากความสำคัญของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมจะส่งผลให้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุดีขึ้นผู้วิจัยจึงทำการศึกษาสัดส่วนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมของผู้สูงอายุโดยมี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชานเมือง จังหวัดขอนแก่น ผลของการศึกษาคั้งนี้ จะได้นำไปวางแผนพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีความเหมาะสมกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

3.2 บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ

ปัญหาสุขภาพโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุพบได้บ่อย แต่สามารถป้องกันได้ หรือเมื่อเป็นโรค ดังกล่าวแล้ว ถ้าสามารถปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรคที่ตนเองเป็นก็จะสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ เหมือนคนปกติ และไม่เกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน เพนเดอร์ (1996) กล่าวว่า พฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลหรือกลุ่มคนกระทำเพื่อช่วยเพิ่มระดับความผาสุกไปสู่ภาวะ สุขภาพดี หลีกเลียงความเจ็บป่วย และการที่บุคคลให้คุณค่ากับภาวะสุขภาพของตนมากเท่าไร บุคคลนั้นจะแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพเพื่อนำไปปฏิบัติ ดังนั้นถ้าผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริม หรือสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของ ตนเองทั้ง 6 ด้านตามกรอบแนวคิดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ แบ่งเป็น 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลสนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง โดยการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง การพบผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพ การปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ และการค้นหาหรือสนใจในความผิดปกติของร่างกายตนที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งผู้สูงอายุสามารถกระทำได้โดยการแสวงหา ความรู้ทางด้านสุขภาพจากการอ่านหนังสือหรือสื่อต่างๆ การสังเกตการเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติของร่างกาย ตรวจสุขภาพประจำปีอย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง ตลอดจนการพูดคุยหรือบอกเล่าอาการกับผู้ที่ทำหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การเข้าร่วมเป็นสมาชิก

ชมรม สมาคมต่างๆ หรือการเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพ จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับทราบถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์ และสามารถนำไปปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relations) เป็นพฤติกรรมที่มนุษย์มีการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และเป็นความรู้สึกนึกคิดที่ีระหว่างบุคคล มีการยอมรับพฤติกรรมของบุคคลอื่น และมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล และมีผลทำให้บุคคลเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ต้องการ ด้านการออกกำลังกาย (Physical Activity) ด้านโภชนาการ (Nutrition) จะเกี่ยวข้องกับความรู้ในการเลือกและการบริโภคอาหารที่จำเป็นต่อการยังชีพและสุขภาพ ภาวะโภชนาการเป็นเครื่องบ่งชี้สภาพความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตของบุคคล การมีภาวะโภชนาการที่ดีมีผลให้ร่างกายมีสุขภาพแข็งแรง มีความต้านทานโรค ช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคที่เกิดจากแบบแผนชีวิตไม่ถูกต้อง ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ (Spiritual Growth) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงถึงการมีความเชื่อที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตที่ดี มีจุดมุ่งหมายในชีวิต มีความรักและความจริงใจต่อบุคคลอื่น มีความสงบและพึงพอใจในชีวิต สามารถช่วยเหลือตนเอง และบุคคลอื่นให้ประสบความสำเร็จ และการจัดการกับความเครียด (Stress Management) เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงการจัดการกับความเครียดของบุคคล เช่น การแสดงออกที่เหมาะสม การพักผ่อน การนอนหลับ การผ่อนคลาย การทำกิจกรรมที่คลายเครียด หรือการทำกิจกรรมที่ป้องกันการอ่อนล้าของร่างกาย ถ้าผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติส่งเสริมสุขภาพได้ครบทั้ง 6 ด้าน ดังกล่าวก็จะเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและมีความสุข

ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นบุคคลากรของสาธารณสุข จึงตระหนักถึงความสำคัญของภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุ เพราะถ้าผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมจะช่วยชะลอความเสื่อมถอยของร่างกาย และเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากความสูงวัย ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพซึ่งเน้นการให้บริการเชิงรุกมากกว่าการรับ คือเน้นให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้ สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพในด้านต่างๆ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง เป็นต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษา พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตนครชัยบุรีรินทร์ เพื่อนำข้อมูล พฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ ดังกล่าวมาเป็นแนวทางในการวางแผนและพัฒนา รูปแบบการ ดูแลและส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สุขภาพดีและมีความสุข

กรอบแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model)

เพนเดอร์ (Pender, 1987) ได้กล่าวถึงการส่งเสริมสุขภาพไว้ว่า เป็นกิจกรรมที่กระทำอย่างต่อเนื่อง และจะต้องผสมผสานเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตของบุคคล และจะมีผลให้บุคคลเกิดการกระตุ้นตนเองอย่างเต็มที่ โดยมีผลในการเพิ่มความตระหนักในตนเอง (self-awareness) ความพึงพอใจ (self-satisfaction) ความเพลิดเพลินและความยินดี นอกจากนี้ ยังเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการกระทำของบุคคลที่บุคคลมุ่งไปสู่ภาวะสุขภาพในระดับที่สูงขึ้นมากกว่าการโต้ตอบอิทธิพลที่คุกคามสุขภาพที่มาจากภาวะแวดล้อม ดังนั้นจึงได้มีการพัฒนารูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการอธิบายหรือคาดการณ์ถึงส่วนประกอบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลที่เกิดขึ้นและรูปแบบที่ได้รับ ความสนใจใน ปัจจุบัน คือ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) (Pender, 1996) โดยมีแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีความคาดหวังคุณค่า (Expectancy-value Theory) ซึ่งมีแนวคิดว่าคุณค่าจะเกิดการเปลี่ยนแปลงเมื่อเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นมีคุณค่า และการ

เปลี่ยนแปลงนั้นจะได้มาซึ่งผลประโยชน์ และจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Cognitive Theory) โดยพฤติกรรมของบุคคลจะไม่เกิดจากแรงผลักดันภายในเท่านั้น แต่จะมีแรงผลักดันจากปัจจัยภายนอก การมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ซึ่งเพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้มีการพัฒนาปรับปรุงจากรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเดิม (Pender, 1987) โดยอาศัยงานวิจัย ที่ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยต่างที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาพิจารณา และเสนอ รูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล โดยแสดงให้เห็นถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพและความสัมพันธ์ของปัจจัยแต่ละด้านที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพปัจจัย ในแต่ละด้านประกอบด้วย

1. ลักษณะและประสบการณ์ส่วนบุคคล
2. ความคิดและอารมณ์ที่มีความเฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม
3. ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นการปฏิบัติที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของมนุษย์ ซึ่งหมายถึง ความเป็นอยู่ที่ดีหรือความผาสุกสูงสุด การบรรลุเป้าหมายในชีวิต และการมีชีวิตอยู่อย่างมี คุณภาพ (Pender, 1996) เมื่อบุคคลสามารถผสมผสานการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจน เป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพในทุกๆ ด้านของชีวิต จะทำให้บุคคลนั้นมี ประสบการณ์ด้านสุขภาพในทางบวกตลอดช่วงชีวิต (Pender, 1996)

วัตถุประสงค์

ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตนครชัยบุรีรินทร์

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การกระทำกิจกรรม การปฏิบัติ ความรู้สึนึกคิดของผู้สูงอายุที่ทำให้เกิดภาวะสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ปราศจากการ

เจ็บป่วยและสามารถกระทำจนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต โดยครอบคลุมพฤติกรรม 6 ด้านคือ

- 1.ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้สูงอายุเอาใจใส่ภาวะสุขภาพของตนโดยมีการสังเกตอาการผิดปกติต่างๆของร่างกาย และรับบริการที่สถานบริการด้านสุขภาพ
- 2.ด้านการออกกำลังกาย หมายถึง กิจกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติโดยมีการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกาย
- 3.ด้านโภชนาการ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้สูงอายุเลือกปฏิบัติ ในการรับประทานอาหารอย่างถูกต้องเหมาะสม

4.ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุร่วมกับบุคคลอื่นโดยให้เกียรติซึ่งกันและกัน มีการปรึกษาหารือกัน

5.ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ หมายถึง ความรู้สึนึกคิดที่ผู้สูงอายุแสดงถึงการมีความเชื่อที่มีต่อการดำเนินชีวิตที่ดี และมีจุดหมายในชีวิต

6.ด้านการจัดการกับความเครียด หมายถึง กิจกรรมที่ผู้สูงอายุแสดงถึงวิธีที่จัดการกับความเครียดของบุคคล

แนวทางการดำเนินการ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) ประชากรศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตนครชัยบุรินทร์ สุ่มเลือกตัวอย่างโดยใช้วิธี Multistage Stage sampling เพื่อให้ได้มาซึ่งกลุ่มอย่าง หลังจากนั้นลงไปสัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูล และนำข้อมูลมาวิเคราะห์และเผยแพร่ต่อไป

3.3 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 3.3.1 มีแนวทางในการพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
- 3.3.2 เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดสุขภาพดีในผู้สูงอายุ
- 3.3.3 เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อให้เกิด ความสุขในการดำรงชีวิตและความก้าวหน้าในวิชาชีพต่อไป

3.4 ตัวชี้วัดความสำเร็จ

สถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เขตนครชัยบุรินทร์

เอกสารอ้างอิง

- 1.สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. การสูงวัยของประชากรไทย พ.ศ. 2557 [ออนไลน์]. 2557 [อ้างเมื่อ 3 ตุลาคม2560]. จาก: <http://bit.ly/2zFBgqy>
- 2.สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา. กรุงเทพฯ: สถาบัน; 2548.
- 3.สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. แนวโน้มปัญหาผู้สูงอายุในทศวรรษหน้า.กรุงเทพฯ: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
- 4.เอกชัย เพียรศรีวีระา, วิมล บ้านพวน, สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, อีระศิริสมุด, แก้วกุล ต้นติพิสิฐกุล, ลีลี อิงศรีสว่าง และคณะ. รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ. กรุงเทพฯ: ส่วนอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ; 2556.

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....(ผู้ขอรับการคัดเลือก)

(นายปฐมพงษ์ ก่อกระโทก)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่...../...../.....