# การศึกษาความรู้และพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชมรมผู้สูงอายุ เทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี

# The Study of Knowledge and Behavior Risk Factors on Chronic Non-communicable Diseases in the Elderly Club, Rangsit City Municipality, Pathum Thani Province

***เอมอร ชัยประทีป***[1/]

*Em-on Chaiprateep*[1/]

[1/]วิทยาลัยการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ปทุมธานี 12130

[1/]Thai Traditional Medicine College, Rajamangala University of Technology Thanyaburi, Pathum Thani 12130, Thailand

emon_c@rmutt.ac.th

(Received: 31 March 2016; Accepted: 15 November 2016)

**Abstract:** This research aims to study the elderly's knowledge and risk behaviors of chronic NCDs. The sample consisted of 60 people who were members of the elderly club at Rangsit city municipality. The research found that the elderly's knowledge and understanding of food consumption of chronic NCDs were at high level. The average score of the test was 9 out of 10 points. They had appropriate behaviors; most elderly cooked their own meals. They had breakfast as their main meal of the day. They loved to eat foods with light flavors. They ate vegetables and fruits every day, meanwhile more than half of the sample group had a positive behavior to reduced risk factors of chronic NCDs. For example, they did not eat snacks, fast food, or frozen food and they did not drink alcohol. However, they had the average body mass index in the overweight (25.0±3.8 kg/m2), the most activities were inactive. The results showed that the elderly who were members of the elderly club were trained in healthcare and wellness constantly therefore, they have a greater understanding in undesirable behavior to avoid. So, family and local state agency which are the most closer to elderly. These organizations need to play a role in promoting and improving the elderly quality of life.

**Keywords:** Risk factors, chronic non-communicable diseases, elderly, Rangsit City Municipality

**บทคัดย่อ**: งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ เทศบาลนครรังสิต จำนวน 60 คน ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุมีความรู้ด้านโภชนาการที่เหมาะสมโดยมีคะแนนเฉลี่ยจากแบบทดสอบอยู่ที่ 9 จาก 10 คะแนนเต็ม กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมที่เหมาะสมโดยส่วนใหญ่ทำอาหารรับประทานเอง มื้อเช้าเป็นมื้อหลักในการบริโภค ชอบอาหารรสจืด รับประทานผักผลไม้ทุกวัน และมีจำนวนมากกว่าครึ่งของผู้สูงอายุที่ไม่บริโภคอาหารในกลุ่มที่เป็นปัจจัย ในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อไปนี้ คือ ขนมกรุบกรอบ อาหารจานด่วนอาหารแช่แข็ง และแอลกอฮอล์ แต่มีความเสี่ยงที่มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์

การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุซึ่งได้รับการอบรมด้านการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จะมีความรู้ความเข้าใจในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพต่าง ๆ ดังนั้น ครอบครัว และหน่วยงานราชการท้องถิ่นซึ่งเป็นหน่วยงานที่ใกล้ชิดผู้สูงอายุมากที่สุดควรเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

**คำสำคัญ**: ปัจจัยเสี่ยง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้สูงอายุ เทศบาลนครรังสิต

## คำนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีสัดส่วนของผู้สูงอายุ (ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป) มากถึงร้อยละ 14.7 (9.5 ล้านคน) และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2568 ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ(aged society) อย่างสมบูรณ์ คือ มีจำนวนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 (14.4 ล้านคน) จากการศึกษาอัตราการพึ่งพิงของประชากรสูงอายุต่อวัยทำงาน พบว่าในปี พ.ศ. 2553 วัยทำงาน 100 คน ต้องดูแลผู้สูงอายุมากถึง 20 คน และมีแนวโน้มว่าในปี พ.ศ. 2563 จะมีอัตราการพึ่งพาจากเดิมเป็น วัยทำงาน 100 คน ต้องดูแลผู้สูงอายุมากถึง 30 คน โดยปัญหาสุขภาพ และสุขภาวะที่ทำให้อัตราการเสียชีวิตของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นอันดับต้น ๆ คือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมายถึง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases; NCD) หมายถึง โรคที่มีระยะเวลาของโรคนานโดยทั่วไปมีการดำเนินโรคช้า ทั้งนี้ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง (โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหอบหืด) โรคต่าง ๆ ดังกล่าว มักมีสาเหตุจากปัจจัยเสี่ยงร่วมหนึ่งปัจจัยหรือมากกว่า ได้แก่ การสูบบุหรี่ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมตามหลักโภชนาการ การขาดการออกกำลังกาย และความเครียด ฯลฯ (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของวัยผู้ใหญ่ทั่วโลก WHO (2014) รายงานว่าในปี ค.ศ. 2012 ประชากรที่เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 38 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเป็นจำนวน 52 ล้านคนในปี ค.ศ. 2030 เนื่องจากการประมาณค่าภาระทางเศรษฐกิจการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นจากเดิมเป็นสองเท่าใน ปี พ.ศ.2573 คือ จาก 22.8 เป็น 43.3 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2557) ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาสำคัญและทำให้ประเทศชาติต้องใช้งบประมาณสูงในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จากผลการวิจัยชี้ว่าพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง คือ อารมณ์ที่แปรปรวน การไม่ออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่มีรสเค็ม หวาน เผ็ด การนิยมปรุงรสอาหารด้วยการเติมผงปรุงรส น้ำปลา น้ำตาลในปริมาณมาก ๆ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ (ณิชารีย์, 2558)

การดูแลส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิสำหรับผู้สูงอายุ คือ การให้ความรู้และหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม ออกกำลังกายสม่ำเสมอ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและสังคม และมีสุขภาพจิตที่ดี พฤติกรรมเสี่ยงข้างต้นเป็นพฤติกรรมที่มีผลต่อการเกิดโรค ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (modifiable risk factors) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรู้และปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุ เทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้

ประโยชน์ในการบริหารจัดการเชิงรุก และวางแผนรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาวต่อไป

## อุปกรณ์และวิธีการ

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

กลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ได้จากการคำนวณจากสูตร Taro Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (Yamane, 1973 อ้างใน จักรกฤษณ์, 2555) คำนวณได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 89.7 คน จากประชากรเป้าหมายจำนวน 870 คน แต่เนื่องจากงานวิจัยนี้มีข้อจำกัดด้านเวลา ผู้วิจัยจึงได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 60 คน เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ เทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย / รวบรวมข้อมูล**

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบทดสอบด้านความรู้เกี่ยวกับโภชนบำบัดในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและแบบสอบถาม จำนวน 50 ชุด

แบบทดสอบประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับโภชนาการที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคอ้วน จำนวน 3 ข้อ โรคเบาหวาน จำนวน 3 ข้อ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 2 ข้อ และอันตรกิริยาที่ควรระวังระหว่างยาอาหารหรือสมุนไพร จำนวน 2 ข้อ รวมทั้งหมดจำนวน 10 ข้อ

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ประวัติแพ้ยาและอาหาร จำนวน 6 ข้อ และการประเมินสัดส่วนร่างกาย ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว เส้นรอบสะโพก เส้นรอบเอวต่อสะโพก จำนวน 6 ข้อ โดยค่าปกติแสดงในตารางที่ 1 และความเสี่ยงในการเกิดโรคทางเมตาบอลิกโดยพิจารณาจากค่าดัชนีมวลกายร่วมกับเส้นรอบเอว แสดงในตารางที่ 2

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุประกอบด้วย 1) พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการดื่มเครื่องดื่มจำนวน 12 ข้อ 2) ลักษณะกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการทำงานในชีวิตประจำวัน จำนวน 1 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเสี่ยงโรคเส้นเลือดหัวใจตีบสำหรับประชาชนที่ไม่มีผลเลือดจำนวน 5 ข้อ (เพ็ญจันทร์ และคณะ, 2558)

**Table 1** Normal range of anthropometric assessment (measurement of the size, proportions of the human body)

| | Normal range |
|---|---|
| Body mass index [BMI ($kg/m^2$)] | 18.5-22.9 (normal) |
| Waist circumference | Men 90 cm, women 80 cm ( if more than normal range increased risk of metabolic complication) |
| Waist/ hip ratio | Men> 0.90 cm, women> 0.85 cm (if more than normal range increased risk of metabolic complication) |

Table 2 Co-morbidity risk associated with different levels of BMI and suggested waist circumference in adult Asians (World Health Organization Western Pacific Region, 2000)

| Classification | Body mass index (kg/m$^2$) | Risk of co-morbidity |
|---|---|---|
| | | Waist circumference |
| | | < 90 cm (men) |
| | | < 80 cm (women) |
| Underweight | < 18.5 | Low (but increased risk of other clinical problem) |
| Normal range | 18.5-22.9 | Average |
| Overweight | 23 | |
| At risk | 23-24.9 | Increased |
| Obese I | 25-29.9 | Moderate |
| Obese II | 30 | Severe |

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

แบบสอบถามในส่วนที่ 3 ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างจากการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องผ่านการพิจารณาความถูกต้องเที่ยงตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คือ เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ เภสัชกรประจำโรงพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อรัง และเภสัชกรชุมชนที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุ และคำนวณค่าความเที่ยงตรง (validity) เชิงเนื้อหาโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ได้ค่าความเที่ยง (CVI) และค่าความเชื่อมั่น (reliability)เท่ากับ 0.815 โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ในการหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยค่าความเที่ยงด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) (Cronbach, 1970) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.720

**วิธีการเก็บข้อมูล**

1. ผู้วิจัยเตรียมแบบทดสอบและแบบสอบถามโดยนำแบบสอบถามส่วนที่ 3 ไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน เพื่อนำไปหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

2. คณะวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานกระบวนการดำเนินงานวิจัย ให้ความรู้ด้านโภชนบำบัดในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ฝึกอบรมทักษะการสัมภาษณ์ และการบันทึกข้อมูลภาคสนาม

3. ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่เทศบาลนครรังสิตเพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ทำการนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ ซึ่งเป็นวันที่มีการจัดกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุเป็นปกติอยู่แล้ว

4. ชี้แจงวัตถุประสงค์ให้กลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลที่เป็นจริงทั้งการตอบแบบสอบถาม และการทำแบบทดสอบ จากนั้นจึงดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง

5. นำแบบทดสอบ และแบบสอบถามที่ได้ตรวจสอบความถูกต้อง และสมบูรณ์บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูปด้วยคอมพิวเตอร์ จึงดำเนินการวิเคราะห์ทางสถิติ

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และลักษณะกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ

2. วิเคราะห์คะแนนแบบทดสอบ ข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุ โดยค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุดและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

## ผลการศึกษาและอภิปรายผล

### 1. ข้อมูลทั่วไป และการประเมินสัดส่วนร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจะสามารถแสดงรายละเอียดได้ ดังตารางที่ 3 นอกจากนี้ โรคประจำตัวที่พบและเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอัตราร้อยละสูงที่สุด คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 40 และโรคหอบหืด (6.7%) มะเร็ง (6.7%) ปวดเข่า (6.7%) ต่อมลูกหมากโต (1.7%) ตามลำดับ สำหรับการประเมินสัดส่วนร่างกาย พบว่า ค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง คือ 25 kg/$m^2$ เพศหญิงมีค่าดัชนีมวลกายสูงกว่าเพศชายไม่มากนัก ซึ่งสอดคล้องกับการรายงานของ WHO (2008) ที่รายงานว่าประชากรไทยมีค่าดัชนีมวลกายเพิ่มสูงขึ้นจาก 23.8kg/$m^2$ ในปี ค.ศ. 2010 เป็น 24.1 kg/$m^2$ ในปี ค.ศ. 2014 เพศหญิง (23.6 kg/$m^2$) มีค่าดัชนีมวลกายสูงกว่าเพศชาย (24.6 kg/$m^2$) ซึ่งค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักตัวเกินแต่ยังไม่เป็นโรคอ้วนทั้งชายและหญิง (ค่าปกติของคนเอเชีย: 18.5-22.9 kg/$m^2$) เส้นรอบเอวเพศชายและเพศหญิง 88.36 cm, 85.40 cm ตามลำดับ เมื่อพิจารณาค่าดัชนีมวลกายร่วมกับเส้นรอบเอวที่ชี้วัดความเสี่ยงในการเกิดโรคทางเมตาบอลิก พบว่า เพศหญิงมีค่ามากกว่า 80 cm มีความเสี่ยงโรคอ้วนและเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการทางเมตาบอลิกสูง สำหรับเส้นรอบเอวต่อเส้นรอบสะโพกของเพศชายและเพศหญิงอยู่ที่ 0.93 และ 0.88 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4 ซึ่งสูงกว่าค่าปกติเล็กน้อย จากการประเมินสัดส่วนร่างกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาน้ำหนักตัวเกินและเริ่มมีปัญหาอ้วนลงพุงเป็นปัญหาที่สอดคล้องกับประชากรไทยและประชากรทั่วโลก ซึ่งปัญหาดังกล่าวเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญในการทำให้เกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจในอนาคตได้ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549)

### 2. คะแนนแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโภชนบำบัดในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ผลการทำแบบทดสอบจำนวน 10 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคไม่เรื้อรังต่าง ๆ ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ตัวอักษรตัวใหญ่ และในคนที่ไม่สามารถอ่านเองได้ (อ่านหนังสือไม่ออก มองไม่เห็น) จะมีนักศึกษาช่วยอ่านให้ฟัง (ภาพที่ 1) พบว่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 9 คะแนน (9±4) จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน ซึ่งคะแนนอยู่ในระดับที่สูงมากแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะจบประถมศึกษาแต่มีความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการเป็นอย่างดี

**Table 3** Characteristics of samples

| | Number (%) |
|---|---|
| Number of samples | |
| Men | 11 (18.33) |
| Women | 49 (81.67) |
| Age (year) | |
| < 60 | 22 (36.66) |
| ≥ 60 | 38 (63.34) |
| Education (level) | |
| None | 14 (23.33) |
| Primary school | 28 (46.67) |
| Diploma | 13 (21.67) |
| Bachelor | 5 (8.33) |
| History of food allergy | |
| None | 58 (96.76) |
| Food allergy | 2 (3.34) |
| History of drug allergy | |
| None | 49 (81.66) |
| Drug allergy | 11 (18.34) |

**Table 4** Anthropometric assessment of sample size (measurement of the size and proportions of the human body)

| | Average ± SD, (min- max) |
|---|---|
| Body mass index [BMI ($kg/m^2$)] | |
| Men | 24.37±2.80 (20.08-29.67) |
| Women | 25.09±4.05 (17.36-35.07) |
| Total | 25.00±3.84 (17.40-35.70) |
| Waist circumference (cm.) | |
| Men | 88.36±6.05 (78.00-101.00) |
| Women | 85.40±8.91 (65.00-107.00) |
| Total | 85.94±8.50 (65.00-107.00) |
| Waist/ hip ratio | |
| Men | 0.93±0.06 (0.82-1.03) |
| Women | 0.88±0.11 (0.71-1.55) |
| Total | 0.89±0.107 (0.71-1.50) |

ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวิไลวรรณ และคณะ (2554) ที่ได้ศึกษา เรื่อง ประสิทธิผลของกระบวนการจัดการความรู้ต่อความรู้และการจัดการปัญหาความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ รายงานว่ากระบวนการจัดการความรู้ที่มีประสิทธิผลนั้นจะส่งผลดีต่อการจัดการปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งในด้านความรู้และพฤติกรรมการจัดการปัญหาความดันโลหิตสูง โดยผู้สูงอายุในโครงการส่งเสริมสุขภาพจะมีการออกกำลังกายอย่างถูกต้องตามหลักการ รับประทานอาหารไม่หวาน ไม่มัน และไม่เค็มจัด รับประทานผักผลไม้ ควบคุมอารมณ์ จิตใจ อยู่ในสิ่งแวดล้อมและอากาศที่ดี นอกจากนี้จากผลการศึกษาของสมใจ และคณะ (2559) รายงานว่าในกลุ่มตัวอย่างอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่มีความเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงผู้ที่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรค และการรักษาอยู่ในระดับสูง จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูงเช่นกัน ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรดำเนินการเชิงรุกในการให้ความรู้ในการดูแลตนเองควบคู่กับการพัฒนาผู้สูงอายุให้เป็นชุมชนนักปฏิบัติที่มีการจัดกิจกรรมต่อเนื่องสม่ำเสมอ

**Figure 1** Student help and support volunteer to do the questionnaire and test

**3. พฤติกรรมการบริโภคอาหารและลักษณะกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง**

**3.1 พฤติกรรมไม่เสี่ยงของกลุ่มตัวอย่าง**

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำอาหารรับประทานเองที่บ้าน (76.67%) มื้ออาหารที่รับประทานในปริมาณมากที่สุด คือ มื้อเช้าและมื้อกลางวัน ร้อยละ 63.3 และ 21.7 ตามลำดับ ชอบรับประทานอาหารในรสชาติที่หลากหลาย แต่ที่ชอบเป็นส่วนใหญ่ คือ รสจืด (51.7%) รับประทานผักผลไม้ทุกวัน (61.7%) ประชากรส่วนใหญ่นิยมรสจืด (36.8%) รองลงมา คือ รสเผ็ด รสเค็ม รสหวาน และรสเปรี้ยวตามลำดับ และประชากรไทยร้อยละ 58.0 รับประทานผักผลไม้ทุกวัน ไม่นิยมดื่มชา แต่นิยมดื่มกาแฟร้อยละ 56.7 (วันละ 1.6 แก้ว) และมีจำนวนมากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่บริโภคอาหารในกลุ่มขนมสำหรับกินเล่นหรือขนมกรุบกรอบ (60.0%) ไม่บริโภคอาหารจานด่วน (70%) ดังแสดงในตารางที่ 4

Table 4 Food consumption behavior and physical activity of sample group

| Group of food | The frequency of food consumption (days/week) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | none | 1-2 | 3-4 | 5-6 | everyday |
| Meat and meat products (egg, bacon, sausage) | 6 (10) | 22 (36.67) | 11(18.33) | 5 (8.33) | 16 (26.67) |
| High fat food (fired food, curry cooked with coconut milk, cake, donut, cookies) | 20 (33.33) | 35 (58.34) | - | 5 (8.33) | - |
| Snack | 35 (60.00) | 19 (31.67) | 3 (5.00) | - | 2 (3.33) |
| Fast food (pizza, hamburger, sandwich) | 42 (70.00) | 15 (25.00) | 3 (5.00) | - | - |
| Fruits and vegetable | 1 (1.66) | 6 (10.00) | 10 (16.67) | 6 (10.00) | 37 (61.67) |
| Frozen food | 49 (81.67) | 9 (15.00) | 1 (1.66) | - | 1 (1.66) |
| Alcohol | 55 (91.67) | 5 (8.33) | - | - | - |

ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่ได้รายงานการสำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2552 ในเรื่อง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร จากประชากรไทยจำนวน 67,700 คน ในทุกจังหวัดทั่วประเทศ พบว่าประชากรวัย 60 ปีขึ้นไปจะนิยมบริโภคอาหารรสจืดมากขึ้นและรสเผ็ดน้อยลง และบริโภคผัก ผลไม้สดเป็นประจำเกือบทุกวัน และไม่นิยมบริโภคอาหารจานด่วนทางตะวันตกและขนมสำหรับทานเล่น/ขนมกรุบกรอบ(สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552) ไม่บริโภคอาหารกล่องแช่เย็นหรือแช่แข็งสำเร็จรูป (81.7%) และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (91.7%) จากผลการศึกษาพบว่ามีหลายพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างที่สอดคล้องกับการบริโภคอาหารที่ทำให้มีอายุยืนยาวของกลุ่มชาติพันธุ์ไทยวน ในจังหวัดเชียงใหม่ ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป โดยชาวไทยวนที่อายุยืนจะรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ เน้นมื้อเช้าและกลางวัน ไม่นิยมรสหวาน อาหารส่วนใหญ่ไม่ใส่กะทิ และอาหารหลัก คือ น้ำพริกกับผักสดหรือผักนึ่ง สำหรับเนื้อสัตว์ที่รับประทานจะเน้นเนื้อปลาเป็นหลัก และผักจะเป็นผักพื้นบ้านที่ปลูกเองนำมาประกอบอาหาร (ศันสนีย์ และสุวิภา, 2557) ซึ่งมีหลายพฤติกรรมที่สอดคล้องกันแต่อาจแตกต่างจากผู้สูงอายุในชุมชนรังสิตตรงที่ผลิตภัณฑ์ปรุงแต่งรสชาติอาหารเป็นสารสังเคราะห์ และผักที่นำมารับประทานส่วนใหญ่ได้มาจากการซื้อไม่ใช่การปลูกเองในครัวเรือนซึ่งอาจมีการปนเปื้อนสารเคมีในปริมาณสูงเนื่องมาจากพื้นที่ในการปลูกพืชผักบริโภคเองอาจมีจำกัด

### 3.2 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่าส่วนใหญ่บริโภคอาหารในกลุ่มอาหารไขมันสูง (58.4%) และเนื้อสัตว์หรือผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ (36.7%) สัปดาห์ละ 1-2 วันซึ่งถือว่าไม่สูงมากนัก แต่มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 26.7 ที่รับประทานอาหารในกลุ่มเนื้อสัตว์ทุกวัน และมีกลุ่มตัวอย่าง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.7 ที่รับประทานอาหารในกลุ่มแช่แข็งหรือแช่เย็นสำเร็จรูปทุกวัน ซึ่งอาหารสำเร็จรูปนี้อาจจะมีสารปรุงกันเสีย สารปรุงแต่งรสชาติอาหาร (ผงชูรส) และเกลือในปริมาณสูง เกลือเป็นตัวการสำคัญในการทำให้เกิดโรคเรื้อรัง

ต่าง ๆ ได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคความดันโลหิตสูง และจากการสำรวจการบริโภคเกลือแกง (NaCl) ในปี พ.ศ. 2552 พบว่า คนไทยบริโภคอาหารที่ให้โซเดียมสูงถึง 4,352 มิลลิกรัม ซึ่งเกินกว่าปริมาณเกลือแกงที่สามารถบริโภคได้ ถึง 2 เท่า (ปกติปริมาณโซเดียมไม่ควรบริโภคเกินวันละ 2,400 มิลลิกรัม เทียบเท่ากับเกลือ 1 ช้อนชา) ซึ่งความจริงปริมาณโซเดียมที่ชาวไทยได้รับอาจมากกว่า 2 เท่า เนื่องจากคนไทยยังนิยมบริโภคอาหารที่เติม โมโนโซเดียมกลูตาเมท (ผงชูรส) โซเดียมไบคาร์บอเนต (ผงฟู) ซึ่งเป็นเครื่องปรุงรสที่ไม่ได้มีรสเค็มแต่ให้โซเดียม ($Na^+$) ได้นอกเหนือจากเกลือแกงที่เป็นแหล่งให้ปริมาณโซเดียมหลักของคนไทย (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549) ซึ่งสอดคล้องกับคำแนะนำของ WHO (2012) ที่แนะนำให้ผู้ใหญ่ควรลดการบริโภคเกลือให้น้อยกว่าวันละ 1 ช้อนชา เพื่อลดระดับความดันโลหิต ลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และได้แนะนำให้เด็กลดการบริโภคเกลือในปริมาณที่เท่ากันเพื่อทำให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และลักษณะกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการทำงานร้อยละ 40.0 และ 31.6 ไม่ได้ทำงานเลย และใช้เวลาส่วนใหญ่นั่งทำงานเบา ๆ ตามลำดับ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงที่อยู่ในวัยเกษียณแต่อาจมีกิจกรรมหลักในการเลี้ยงดูหลาน

**4. แบบประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจสำหรับประชาชนที่ไม่มีผลเลือด**

จากการวิเคราะห์แบบสอบถามในส่วนของข้อมูลทั่วไป อายุ เพศ สูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง (ตั้งแต่ 140 / 90) เส้นรอบเอว (ชาย □90 ซม. หญิง □ 80 ซม.) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนประเมินเท่ากับ 9 นั่นหมายความว่ากลุ่มตัวอย่างมีโอกาสต่อการเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบในอีก 10 ปี ข้างหน้ามากถึงร้อยละ 3 จัดได้ว่าอยู่ในเกณฑ์ของผู้ที่มีความเสี่ยงในระดับปานกลาง ดังนี้ ผู้ที่มีความเสี่ยงควรออกกำลังกายสม่ำเสมอ ควบคุมอาหารรสหวาน มัน และเค็มจัด งดการสูบบุหรี่ทันที และควรปรึกษาแพทย์เพื่อขอคำแนะนำที่ถูกต้องต่อไป (สุกิจ, 2549) แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาในผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 98 คน พบว่า มีระดับน้ำตาล ระดับไขมันในเลือด และระดับไตรกลีเซอร์ไรด์อยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์มากถึงร้อยละ 50 รวมถึงมีคะแนนการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (อรวรรยา, 2553) ดังนั้น พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต ได้แก่ การรับประทานผักสด ผลไม้สด เป็นประจำ แต่ลดการบริโภคผลิตภัณฑ์จากนมที่มีไขมันอิ่มตัวสูง และเพิ่มการบริโภคอาหารที่อุดมไปด้วยวิตามินบี วิตามินเค แร่ธาตุโครเมียม คอปเปอร์ และซิงค์ บริโภคใยอาหารที่เป็นแบบละลายน้ำวันละ 7 - 13 g ซึ่งพบมากในแอปเปิล ข้าวโพด ลูกพรุนและธัญพืช นอกจากนี้ควรบริโภคเกลือ ไม่เกินวันละ 2,400 มิลลิกรัม ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว รวมถึงการจัดการกับความเครียด พฤติกรรมการออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ครั้งละ 15 - 30 นาที ไม่สูบบุหรี่ และ ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณสูง (Escott-Stump, 2015)

## สรุป

จากผลการวิจัยสามารถสรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการศึกษามีความรู้ ความเข้าใจใน

การลดพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่าง ๆ เป็นอย่างดี โดยยืนยันได้จากพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุกระทำเป็นประจำ คือ ส่วนใหญ่ทำอาหารรับประทานเองที่บ้าน เน้นรับประทานอาหารมื้อเช้า และมื้อกลางวัน มักจะนิยมรับประทานอาหารรสจืด ไม่นิยมดื่มชา รับประทานผักและผลไม้ทุกวัน และมีพฤติกรรมที่ไม่บริโภคอาหารในกลุ่มขนมสำหรับกินเล่นหรือขนมกรุบกรอบเป็นจำนวนมากกว่าครึ่ง อีกทั้งไม่นิยมรับประทานอาหารจานด่วน อาหารกล่องแช่เย็นหรือแช่แข็งสำเร็จรูป และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากเทศบาลนครรังสิตได้จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ “เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกได้ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งทางกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข” (เทศบาลนครรังสิต, 2557) ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกในชมรมจะได้รับการอบรมความรู้ด้านสาธารณสุข ตรวจสุขภาพเป็นประจำอย่างต่อเนื่องและดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม จึงทำให้ผู้สูงอายุในชมรมมีความรู้ความเข้าใจและสามารถนำไปใช้ในชีวิตได้เป็นอย่างดี

## ข้อเสนอแนะ

1. ภาครัฐบาลและประชาชนเองควรช่วยกันวางแผนเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับสังคมผู้สูงอายุในอนาคต
2. ประชาชนเองต้องตระหนักในการใส่ใจสุขภาพ ลดพฤติกรรมเสี่ยง และเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตัวเองได้ถือเป็นปัจจัยสำคัญลำดับแรก
3. ควรมีการขยายผลให้มีระบบส่งเสริมสนับสนุนให้ครอบครัว ชุมชน ท้องถิ่นและเทศบาลอื่น ๆ ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีความใกล้ชิดผู้สูงอายุมากที่สุด ได้เข้ามามีบทบาทในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในระยะยาวต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ดร.จุฑาภรณ์ ขวัญสังข์ ประธานหลักสูตรสุขภาพความงามและสปา วิทยาลัยการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรีที่เป็นสื่อกลางในการติดต่อประสานงาน และขอบพระคุณผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ และบุคลากรของเทศบาลนครรังสิตทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี จึงทำให้งานวิจัยนี้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อสาธารณชนตลอดจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

จักรกฤษณ์ พิญญาพงษ์. 2555. ระเบียบวิธีวิจัยทางสาธารณสุข. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์. อุตรดิตถ์. 288 หน้า.

ณิชารีย์ ใจคำวัง. 2558. พฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากคะยางจังหวัดสุโขทัย. วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต 3(2): 173-184.

เทศบาลนครรังสิต. 2557. สถิติจำนวนประชากรในเขตเทศบาลนครรังสิต จำแนกตามช่วงอายุ. 2557. (ระบบออนไลน์). แหล่งข้อมูล: http://www.rangsit.org/New/index.php/th/2014-11-26-03-57-42/105-2014-11-07-07-57-30?start=8 (3 มีนาคม 2559)

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน ดวงกมล วัตรายุ์ และ กนกพร แจ่มสมบูรณ์. 2558. การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจและการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ. สุขุมวิทการพิมพ์, กรุงเทพฯ. 383 หน้า.

ศันสนีย์ กระจ่างโฉม และสุวิภา จำปาวัลย์. 2557. การบริโภคอาหารที่ทำให้มีอายุยืนยาวของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทยวน ในอำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่. วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต 2(2): 161-170.

วิไลวรรณ ทองเจริญ จันทนา รณฤทธิวิชัย สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี ณัฐสุรางค์ บุญจันทร์ และวรวรรณ วาณิชย์เจริญชัย. 2554. ประสิทธิผลของกระบวนการจัดการความรู้ต่อความรู้และการจัดการปัญหาความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลศาสตร์ 29(2): 103-113.

สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. 2557. การทบทวนวรรณกรรม: สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ครั้งที่ 1). อาร์ต ควอลิไฟท์, นนทบุรี. 66 หน้า.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.2549. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลโภชนบำบัดในโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ. ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, กรุงเทพฯ. 59 หน้า.

สมใจ จางวาง เทพกร พิทยภินัน และนิรชร ชูติพัฒนะ. 2559. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลการสาธารณสุขภาคใต้ 3(1): 111-128.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2552. การสำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2552 (พฤติกรรมการบริโภคอาหาร). (ระบบออนไลน์). แหล่งข้อมูล: http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/survey/healthCare_52.pdf (29 มีนาคม 2559).

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 2558. นโยบายด้านสุขภาพ ปีงบประมาณ 2558. (ระบบออนไลน์). แหล่งข้อมูล: http://203.157.161.4/koratbox/%CB%B9%D1%A7%CA%D7%CD%E1%BC%B958/%E1%BC%B9%C2%D8%B7%B8%C8%D2%CA%B5%C3%EC%CA%D8%A2%C0%D2%BE%20%BB%D5%202558(%E1%A1%E9%E4%A25%BE%C257).pdf (1 มีนาคม 2559).

สุกิจ แย้มวงษ์. 2549. การพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. เครือข่ายวิจัยสุขภาพ มูลนิธิสาธารณสุข , กรุงเทพฯ. 18 หน้า.

อรวรรยา ภูมิศรีแก้ว. 2553. ปัจจัยเสี่ยง และการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง ของโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา 16(2): 34-47.

Cronbach, L. J. 1970. Essentials of Psychological Testing. 4th ed. Harper and Row Publishers, New York. 342 p.

Escott-Stump, S. 1988. Nutrition and Diagnosis-Related Care. 8th ed. Wolters Kluwer, Philadelphia. 1064 p.

WHO. 2008. Waist circumference and waist-hip ratio report(Online). Available: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44583/1/9789241501491_eng.pdf (January 16, 2016)

WHO. 2012. Sodium intake for adults and children. 2012. (Online). Available: http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/sodium_intake/eng.pdf (August 28, 2016).

WHO. 2014. Global status report on non-communicable diseases. 2014. (Online). Available: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf (January 1, 2016).