

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อธิบายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Descriptive Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร โดยศึกษาในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2547 ถึง 25 ธันวาคม 2547 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตลาดกระบัง จำนวน 405 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง Multi-Stage Cluster sampling และการสุ่มแบบง่าย (Simple random Sampling) เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อม สถานะการเจ็บป่วย พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ในการศึกษานี้ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา เป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนสถิติเชิงอนุมานใช้ Chi-Square Test (χ^2) ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1. ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล และปัจจัยสิ่งแวดล้อม

ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ผู้สูงอายุเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 67.2) มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 32.8) ส่วนใหญ่ ร้อยละ 58.8 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี อายุต่ำสุด 60 ปี อายุสูงสุด 95 ปี มัธยฐานของอายุ คือ 67 ปี มีสถานภาพสมรสอยู่บ้านเดียวกัน ร้อยละ 44.0 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.8 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 71.4 ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 44.7 ไม่มีรายได้เป็นตัวเงิน แต่ร้อยละ 59.5 ได้รับการสนับสนุนจากบุตรหลาน และร้อยละ 67.2 เป็นลักษณะครอบครัวเดี่ยว

ปัจจัยสิ่งแวดล้อม มีผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เพียงร้อยละ 35.3 มีสิทธิและมีบัตรประกันสุขภาพในการรักษาพยาบาล ตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 72.3 เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ร้อยละ 18.2 เคยใช้สิทธิการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 84.4 ส่วนการเข้าถึงการรับบริการเมื่อเจ็บป่วย ส่วนใหญ่ไปรับบริการที่สถานพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 70.9 โดยใช้เวลาเดินทางไปสถานพยาบาลภายใน 30 นาทีต่อครั้ง ร้อยละ 95.3

2. สภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.5 มีการดำรงชีวิตได้ด้วยตนเอง มีร้อยละ 36.5 ต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือโดยเป็นบุตรหลาน ร้อยละ 58.0 และเป็นคู่ชีวิต ร้อยละ 23.0 ด้านสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่สามารถเดินทางมาให้สัมภาษณ์ได้ ร้อยละ 83.0 สามารถเดินได้โดยใช้ไม้เท้าช่วย ร้อยละ 11.4 และจำเป็นต้องใช้รถเข็นร้อยละ 4.0 ผู้สูงอายุนอนบนที่นอนไม่สามารถช่วยตนเองได้ มีร้อยละ 1.7 และพบว่าผู้สูงอายุเป็นโรคตามวินิจฉัยของแพทย์ 3 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 52.0 โรคกระดูกและข้อเสื่อม ร้อยละ 38.0 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 38.0 ด้านสุขภาพจิต ผู้สูงอายุมีอาการด้านสุขภาพจิต ร้อยละ 69.9 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 62 มีอาการเหงา ร้อยละ 60.7 มีอาการหงุดหงิด และร้อยละ 58.6 มีอาการเครียด วิธีแก้ไขของผู้สูงอายุ เมื่อมีอาการเหงา/ว้าเหว่ ส่วนใหญ่นั่งสมาธิ ร้อยละ 27.3 อาการหงุดหงิด จะไปปรึกษาพบปะพูดคุยกับเพื่อนบ้าน ร้อยละ 27.3 และคลายเครียดโดยวิธีนั่งสมาธิ ร้อยละ 33.1 ส่วนกิจกรรมแสดงสภาวะสุขภาพจิต ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รู้สึกว่าคุณหลาน และคนใกล้ชิดดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดีตลอดเวลา ร้อยละ 47.7 และร้อยละ 45.2 ตามลำดับ ถ้ามีปัญหาจะปรึกษาสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 41.0

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ 3 ด้าน

พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมของผู้สูงอายุมีค่ามัธยฐาน 47 คะแนน โดยมีคะแนนต่ำสุด 24 คะแนน และคะแนนสูงสุด 56 คะแนนค่าเฉลี่ย 45.83 คะแนนและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.1 ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม อยู่ในระดับดี ร้อยละ 58.0 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายด้าน พบว่า ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ปฏิบัติได้ทุกกิจกรรม ร้อยละ 87.7 ปฏิบัติไม่ได้เลย ร้อยละ 0.7 แต่มีคนดูแลอยู่ตลอด ความสามารถในการช่วยเหลือผู้อื่น ปฏิบัติได้บางกิจกรรม ร้อยละ 70.9 พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 53.8 ระดับไม่ดี ร้อยละ 7.4 และด้านการออกกำลังกายและการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี ร้อยละ 76.5 โดยมีการออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และไม่ออกกำลังกายเลยสูงถึง ร้อยละ 22.0

4. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ มีค่ามัธยฐาน 74 คะแนน โดยมีคะแนนต่ำสุด 40 คะแนน และคะแนนสูงสุด 113 คะแนนค่าเฉลี่ย 74 คะแนนและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.31 คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 2.2 ส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง ร้อยละ 87.4 เมื่อพิจารณาระดับคุณภาพชีวิต จำแนกรายด้าน 4 ด้าน พบว่า ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ

ด้าน สัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ร้อยละ 94.3, 63.2, 71.1 และ 79.5 ตามลำดับ

5. ทดสอบความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสิ่งแวดล้อม กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดังนี้

5.1 ความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุกับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน พบว่า อายุ รายได้ และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุแตกต่างกันทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

5.2 ความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุกับความสามารถในการช่วยเหลือผู้อื่นในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน พบว่า อายุ ลักษณะครอบครัว การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ที่แตกต่างกันทำให้ความสามารถในการดูแลผู้อื่นของผู้สูงอายุแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

5.3 ความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า เพศที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

5.4 ความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า อายุ และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

6. ทดสอบความแตกต่างของสภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ความต่างของสภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า สภาวะสุขภาพที่ต่างกันมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน และพฤติกรรมการบริโภคอาหารแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่สภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ไม่มีความแตกต่างกัน

7. ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสิ่งแวดล้อมกับคุณภาพชีวิต พบว่า การเข้าถึงการรักษาพยาบาล มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

8. ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิต พบว่า ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน และการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำนวน 405 คน ผู้วิจัยได้นำมาอธิบาย ตามวัตถุประสงค์ ของการวิจัยเฉพาะในประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อม

1.1. ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล

กลุ่มผู้สูงอายุเขตลาดกระบัง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งเป็นข้อมูลที่สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาพร จินันทยา (24) วันดี โภคตะกุล และคณะ (40) และวาสนา เกื้อนวงษ์ (9) ที่พบว่า กลุ่มประชากรผู้สูงอายุมีสตรีมากกว่าบุรุษ ทั้งนี้เพราะ ประชากรเพศหญิงมีอายุยืนยาวมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ถือว่าเป็นวัยสูงอายุตอนต้น ยังสามารถทำงานได้ถ้าสุขภาพกายและจิตดี มีลักษณะครอบครัวเดี่ยว มากกว่าครอบครัวขยาย ในเรื่องระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา เป็นการศึกษาในระยะเวลาสั้น พออ่านออกเขียนได้เท่านั้น และส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ การประกอบอาชีพของผู้สูงอายุพบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ ซึ่งสอดคล้องกับประภาพร จินันทยา (24) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุเห็นว่า วัยนี้เป็นวัยที่ควรยุติการทำงานมีความต้องการพักผ่อน แต่ก็มีส่วนน้อยยังประกอบอาชีพอยู่ในปัจจุบัน เหตุผลเนื่องจากภาวะเศรษฐกิจในครอบครัว และมีความสุขกับการได้ทำงาน จากการศึกษาอาชีพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีอาชีพค้าขายและรับจ้าง และมีรายได้ค่อนข้างน้อยและไม่แน่นอน สำหรับรายได้ของผู้สูงอายุพบว่า มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 1,000 บาท และมีถึงร้อยละ 44.7 ที่ไม่มีรายได้เลย แต่จากการสอบถามผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่จะได้รับการดูแลสนับสนุนจากบุตรหลานจึงไม่จำเป็นต้องใช้จ่ายเงินเพื่อครอบครัว

1.2. ปัจจัยสิ่งแวดล้อม

ชมรมผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 35.3 น้อยกว่าไม่เป็นสมาชิกชมรม (ร้อยละ 61.7) เนื่องมาจากชมรมผู้สูงอายุอยู่ไกลที่พักอาศัย และผู้สูงอายุอาจไม่ทราบว่าชมรมผู้สูงอายุ จากการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา และชั้นมัธยมศึกษา ไม่มีชมรมผู้สูงอายุ ส่วนแขวงคลองสองต้นนุ่นมีชมรมผู้สูงอายุ 1 ชมรม และจากการสอบถามเหตุผลที่ไม่เป็นสมาชิกชมรม

ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า สุขภาพไม่แข็งแรง ไม่อยากไปไหนไกล ๆ ไม่มีเวลาว่าง และมีภารกิจที่ต้องทำในแต่ละวัน เช่น ทำงานบ้าน ดูแลบ้าน หรือเลี้ยงหลาน

สิทธิในการรักษาพยาบาล พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุมีสิทธิและมีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวนมากถึงร้อยละ 72.1 ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาล ที่ผู้สูงอายุไม่ต้องจ่ายเงินกับสถานบริการสุขภาพ โดยรัฐบาลเป็นผู้บริการจ่ายเงินแทน เพื่อให้เกิดมาตรฐานการบริการที่มีคุณภาพ (สำเร็จ แหียงกระโทก (41)) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีสิทธิแต่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวนน้อยร้อยละ 9.6 อาจเป็นเพราะยังมีสุขภาพดีไม่เจ็บป่วย จึงไม่จำเป็นต้องใช้บัตรประกันสุขภาพฯและไม่ทราบ ไม่เข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารการทำบัตรประกันสุขภาพฯ ส่วนผู้ที่มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลได้มีเพียงร้อยละ 18.3

การเข้าถึงการบริการสุขภาพ การรับบริการที่สถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยพบว่า ส่วนใหญ่จะไปรับบริการที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน คือ โรงพยาบาลหรือศูนย์บริการสาธารณสุข รองลงมาจะไปรับบริการที่คลินิกใกล้บ้าน ซึ่งเป็นคลินิกที่รับบริการที่ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าฯ และใช้เวลาในการเดินทางไม่เกิน 30 นาที มีเพียงส่วนน้อยที่ไปซื้อยาที่ร้านขายยา ร้อยละ 4.7 ซึ่งเป็นการไปใช้บริการนอกเวลาราชการ สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลที่ให้มียุทธศาสตร์การบริการสุขภาพใกล้บ้าน ใกล้ใจ เป็นของชุมชน เพื่อให้การเข้าถึงการบริการที่เท่าเทียมกันและครอบคลุม กลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มด้อยโอกาส (สำเร็จ แหียงกระโทก (41))

2. สภาพาสุภาพและการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ

การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องมีผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือตนเองได้ส่วนผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องใช้อุปกรณ์ช่วย เช่น ไม้เท้า รถเข็น จะมีผู้ดูแลช่วยเหลือในบางกิจกรรม เช่น การเข้าห้องน้ำ แต่ผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลยต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลา ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เป็นบุตรหลาน และ คู่ชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ (28) พบว่า ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ส่วนมากได้รับการดูแลจากครอบครัว เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ รัฐบาลจะหาทางสนับสนุนให้มีการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ โดยให้ผู้ดูแลภายในครอบครัวหรือชุมชนให้มากที่สุด จะทำให้เกิดความผูกพัน ความอบอุ่น และความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัว แนวทางที่รัฐสามารถสนับสนุนได้ เช่น การจัดตั้งระบบดูแลผู้สูงอายุกันเองในชุมชน โดยสนับสนุนค่าใช้จ่ายบางส่วน ในรูปของชมรมผู้สูงอายุ และสนับสนุนด้านวิชาการโดยการเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข หรือจัดตั้งสถานดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในชุมชน และมีการฝึกอบรมผู้ดูแลจากสถานศึกษาที่ได้มาตรฐาน

สุขภาพกาย ผู้สูงอายุมีโรค ประจำตัว ร้อยละ 42.2 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคกระดูกและข้อเสื่อม และโรคเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญศิริ สรรเสอาด และ คน

อื่นๆ (42) อาจจะเป็นเพราะสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลง มากกว่าการเจริญเติบโต ความสามารถในการทำงานของอวัยวะต่างๆลดน้อยลง กระดูกและข้อมีความเสื่อมมากขึ้น จากการสัมผัส เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย ๆ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุนิยมซื้อยารับประทานเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทราดล เก่งการพานิช (29) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการรักษาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุชนบท พบว่า ผู้สูงอายุมิ่ววิธีบำบัดรักษาการเจ็บป่วย 4 วิธีหลัก คือ ซื้อยากินเอง ใช้สมุนไพร รักษาไสยศาสตร์ และรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐ หรือคลินิกเอกชน และสอดคล้องกับการศึกษาของ นภาพร โชติวรรณ และจอห์น โนเดล (43) ได้สำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย เกี่ยวกับแหล่งที่ผู้สูงอายุไปรับบริการยามเจ็บป่วย พบว่า “การซื้อยากินเอง” เป็นวิธีที่ผู้สูงอายุใช้มากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ ชุตติภา วรรณกุล (31) ได้ศึกษาการเลือกใช้สถานบริการสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เมื่อเจ็บป่วย โดยทั่วไปมักจะเลือกใช้บริการจากสถานบริการประเภทอื่นๆ คือ ซื้อยากินเอง รักษาแผนโบราณ ไม่ไปรักษาที่สถานบริการของรัฐ และยังพบในกลุ่มผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้านโรคประจำตัวด้วย ถ้าผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง ก็จะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข หรือคลินิกใกล้บ้าน และจากการศึกษาสภาวะสุขภาพจิตพบว่า ผู้สูงอายุมีอาการเหงา/ว้าเหว่สูง ซึ่งเกิดขึ้นกับทุกวัย แต่ในวัยผู้สูงอายุจะเกิดอาการนี้ง่ายกว่าวัยอื่นๆ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุ มีเวลาว่างมากจากภาระหน้าที่เดิมลดลง รวมทั้งบุตรหลานมีการกิจการประกอบอาชีพ อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเหงา น้อยใจ และต้องการเพื่อน ทำให้หงุดหงิดไม่สบายใจ สภาพเหมือนถูกทอดทิ้ง ต้องอยู่ตามลำพัง ผู้สูงอายุมิ่ววิธีปฏิบัติเมื่อเกิดความรู้สึกดังกล่าว อันดับแรกพูดคุยกับคนรอบข้าง เช่น บุตร หลาน เพื่อนบ้าน รองลงมา นั่งสมาธิ อารมณ์หวั่นไหวต่างๆ เหล่านี้ เป็นสิ่งทำลายสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้สูงอายุต้องพยายามยอมรับความจริง ฝึกจิตอยู่ในหลักธรรม และทำตนให้เป็นที่เคารพรักของคนทั่วไป จึงควรปรับให้มีสภาพอารมณ์ และจิตใจที่ดี เพื่อช่วยป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ และบรรเทาอารมณ์ความเครียด ในผู้สูงอายุ (จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ต้นศิริ (44))

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตลาดกระบัง 3 ด้าน ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า

3.1 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันส่วนตัวของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ทุกกิจกรรม ร้อยละ 87.7 ใกล้เคียงกับการศึกษาของ วันดี โภคกุล และคณะ (40) พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุยืนร้อยละ 82.5 สามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ และการศึกษาของ ทศนีย์ รัชยา (45) พบว่าร้อยละ 77.5 ผู้สูงอายุมิ่วความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด ร้อยละ 21.9 ที่ต้องมีผู้ช่วยบางกิจกรรม และส่วนน้อยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ร้อยละ 0.6 ใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ที่มีผู้สูงอายุช่วยเหลือ

ตนเองไม่ได้ ร้อยละ 0.7 แต่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีผู้ดูแลช่วยเหลือทุกกิจกรรม ส่วนการช่วยเหลือผู้อื่นของผู้สูงอายุในการวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีความสามารถในการช่วยเหลือผู้อื่นบางกิจกรรม ร้อยละ 69.4 ซึ่งใกล้เคียงกับผลการวิจัยของ บรรลุ ศิริพานิช (16) กล่าวถึง กิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ ปฏิบัติได้มีประมาณ ร้อยละ 75.0 ส่วนการศึกษาของ ชื่น เตชามหาชัย และคณะ (12) พบว่า ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเอง และผู้อื่นได้ตามอัตภาพ ร้อยละ 92.6 และอัศรา อารรณ์ (10) กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีเป็นผลทำให้มีความมีความสุขมีสุขภาพแข็งแรง

3.2 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับดี ร้อยละ 53.8 รองลงมาระดับปานกลาง ร้อยละ 38.8 เมื่อพิจารณาแต่ละประเด็นพบประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

การรับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อต่อวัน พบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 73.6 เคยรับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อต่อวัน และรับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อเป็นบางวันอีกร้อยละ 5.7 เจก ธนะศิริ (46) ให้คำแนะนำว่า ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อ เพราะจะได้รับประโยชน์มากกว่าการรับประทานอาหารระหว่างมื้อ ซึ่งไม่มีความจำเป็นแก่ร่างกาย และเกินความต้องการของร่างกาย แสดงให้เห็นว่า การรับประทานอาหารเช้าจะมีผลต่อสุขภาพในผู้สูงอายุ ดังนั้น การรับประทานอาหารเช้าให้ครบ 3 มื้อต่อวัน จึงมีความจำเป็นและควรดูแลส่งเสริมในผู้สูงอายุ

การรับประทานอาหารที่ควรบริโภค ได้แก่ เนื้อปลา เนื้อสัตว์ที่มีไขมันน้อย อาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผักสด ผลไม้ อาหารที่มีแคลเซียมสูง ซึ่งเป็นอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.8 ได้รับสารอาหารครบ 5 หมู่ ที่เหลือ มีแนวโน้มที่จะได้รับสารอาหารไม่ครบ 5 หมู่ จากการสอบถามเพิ่มเติมผู้สูงอายุกลุ่มหนึ่ง มิได้แสวงหาอาหารที่จะให้สารอาหารโปรตีนเพิ่มเติม ในเรื่องการดื่มนมซึ่งเป็นอาหารเสริม ผู้สูงอายุมีการดื่มนมทุกวันเพียงร้อยละ 29.6 และไม่ดื่มนมเลย ร้อยละ 30.4 เนื่องจากเป็นนักศึกษาในเขตชานเมือง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เดิมมีอาชีพเกษตรกร มีการบริโภคผักมาก และบริโภคนมน้อยแต่การบริโภคนมทำให้ผู้สูงอายุ ได้รับสารอาหารประเภทแคลเซียมเพิ่ม ซึ่งเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ

การรับประทานอาหารที่ควรจำกัดการบริโภค พบว่าผู้สูงอายุจำนวนร้อยละ 5.4 ที่รับประทานอาหารเช้าที่มีไขมันสูง ร้อยละ 8.6 ปรุรงรสมากกว่าเดิม และร้อยละ 4.7 ประเภทแป้งอย่าง หรือสุก ๆ ดิบ ๆ ซึ่งเป็นอาหารที่ทำให้ร่างกายมีสุขภาพที่ไม่ดี จึงควรมีการให้ข้อมูลและส่งเสริมให้รับประทานอาหารเช้าที่ถูกต้องและเหมาะสมกับผู้สูงอายุ และให้ความรู้ด้านโภชนาการ การดูแลสุขภาพให้บุตรหลาน หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น

3.3 พฤติกรรมการออกกำลังกายและการออกแรงกายของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีกิจกรรมการออกกำลังกายและการออกแรงกาย พอเพียง 3 วันต่อสัปดาห์ ผู้สูงอายุมีการออก

กำลังกาย ร้อยละ 68.6 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บรรลุ ศิริพานิช และคณะ (47) ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกาย ร้อยละ 60.5 แต่แตกต่างจากการศึกษาของ นริศรา ลีลามานิตย์ (48) ที่พบว่า ผู้ส่วนอายุส่วนใหญ่ ไม่เคยออกกำลังกาย โดยให้เหตุผลสุขภาพไม่แข็งแรง ถ้าออกกำลังกายกลัวไม่สบายมากขึ้น ไม่มีเวลาพอที่จะออกกำลังกายไม่สนใจการออกกำลังกาย และคิดว่าการทำงาน เช่น งานบ้าน ทำสวน และงานในอาชีพ เป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว WHO (49) กล่าวว่า การออกกำลังกายในผู้สูงอายุนั้น ควรได้ออกกำลังกายทุกวัน ใช้เวลา 30-45 นาที และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (14) ได้กล่าวว่า การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ใช้ระยะเวลาแต่ละครั้งควรอยู่ระหว่าง 20-30 นาที และควรออกกำลังกายไม่น้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งจากการศึกษารั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่สามารถปฏิบัติให้ตามหลักเกณฑ์การออกกำลังกายแบบแอโรบิก ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ยังมีการออกกำลังกาย และการออกแรงกาย ในรูปแบบการเดิน การทำงานบ้าน และสอดคล้องกับวิธีการดำเนินการชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุมากกว่า ซึ่ง บรรลุ ศิริพานิช (16) ให้ความเห็นเกี่ยวกับการออกกำลังกายในผู้สูงอายุว่า การออกกำลังกายในผู้สูงอายุมีหลักทั่วไปคือ กิจกรรมใด ๆ ที่มีการหด/ขยายของกล้ามเนื้อ มีการเคลื่อนไหวข้อต่อต่าง ๆ เร็วหรือช้า เป็นไปตามชนิดและวิธีการออกกำลังกายนั้น ๆ เพราะการออกกำลังกายในผู้สูงอายุนั้น ต้องการเพียงคงสภาพการทำงานของร่างกายเท่านั้น ดังนั้น การทำงานบ้าน และการทำสวน นั้นเป็นประโยชน์ในแง่ของการออกกำลังกายด้วยแต่ผู้สูงอายุควรระมัดระวังท่าทางที่อาจทำให้เกิดอันตรายได้ เช่น งอหลังนานเกินไป ยกของหนักเกินไป เป็นต้น ดังนั้น ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับสูง ถ้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะส่งเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุน่าจะได้ใช้เกณฑ์ดังกล่าวเป็นบรรทัดฐานและควรได้พิจารณาความแตกต่างของอายุในแต่ละกลุ่มอายุด้วย เพราะจากการศึกษารั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุระหว่าง 60-79 ปี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่ากลุ่มอายุกลุ่มอื่น ๆ เกี่ยวกับประเภทของการออกกำลังกาย และออกแรงกาย ในผู้สูงอายุจากการศึกษารั้งนี้พบว่า การออกกำลังกาย และการออกแรงกายของผู้สูงอายุในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา คือ การเดิน (ร้อยละ 66.2) รองลงมาได้แก่ การบริหารร่างกาย (ร้อยละ 31.6) ส่วนการออกแรงกาย คือ การทำงานบ้าน (ร้อยละ 29.6) ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของ ชูศักดิ์ เวชแพทย์ (50) บรรลุ ศิริพานิช (16) และ WHO (49) ให้ความเห็นเกี่ยวกับการออกกำลังกายในผู้สูงอายุว่า การเดินนั้นเป็นวิธีที่ดีที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ เป็นการออกกำลังกายที่ไม่ต้องใช้เครื่องมือ ไม่มีอันตราย สามารถปฏิบัติได้ทุกโอกาส และทำให้สุขภาพดีขึ้น ความถี่ในการออกกำลังกาย และออกแรงกาย พบว่า กลุ่มที่ออกกำลังกายด้วยการเดินนั้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 89.7) ออกกำลังกายทุกวัน และมีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 6.4 ที่ออกกำลังกายน้อยกว่าสัปดาห์ละ 3 วัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุค่อนข้างกระจายตั้งแต่ 60-80 ปีขึ้นไป สภาพร่างกายในกลุ่มอายุบางกลุ่มไม่เอื้ออำนวยต่อการออกกำลังกายหรือปฏิบัติ กิจกรรมต่างๆรวมทั้งสถานที่สำหรับการออกกำลังกายนั้นมีจำนวนไม่เพียงพอ

และไม่สะดวกในการไปใช้บริการ ดังนั้น อาจสรุปได้ว่า การออกกำลังกายด้วยวิธีการเดิน การบริหารร่างกาย และการทำงานบ้าน เป็นกิจกรรมที่ควรส่งเสริมในกลุ่มผู้สูงอายุ และควรสนับสนุนและส่งเสริมในผู้สูงอายุในทุกกลุ่มอายุอย่างกว้างขวาง และการออกกำลังกายในผู้สูงอายุนั้นควรมุ่งเน้นการออกกำลังกายภายในบ้านหรือบริเวณใกล้ที่อยู่อาศัย และใช้อุปกรณ์ให้น้อยที่สุด เพื่อป้องกันการเกิดอันตราย

4. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตลาดกระบัง

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตลาดกระบัง พบว่า มากที่สุด ร้อยละ 81.0 มีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา ศรีธรรมมา (51) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในชนบทจังหวัดขอนแก่น พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุนี้อายุระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.29 และพบว่า มีผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่มีคุณภาพชีวิตไม่ดี ถึงร้อยละ 18.3 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาพร จินนันทุยา (24) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุดินแดง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตต่ำ และปานกลาง ร้อยละ 85 และมีเพียงร้อยละ 15 ที่มีคุณภาพชีวิตในระดับสูง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะลักษณะกลุ่มตัวอย่างต่างกัน และในการศึกษารุ่นนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในชุมชน ทำให้มีผลการศึกษาต่างกัน

เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตแต่ละด้าน ซึ่งมี 4 ด้าน ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ด้านสุขภาพกาย พบว่า ผู้สูงอายุจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 94.3 มีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 4.2 มีระดับคุณภาพชีวิตไม่ดี ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิต ระดับดีมีเพียง ร้อยละ 1.5 จะเห็นได้ว่าระดับคุณภาพชีวิตดี มีจำนวนน้อยมาก กล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุในเขตลาดกระบังส่วนใหญ่รับรู้ หรือดูแล เรื่องสุขภาพตนเองไม่ดีนัก มักจะมองตนเองว่ามีสุขภาพไม่แข็งแรง จากการศึกษาครั้งนี้ พบข้อมูลสนับสนุนเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ คือ ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิต โรคกระดูกและข้อ และโรคเบาหวาน เป็นต้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ อาจทำให้ความรู้สึกรำคาญใจในชีวิตต่ำลง

2. ด้านจิตใจ พบว่า ผู้สูงอายุจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 63.5 มีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง และมีเพียง ร้อยละ 3.0 ที่มีคุณภาพชีวิตดี กล่าวได้ว่าผู้สูงอายุในเขตลาดกระบัง จำนวนมากที่มีความรู้สึกมั่นใจในตนเอง การตัดสินใจตามมุมมองของแต่ละคน และรู้สึกว่าตนเองมีคุณภาพต่ำ จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้สูงอายุมีความสามารถในการจัดการกับอารมณ์ เช่น อารมณ์หงุดหงิด น้อยใจ แก่ใจโดยวิธีนั่งสมาธิ หรืออยู่เฉยๆ พยายามไม่ได้ตอบ ทำให้ผู้สูงอายุมีสภาพเหมือนถูกทอดทิ้ง สภาพจิตใจเสื่อมลง ซึ่งมีผลต่อสภาพจิตใจการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุมาก

3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม พบว่า ผู้สูงอายุจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 71.1 มีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง มีเพียง ร้อยละ 12.3 ที่มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี และมีผู้สูงอายุที่มีระดับคุณภาพชีวิตไม่ดีถึง ร้อยละ 16.5 กล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุในเขตลาดกระบังจำนวนมากมีการรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ภาพของตนเองกับบุคคลอื่นค่อนข้างต่ำ เนื่องจากมีผู้สูงอายุจำนวนมาก ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ เช่น สมาคมผู้บำเพ็ญประโยชน์ อาสาสมัครในชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ จากการศึกษาครั้งนี้มีผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุน้อยมาก คือ ร้อยละ 35.3 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุมีความรับผิดชอบ ดูแลเฝ้าบ้าน เลี้ยงหลาน หรือทำงานบ้าน ไม่มีเวลามากพอที่จะทำกิจกรรมต่างๆ และสถานที่ทำกิจกรรมบางอย่าง เช่น ไม่ทราบข้อมูล ข่าวสาร ของชมรมผู้สูงอายุ หรือสมาคม กิจกรรมชมรมอยู่ไกล ต้องใช้เวลาในการเดินทาง ซึ่งอาจจะไม่สะดวกในการทำกิจกรรมได้ ซึ่ง กชกร สังขชาติ (15) กล่าวว่า การมีกิจกรรม หรือมีบทบาท ในครอบครัว สังคม จะทำให้ผู้สูงอายุ ได้มีความสัมพันธ์กับผู้อื่น แลกเปลี่ยนความสนใจซึ่งกันและกัน มีความพึงพอใจในชีวิตมีคุณค่า

4. ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ผู้สูงอายุจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 79.5 มีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง มีระดับคุณภาพชีวิตดีเพียง ร้อยละ 4.2 กล่าวได้ว่า สภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ได้แก่ สาธารณูปโภคต่างๆ สภาพบ้าน ชุมชน รวมญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง มีความสัมพันธ์กันค่อนข้างต่ำ อาจเนื่องมาจากสภาพแวดล้อม มีมลภาวะเป็นพิษบางชุมชน มีสภาพที่อยู่อาศัยแออัด

5. ปัจจัยต่างๆ ที่มีความแตกต่างกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ต่างกับคนที่มีช่วงอายุอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชื่น เตชามหาชัย และคณะ (12) และสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับความชราของ บรรลุ ศิริพานิช (16) กล่าวว่า มนุษย์จะเจริญเติบโตสมบูรณ์ถึงสุดขีด เมื่ออายุ 30 ปี หลังจากนั้นหน้าที่ทางสรีระวิทยาของร่างกายจะลดลงอย่างช้าๆ ประมาณ 0.8-0.9 ต่อปี และสอดคล้องกับแนวคิดของ โอเรม ที่ศึกษาด้านการดูแลตนเอง (18) กล่าวว่า อายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะเพิ่มตามอายุจนถึงวัยผู้ใหญ่ และจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ดังนั้น อายุจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองที่หน่วยงาน และผู้เกี่ยวข้องต้องให้ความสำคัญอย่างยิ่ง ส่วนรายได้มากน้อยต่าง มีผลทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นของผู้สูงอายุต่างกันด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ นภาพร ชโยวรรณ และคณะ (2) ได้ศึกษาสภาวะทางเศรษฐกิจและรายได้ของผู้สูงอายุ พบว่า มี

ผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 11 เท่านั้นที่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการเงิน ร้อยละ 39 มีปัญหาเกี่ยวกับการเงิน และร้อยละ 34 มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ และผู้สูงอายุไทย ร้อยละ 48 มีรายได้หลักจากบุตร และร้อยละ 28 มีรายได้มาจากการทำงานของตนเอง ดังนั้น รายได้ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการช่วยเหลือและดูแลตนเองที่ดี ส่วนผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยว สามารถช่วยเหลือผู้อื่นด้านสุขภาพได้ ต่างกับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย อาจเนื่องจากมีอิสระและมีเวลาพอที่จะเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ เช่น เป็นอาสาสมัครในชุมชน

พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร พบว่า เพศหญิงและเพศชายมีพฤติกรรมในการบริโภคอาหารต่างกัน อาจเนื่องมาจากการได้รับข่าวสารการเลือกสรรประเภทของอาหารที่มีคุณค่า หรือมีประโยชน์ต่อร่างกายได้เพียงพอกับความต้องการต่างกัน

พฤติกรรมกรออกกำลังกาย พบว่า อายุต่างกันมีการออกกำลังกายต่างกัน และผู้ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการออกกำลังกายต่างกัน การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะและทัศนคติ อาจเนื่องมาจากผู้ที่มีการศึกษาสูง มีทักษะในการแสวงหาความรู้ รู้จักรักษาดูแลเอาใจใส่สุขภาพได้ดี จากการศึกษาของ ชื่น เตชามหาชัย และคณะ (12) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุช่วง 60-69 ปี มีการออกกำลังกายและออกแรงกายดีกว่า ช่วงอายุอื่นๆ และระดับการศึกษาผู้ที่อ่านออกเขียนได้ออกกำลังกายได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ และการศึกษาของ ดวงพร รัตนอมรชัย (52) ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีชีวิตด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

ชมรมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและผู้อื่น ในการดำเนินกิจวัตรประจำวันได้มากกว่าผู้ที่ไม่เป็นสมาชิกชมรม เนื่องจากชมรมผู้สูงอายุจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ กิจกรรมส่วนใหญ่ที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมสม่ำเสมอ ได้แก่ การให้คำแนะนำเรื่องสุขภาพ กายบริหาร กิจกรรมทางศาสนา และการบำเพ็ญประโยชน์ สอดคล้องกับการศึกษาของ นิสา ชูโต (13) ที่พบว่า ปัญหาของผู้สูงอายุที่ขาดเพื่อนสนิท และรู้สึกโดดเดี่ยว มีถึงร้อยละ 10.4 และศึกษากิจกรรมที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมมากที่สุดคือ กิจกรรมทางศาสนา รองลงมา กิจกรรมสนุกรสนานรื่นเริง ดังนั้น ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จึงได้รับความรู้ คำแนะนำ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ข้อมูล ข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย และร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุนอกจากจะช่วยส่งเสริมสุขภาพ แล้วยังช่วยผ่อนคลายความเหงาและความรู้สึกโดดเดี่ยวได้

ส่วนการเข้าถึงการบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุสามารถไปรับบริการจากสถานบริการสุขภาพที่เอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติตัว เพื่อส่งเสริมสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสมกับสภาพร่างกายของแต่ละบุคคลทำให้มีสุขภาพที่แข็งแรง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรณี ชัชวาลทิพากร (53) พบว่า การเข้าถึงสถานบริการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุสามารถไปใช้บริการได้สะดวก และมีความถี่ในการใช้บริการระดับสูง

จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพดี ดังนั้นการจัดสถานที่บริการสุขภาพ ด้านการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองให้ผู้สูงอายุ ควรคำนึงถึงลักษณะการดำเนินชีวิตประจำวัน สภาพร่างกาย ความสะดวก และระยะทาง เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เห็นถึงความสำคัญ และง่ายต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ

6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสิ่งแวดล้อม กับคุณภาพชีวิต

การเข้าถึงบริการสุขภาพ และสิทธิในการรักษาพยาบาล กับคุณภาพชีวิต มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุในเขตลาดกระบัง มีสิทธิและมีบัตรในการรักษาสุขภาพ ทำให้สามารถเข้าถึงการบริการได้ตามสภาวะการเจ็บป่วย ส่วนชมรมผู้สูงอายุกับคุณภาพชีวิตไม่มีความสัมพันธ์กัน เพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

7. พฤติกรรมดูแลตนเอง กับคุณภาพชีวิต

ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง พฤติกรรมการออกกำลังกายกับคุณภาพชีวิต มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น ช่วงอายุ 60-69 ปี ที่มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าช่วงวัยอื่น และมองว่าการประกอบอาชีพ เช่น การทำนา ทำสวน ทำไร่ เป็นการออกกำลังกายอย่างหนึ่ง

จุดอ่อนของการวิจัย

1. การสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ต้องอบรมผู้ช่วยวิจัยให้เข้าใจในการเก็บข้อมูลแต่ละตัวแปรให้ละเอียด และผู้สูงอายุบางรายไม่เข้าใจคำถามต้องอธิบายหลายครั้ง จึงใช้เวลาในการสัมภาษณ์นาน
2. การศึกษาครั้งนี้มีระยะเวลาในการศึกษาสั้น พื้นที่ชุมชนที่ศึกษาบางชุมชนมีการคมนาคมไม่สะดวก จึงมีผลทำให้ข้อมูลบางอย่างไม่เพียงพอ ซึ่งบางปัจจัยควรศึกษาให้ละเอียดมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในชุมชนหรือไม่ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร ดังนั้น รัฐบาลหรือส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง ควรผลักดันให้เกิดชมรมผู้สูงอายุในชุมชนต่างๆมากขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรม โดยเน้นให้เห็นว่าผู้สูงอายุในชมรมมีการดูแลสุขภาพตนเองได้ดี นอกจากนี้ควรมีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับกิจกรรมในชมรมให้ผู้สูงอายุรับทราบ และมีการดำเนินงานอย่างจริงจัง
2. จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า มีผู้สูงอายุในเขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร ที่สำรวจ ยังมีการดูแลช่วยเหลือตนเองได้ไม่สมบูรณ์ 47 คน (11.6%) และช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย 3 คน (0.7%) หน่วยงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ ควรจัดโครงการเยี่ยมบ้านแก่ผู้สูงอายุเหล่านี้ เป็นโครงการเชิงรุกที่ให้บริการต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และกระตุ้นให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุให้ความสำคัญในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ รวมทั้งคำแนะนำ วิธีการป้องกัน และการรักษาสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว และชุมชน ตามศักยภาพของตน เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และเห็นคุณค่าในการดำรงชีวิตต่อไป
3. ในการสำรวจครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุในเขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร ยังมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่ถูกต้อง เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ไม่ถูกต้อง 7.4% ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดการให้ความรู้หรือสุขศึกษาแก่ชุมชน โดยเฉพาะเพศชาย ซึ่งพบว่ามีบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง ต่างจากเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
4. ควรส่งเสริมศักยภาพ และความสามารถของผู้สูงอายุ ในสิ่งที่ผู้สูงอายุ สนใจ หรือสามารถทำได้ โดยเข้าร่วมกับองค์กรต่างๆ หรือมีกิจกรรมร่วมกับศูนย์เด็กเล็กในชุมชน เพื่อเผยแพร่ความรู้/ประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์เช่น การเล่านิทาน เป็นต้น อาจทำให้ผู้สูงอายุหายเหงา/ว้าเหว่ได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การทำวิจัยควรสำรวจข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้สูงอายุเพื่อใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนงานด้านสุขภาพให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละชุมชน
2. จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุมีความจำเป็นในการรับบริการสาธารณสุขมาก ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาคุณภาพการบริการสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุ เช่น ความพึงพอใจในการรับบริการสาธารณสุขของผู้สูงอายุ การเข้าถึงและความครอบคลุมของบริการสาธารณสุขของผู้สูงอายุ เป็นต้น
3. จากการศึกษาเชิงพรรณนาครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในชุมชน หรือไม่ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในพฤติกรรม การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จึงควรมีการศึกษาเชิงวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างชมรมผู้สูงอายุในชุมชน ว่าจะมีผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหรือไม่
4. ในการครั้งนี้ แบบสอบถามและเกณฑ์ตัดสิน อาจมีปัญหาในนิยามบางประการ ดังนั้นผู้ที่จะนำแบบสอบถามนี้ไปใช้ควรมีการทบทวนและปรับปรุงก่อนนำไปใช้



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย