ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา

โดย

นายพงศธร ศิลาเงิน

วิทยานิพนธ์นี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
วิชาเอกการจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ปีการศึกษา 2560
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา

โดย

นายพงศธร ศิลาเงิน

วิทยานิพนธ์นี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
วิชาเอกการจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ปีการศึกษา 2560

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Ref. code: 25605817035149ZGJ

FACTORS RELATED TO SELF-CARE BEHAVIORS AMONG ELDERLY OF PHAYAO PROVINCE

BY

MR. PONGSATON SILANGIRN

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS
FOR THE DEGREE OF MASTER OF PUBLIC HEALTH
HEALTH PROMOTION MANAGEMENT
FACULTY OF PUBLIC HEALTH
THAMMASAT UNIVERSITY
ACADEMIC YEAR 2017
COPYRIGHT OF THAMMASAT UNIVERSITY

Ref. code: 25605817035149ZGJ

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
คณะสาธารณสุขศาสตร์

วิทยานิพนธ์

ของ

นายพงศธร ศิลาเงิน

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา

ได้รับการตรวจสอบและอนุมัติ ให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

เมื่อ วันที่ 26 ธันวาคม พ.ศ. 2560

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ _____
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เกษร สำเภาทอง)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก _____
(รองศาสตราจารย์ ดร.อดิศักดิ์ สัตย์ธรรม)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม _____
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลภัสรดา หนุ่มคำ)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ _____
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่ง วงศ์วัฒน์)

คณบดี _____
(ดร.ชัยยุทธ ชวลิตนิธิกุล)

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา
ชื่อผู้เขียน	นายพงศธร ศิลาเงิน
ชื่อปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา/คณะ/มหาวิทยาลัย	การจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.อดิศักดิ์ สัตย์ธรรม
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลภัสรดา หนุ่มคำ
ปีการศึกษา	2560

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และศึกษาปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี ที่ได้รับการคัดกรองจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุข จำนวน 238 คน เก็บข้อมูลโดยการใช้แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีค่าความเชื่อมั่น Alpha coefficients ของ Cronbach เท่ากับ 0.74 และ 0.81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์โดยใช้ Chi-square, Pearson product-moment correlation และ Spearman rank correlation coefficient

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 52.5 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ด้านปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ สถานภาพสมรส การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ การมีและการใช้คู่มือการส่งเสริมและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การได้รับแรงสนับสนับสนุนจากบุคคลภายในครอบครัว และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องควรให้การสนับสนุนการเป็นสมาชิก และการเข้าร่วมกิจกรรมของทางชมรมผู้สูงอายุ ร่วมถึงส่งเสริมการใช้คู่มือการส่งเสริมและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง, จังหวัดพะเยา, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

Ref. code: 25605817035149ZGJ

Thesis Title	FACTORS RELATED TO SELF-CARE BEHAVIORS AMONG ELDERLY OF PHAYAO PROVINCE
Author	Mr. Pongsaton Silangirn
Degree	Master of Public Health
Major Field/Faculty/University	Health Promotion Management Faculty of Public Health Thammasat University
Thesis Advisor	Associate Professor Adisak Sattam, Ph.D.
Thesis Co-Advisor	Assist Professor Lapatrada Numkham, Ph.D.
Academic Years	2017

ABSTRACT

This research study was descriptive research with the objectives to study the self-care behaviors of the elderly and examine the relationship between factors of interest and self-care behaviors of the elderly in Phayao province. The samples consist of 238 well elderly screened by human resource for health in the area. The data were collected by using questionnaire researcher developed to be factors related to health care behavior and self-care behaviors. The Cronbach's Alpha coefficient were 0.74 and 0.81 respectively. The data were analyzed by descriptive statistics, percentage, mean, and standard deviation. The relationship between the factors and self-care behaviors was examined by using Chi-square, Pearson product-moment correlation and Spearman rank correlation coefficient.

The results revealed that 52.5 percentage of the elderly exhibited their self-care behaviors at a moderate level. The factors related to self-care behaviors of the elderly with statistically significant (p-value <0.05) were marital status, membership of the elderly club, participation in the activities of elderly club, having and use of elderly health promotion handbook, getting support from family members and receiving of health information. So those involved should support membership, participation in the activities of elderly club and promote the use of elderly health promotion handbook for the elderly to have good health behavior among the elderly.

Key world: Elderly, Self-Care Behaviors, Phayao Province, Factors Related

Ref. code: 25605817035149ZGJ

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร.อดิศักดิ์ สัตย์ธรรม อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ในการทำวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลภัสรดา หนุ่มคำ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมในการทำวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เกษร สำเภาทอง ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำตลอดจน ให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ร่วมทั้งช่วยตรวจสอบวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ จนสำเร็จลุลวงไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่ง วงศ์วัฒน์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะต่างๆ อันเป็นประโยชน์ในศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์เทพนฤมิตร เมธนาวิน ดร.ทวีวรรณ ศรีสุขคำ และคุณรัฐวัฐ ผาแสนเถิน ที่ได้ให้เกียรติเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ในการตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย รวมทั้งนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพะเยา สาธารณสุขอำเภอเมืองพะเยา สาธารณสุขอำเภอภูกามยาว ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นักวิชาการสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตลอดจนผู้สูงอายุทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และมีส่วนช่วยให้การวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งเพื่อนๆ พี่ๆ คณาจารย์ในคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ คณาจารย์ในคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ตลอดจนทุกท่าน ที่ผู้วิจัยไม่ได้เอยนามไว้ ณ โอกาสนี้ ที่มีส่วนช่วยเหลือสนับสนุนและเป็นกำลังใจด้วยดีตลอดมา จึงขอขอบคุณไว้ ณ ที่นี้

นายพงศธร ศิลาเงิน

Ref. code: 25605817035149ZGJ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	(1)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	(2)
กิตติกรรมประกาศ	(3)
สารบัญตาราง	(7)
สารบัญภาพ	(9)
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามการวิจัย	6
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
1.4 สมมติฐานการวิจัย	6
1.5 ขอบเขตการวิจัย	7
1.6 กรอบแนวคิดการวิจัย	7
1.7 นิยามศัพท์ในการศึกษา	9
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	11
2.1.1 แนวคิดทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	11
2.1.2 ความหมายของผู้สูงอายุ	13
2.1.3 การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ	14
2.1.4 ปัญหาด้านต่างๆ ของผู้สูงอายุ	18
2.1.5 ผลกระทบจากกระบวนการสูงอายุ	21
2.2 แนวคิดที่เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ	22

Ref. code: 25605817035149ZGJ

2.2.1 แนวคิดทั่วไปในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ 22
2.2.2 การสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเอง 25
2.2.3 การประเมินผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ 26
2.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ 29
2.4 แนวคิดและทฤษฎี PRECEDE framework 39
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 42

บทที่ 3 วิธีการวิจัย 57

3.1 ลักษณะของสถานที่ ที่ใช้เก็บข้อมูล 57
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 57
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 59
3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 62
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล 62
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล 63
3.7 การพิทักสิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง 64

บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล 65

4.1 ผลการศึกษา 67
4.1.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 67
4.1.2 การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ 69
4.1.3 การศึกษาถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ 78
4.1.4 การวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และปัจจัยโดยรวมตามทฤษฎี กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของผู้สูงอายุ 86
4.2 การอภิปรายผล 96
4.2.1 ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา 96
4.2.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ 98
4.2.3 อภิปรายสมมติฐานที่ 1 100
4.2.4 อภิปรายสมมติฐานที่ 2 103
4.2.5 อภิปรายสมมติฐานที่ 3 103
4.2.6 อภิปรายสมมติฐานที่ 4 105
4.2.7 อภิปรายสมมติฐานที่ 5 106

Ref. code: 25605817035149ZGJ

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ 108

5.1 สรุปผลการวิจัย 108
5.2 ผลการวิจัย 109
5.3 ผลการทดสอบสมมติฐาน 112
5.4 ข้อเสนอในการวิจัยครั้งต่อไป 113
5.5 ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์ 114

รายการอ้างอิง 116

ภาคผนวก 125

ภาคผนวก ก ผลการพิจารณาของคณะอนุกรรมการจริยธรรม การวิจัยในคน มธ. ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ 126
ภาคผนวก ข หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือ 128
ภาคผนวก ค คำสั่งแต่งตั้งอาจารย์ที่ปรึกษา 129
ภาคผนวก ง คำสั่งแต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือ 130
ภาคผนวก จ เอกสารชี้แจง แนะนำข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย 133
ภาคผนวก ฉ หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย 137
ภาคผนวก ช แบบสอบถามการวิจัย 139

ประวัติผู้เขียน 147

Ref. code: 25605817035149ZGJ

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
3.1	จำนวนผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้าน	59
4.1	สัญลักษณ์ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ	66
4.2	จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทั่วไป (N=238)	68
4.3	ปัจจัยนำ (การรับรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง) ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา	69
4.4	จำนวน, ร้อยละ และค่าเฉลี่ย การรับรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา	70
4.5	ปัจจัยเอื้อในภาพรวม ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา	71
4.6	ปัจจัยเอื้อ เรื่อง “การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ” ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา	71
4.7	จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ด้านปัจจัยเอื้อ เรื่อง “การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ” ในจังหวัดพะเยา	72
4.8	ปัจจัยเอื้อ เรื่อง “สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง” ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา	72
4.9	จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ด้านปัจจัยเอื้อ เรื่อง “สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง” ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา	73
4.10	จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ด้านปัจจัยเอื้อ ในหัวข้อ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ และการมีและการใช้คู่มือการดูแลการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา	73
4.11	ปัจจัยเสริมในภาพรวม ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา	74
4.12	ปัจจัยเสริม เรื่อง “แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว” ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา	75
4.13	จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ด้านปัจจัยเสริม เรื่อง “แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว” ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา	75
4.14	ปัจจัยเสริม เรื่อง “แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์” ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา	76
4.15	จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ด้านปัจจัยเสริม ในเรื่อง “แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์” ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา	77
4.16	ปัจจัยเสริม เรื่อง “การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ” ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา	77
4.17	จำนวน, ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ด้านปัจจัยเสริม ในเรื่อง “การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ” ด้านปัจจัยเสริม ในเรื่อง “การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ” ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา	78
4.18	ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา	79

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ตารางที่		หน้า
4.19	ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา	79
4.20	จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา	80
4.21	ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการออกกำลังกายกาย ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา	81
4.22	จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการออกกำลังกาย ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา	81
4.23	ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการจัดการความเครียด ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา	82
4.24	จำนวน, ร้อยละและค่าเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการจัดการความเครียดของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา	82
4.25	ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา	83
4.26	จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา	83
4.27	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา	84
4.28	จำนวน, ร้อยละและค่าเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ด้านการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา	85
4.29	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา	88
4.30	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา	89
4.31	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา	92
4.32	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา	94
4.33	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยโดยรวมตามทฤษฎี กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา	95

Ref. code: 25605817035149ZGJ

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1.1	กรอบแนวคิด : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดพะเยา	8
2.1	การเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของร่างกายมนุษย์ทั้งแนวตั้งและแนวนอน	12

Ref. code: 25605817035149ZGJ

บทที่ 1
บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในศตวรรษนี้การสูงวัยของประชากร เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก เป็นผลมาจาก การที่อัตราการเกิดของประเทศต่างๆ ได้ลดต่ำลง ในขณะที่ผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้น องค์การสหประชาชาติได้ประเมินสถานการณ์ประชากรทั่วโลกที่กำลังมีช่วงชีวิตที่ยืนยาวขึ้น เป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ที่คนส่วนใหญ่มีชีวิตอยู่ในช่วงวัย 60 ปี ซึ่งมีถึง 125 ล้านคน ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 80 ปี โดยร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุทั้งหมด มีเศรษฐานะอยู่ในระดับต่ำ (WHO, 2015) สอดคล้องกับการศึกษาของ Christian Lindmeier ที่กล่าวว่า อายุขัยของประชากรทั่วโลกเพิ่มขึ้น โดยในปี 2020 จำนวนประชากรที่อายุ 60 ปี จะมีจำนวนมากกว่าเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 5 ปี และในปี 2050 ประชากรทั่วโลกที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คาดว่าจะมีรวมกันถึงราว 2,000 ล้านคน ซึ่งร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุเหล่านี้ จะอาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีพื้นฐานรายได้ต่ำ จนไปถึงรายได้ปานกลางของประเทศ (WHO & Lindmeier Christian, 2014) ในภูมิภาคอาเซียนมีจำนวนประชากรทั้งสิ้นประมาณ 606 ล้านคน หรือคิดเป็น 1 ใน 10 ของประชากรโลก หากพิจารณาตามคำนิยามของสังคมสูงวัยด้วยการใช้ร้อยละเป็นตัวชี้วัดแล้ว ด้านโครงสร้างประชากร ในปี พ.ศ. 2556 ประเทศสิงคโปร์ ไทย และเวียดนาม ได้เข้าสู่สังคมสูงวัยแล้ว (สุชาดา ทวีสิทธิ์ และคณะ, 2556) สำหรับประเทศไทย จากผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี 2557 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 14.9 ของประชากรทั้งหมด (กลุ่มสถิติประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) ประกอบกับความก้าวหน้าทางการแพทย์ การสาธารณสุข และเทคโนโลยี เป็นผลทำให้อายุขัยเฉลี่ยของประชากรสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2559 ประชากรไทยเพศหญิง มีอายุขัยเฉลี่ย 78.6 ปี เพศชาย มีอายุขัยเฉลี่ย 71.8 ปี (มหาวิทยาลัยมหิดล, 2559) จากการสำรวจของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา พบว่า ในปี พ.ศ. 2558 จังหวัดพะเยา มีประชากรทั้งสิ้น 375,268 คน เพศชาย 184,030 คน เพศหญิง 191,238 คน ซึ่งมีประชากรสูงวัยประมาณ 79,977 คน มีดัชนีการสูงวัยเท่ากับ 120.0 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) ซึ่งติด 1 ใน 10 ของจังหวัดที่มีดัชนีการสูงวัยสูงสุดของประเทศ

การสำรวจสุขภาวะผู้สูงอายุไทย ปี 2556 พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 2 อยู่ในสภาวะ “ติดเตียง” คืออยู่ในสภาพพิการไม่สามารถช่วยตัวเองได้ และร้อยละ 19 “ติดบ้าน” คือ มีปัญหาการเคลื่อนไหว ไม่สามารถออกจากบ้านได้โดยสะดวก การสำรวจเดียวกันนี้ ยังพบว่าปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่สูงเป็นอันดับแรก คือการเคลื่อนไหวร่างกาย (ร้อยละ 58) รองลงไป ได้แก่ ปัญหาการได้ยินหรือสื่อความหมาย (ร้อยละ 24) ด้านการมองเห็น (ร้อยละ 19) ด้านการเรียนรู้ (ร้อยละ 4) ด้านจิตใจ (ร้อยละ 3) และสติปัญญา (ร้อยละ 2) และการสำรวจสุขภาวะผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ยังพบว่า ร้อยละ 41 ของผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิต ร้อยละ 18 เป็นโรคเบาหวาน และร้อยละ 9 เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2557) สอดคล้องกับรายงานการสำรวจสุขภาวะผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และผู้พิการ

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ที่พบว่า ผู้สูงอายุไทย เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 41) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 18) ข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ 9) เป็นผู้พิการ (ร้อยละ 6) โรคซึมเศร้า (ร้อยละ 1) และผู้ป่วยติดเตียง (ร้อยละ 1) ขณะที่มีเพียงร้อยละ 5 เท่านั้น ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ (สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล และคณะ, 2556) สอดคล้องกับจังหวัดพะเยา จากการที่มีดัชนีการสูงวัยติด 1 ใน 10 ของประเทศ ทำให้มีกระทบต่อสุขภาพ คือแบบแผนการเกิดโรคเรื้อรัง ที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุมากขึ้น เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งจังหวัดพะเยามีอัตราป่วยต่อแสนประชากร ด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือ NCDs (Non-communicable Diseases) เพิ่มขึ้นทุกปี โดยปัญหาสุขภาพที่สำคัญ 3 ลำดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรัง และโรคเบาหวาน ซึ่งยังคงเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือที่เราเรียกกันว่า “โรควิถีชีวิต” (สำนักงานจังหวัดพะเยา, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาของอินทุกานต์ กุลไวย ที่พบว่า ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีโรคภัยไข้เจ็บ ที่เกิดจากความเสื่อมด้านร่างกาย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคข้ออักเสบ (อินทุกานต์ กุลไวย, 2552)

การสูงวัยเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงในตนเองอย่างมาก ทั้งในด้านของร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องของผู้สูงอายุ จึงเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง พฤติกรรมการดูแลตนเอง (Self-Care Behavior) เป็นกิจกรรมการดูแลตนเอง นับตั้งแต่การป้องกันโรคไม่ให้เจ็บป่วย การส่งเสริมสุขภาพให้ร่างกายแข็งแรง การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย และจิตใจภายหลังการเจ็บป่วย (กุลยา ตันติผลาชะ, 2556) ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น ต้องเข้าถึงภาวะพฤฒพลัง (Active Ageing) ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 3 ส่วน คือ การมีสุขภาพที่ดี (Health) การมีส่วนร่วมในสังคม (Participation) และการมีหลักประกันหรือความมั่นคง (Security) การดูแลตนเองเป็นวิธีหนึ่งที่จะพัฒนาเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเอง สอดคล้องกับ Orem ที่ได้กล่าวถึงการดูแลตนเองว่า เป็นการปฏิบัติที่บุคคลริเริ่ม และกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง อีกทั้งการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่มีเป้าหมาย มีระบบระเบียบเป็นขั้นตอน และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสูงสุด ผู้สูงอายุที่รู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง จึงเกิดแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองสูงขึ้น (อินทุกานต์ กุลไวย, 2552)

จากการทบทวนวรรณกรรมด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ออกกำลังกาย รับประทานผักสด/ผลไม้สด และดื่มน้ำวันละ 8 แก้วเป็นประจำ (ร้อยละ 57, 66 และ 64 ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุไม่มีพฤติกรรมการดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ (ร้อยละ 83 และ 84 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาตามเพศพบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติเป็นประจำสูงกว่าเพศชาย คือ การไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ส่วนเพศชาย มีพฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำสูงกว่าเพศหญิง คือ การดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่า รับประทานผักสด/ผลไม้สด และการออกกำลังกาย (สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล และคณะ, 2556) สอดคล้องกับรายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุไทย ปี 2557 ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 32.4 กินผัก และผลไม้เป็นประจำ ร้อยละ 64.9 ดื่มน้ำสะอาดอย่างเพียงพอเป็นประจำ 8 แก้ว หรือมากกว่า ร้อยละ 58.5 สำหรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ

Ref. code: 25605817035149ZGJ

พบเพียงร้อยละ 9.5 และ 2.8 ตามลำดับ และพบเพียงร้อยละ 1.5 ที่ทั้งสูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

สำหรับพฤติกรรมด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม จากการศึกษาของนอรีนี ตะหวา และปวิตร ชัยวิสิทธิ์ ที่ได้ทำการศึกษาการจัดการสภาพแวดล้อม และที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งได้ทำการประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความปลอดภัยทางด้านกายภาพ ด้านสามารถเข้าถึงได้ง่าย ด้านสามารถสร้างแรงกระตุ้นให้ผู้สูงอายุ และด้านดูแลรักษาง่าย พบว่า สภาพแวดล้อมของบ้านที่อยู่ปัจจุบัน มีปัญหาร้อยละ 61.50 เช่น ไม่มีราวบันได อากาศถ่ายเทไม่สะดวก และกลิ่นรบกวนผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นในด้านของความสามารถในการเข้าถึงได้ง่าย อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.25) รองลงมาคือด้านความปลอดภัย อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.19) ด้านดูแลรักษาง่าย อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.09) และด้านสามารถสร้างแรงกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.64) ตามลำดับ การประเมินมาตรฐานขั้นต่ำสำหรับที่อยู่อาศัย และสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ พบว่า ห้องน้ำไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 47.10ห้องนอน ร้อยละ 33.20 และลักษณะที่พักอาศัยไม่เหมาะกับผู้อายุ ร้อยละ 29.90 (นอรีนี ตะหวา และปวิตร ชัยวิสิทธิ์, 2559) สอดคล้องกับการรายงานของนิด้าโพล ที่ได้ร่วมกับ ศูนย์วิจัยสังคมสูงอายุ (Center for Aging Society Research – CASR) สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (นิด้า) พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 72.93 ระบุว่า มีถนนหรือทางเดินที่ผู้สูงอายุหรือผู้พิการเดินไปมาได้อย่างสะดวก ด้านความปลอดภัยในชีวิตในการอยู่อาศัยในละแวกบ้าน พบว่า ร้อยละ 87.53 ระบุว่า รู้สึกว่ามีความปลอดภัย ขณะที่ ร้อยละ 12.47 ระบุว่า ไม่มีความปลอดภัย ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุหรือผู้พิการ พบว่า ร้อยละ 77.07 ระบุว่า มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุหรือผู้พิการ (ศูนย์วิจัยสังคมสูงอายุ, 2560)

นอกจากนี้เมื่อทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุพบว่า มีปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้องหลายๆ ด้านทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุ รายได้ ระดับการศึกษา การรับรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพ ลักษณะครอบครัว และปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ การเป็นสมาชิกและการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ การมีคู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การมีผู้ที่สามารถพึ่งพาได้ การเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข หรือแม้กระทั้งการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลภายในครอบครัว ชุมชน และจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเอง โดยปัจจัยภายในตัวบุคคล ในด้านความแตกต่างของเพศ พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิง มีโอกาสพบพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์มากกว่าเพศชาย 1.5 เท่า และยังพบอีกว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในเพศชาย มีค่า BMI อยู่ในกลุ่มโรคอ้วน คิดเป็นร้อยละ 35 ส่วนเพศหญิงมีค่า BMI อยู่ในกลุ่มระดับปกติ และระดับอ้วนเท่ากัน ด้านผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตทั้งเพศชาย และเพศหญิงส่วนใหญ่มีสัดส่วนค่า BMI อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 33 และ 31 ตามลำดับ (สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล และคณะ, 2556) ในด้านอายุ พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุ โดย ผู้สูงอายุที่อายุต่ำกว่า 70 ปี มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ มากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป (สถิตย์ พงษ์เจตสุพรรณ, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาของสุขเกษม ร่วมสุข ที่ได้ทำการศึกษา

Ref. code: 25605817035149ZGJ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในจังหวัดอำนาจเจริญ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (สุขเกษม ร่วมสุข, 2553) ด้านสถานภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส มีโอกาสพบพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ได้มากกว่าผู้ที่โสด หม้าย หย่า แยก 1.5 เท่า (สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล และคณะ, 2556) และสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (สุขเกษม ร่วมสุข, 2553) ในด้านลักษณะการอาศัยอยู่กับครอบครัว พบว่า ผู้ที่มีสมาชิกในบ้าน 2 คน มีโอกาสพบพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ มากกว่าผู้ที่อยู่ลำพัง 1.4 เท่า (สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล และคณะ, 2556) ด้านรายได้ของผู้สูงอายุ พบว่า รายได้ที่ต่างกัน ส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง แตกต่างกัน (ปฐมาภรณ์ ลาลุน, 2554) ผู้สูงอายุที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และสูงกว่า มีโอกาสพบพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้เรียน 1.7 เท่า (สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล และคณะ, 2556)

ส่วนปัจจัยภายนอกบุคคล ในด้านการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (มนฑิญา กงลา และจรวย กงลา, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาของเนตรดาว จิตโสภากุล ที่พบว่า การเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข ที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปใช้บริการได้อย่างสะดวก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (เนตรดาว จิตโสภากุล, 2557) ในด้านการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลภายในครอบครัว/สังคม พบว่า การสนับสนุนจากสังคมยิ่งมีมาก จะทำให้การดูแลตนเองของผู้สูงอายุดีขึ้น (เสาวนิจ นิจอนันต์ชัย และมาลี สันติถิรศักดิ์, 2553) สอดคล้องกับผลการศึกษาของอินทุกานต์ กุลไวย ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (อินทุกานต์ กุลไวย, 2552) ในด้านการเป็นสมาชิกรมรมผู้สูงอายุ พบว่า การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีความสำคัญ และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ (นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์ และศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์, 2559) สอดคล้องกับการศึกษาของสุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล และคณะ ที่พบว่า ผู้ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีโอกาสพบพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ได้มากกว่าผู้ที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมฯ 1.4 เท่า (สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล และคณะ, 2556)

การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของผู้สูงอายุในประเทศไทยนั้น ได้มีการศึกษาอยู่หลายพื้นที่ ในส่วนของพื้นที่ทางภาคเหนือ เช่น การศึกษาของนิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์ และศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์ ที่ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน จังหวัดพิษณุโลก พบว่าผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ร้อยละ 68.5 มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ร้อยละ 63.3 มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง โดยพฤติกรรมการบริโภค มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\overline{X}$ = 17.94, SD = 3.12) ในขณะที่พฤติกรรมการพักผ่อน มีคะแนนต่ำสุด ($\overline{X}$ = 10.31, SD= 1.90) ทั้งนี้ ในส่วนของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ระดับการศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม การเป็นสมาชิกชมรม และการมีโรคประจำตัว ซึ่งสามารถทำนาย ได้ร้อยละ 31.2 (นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์ และศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์, 2559) และการศึกษาของสถิตย์ พงษ์เจตสุพรรณ ที่ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลท่าตอน

Ref. code: 25605817035149ZGJ

อำเภอแม่อาย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า เพศ และอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (สถิตย์ พงษ์เจตสุพรรณ, 2558) ในส่วนของจังหวัดพะเยาเอง ได้มีการศึกษาของวาริษฐา พวงมะลิ ที่ได้ทำการศึกษาการพัฒนาบทบาทของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้านการจัดการความเครียดก่อน และหลังการทำกิจกรรมการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ การอบรมให้ความรู้ การฝึกออกกำลังกาย และการอบรมธรรมมะมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วาริษฐา พวงมะลิ, 2557) และการศึกษาของจีรวรรณ ยศแผ่น ที่ได้ทำการศึกษาบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลบ้านสาง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา พบว่า เพศ อายุ สถานภาพ รายได้ ระดับการศึกษา และอาชีพมีความสัมพันธ์กับบทบาทของครอบครัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ และด้านการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญ (จีรวรรณ ยศแผ่น, 2557) และการศึกษาของมนตรี วิลาชัย ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสุขของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลห้วยแก้ว อำเภอภูกามยาว จังหวัดพะเยา พบว่า อาชีพ มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุ และสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุ (มนตรี วิลาชัย และ ศิริพร สุขศรี, 2556) แต่อย่างไรก็ดี การศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในภาพรวมของจังหวัดพะเยา ที่เป็นจังหวัดติดอันดับ 1 ใน 10 ซึ่งมีดัชนีการสูงวัยสูงสุด 10 อันดับแรก (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2557) ยังไม่ปรากฏชัดเจนในเรื่องของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ มีเพียงแต่การศึกษากลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ การพัฒนาโปรแกรมในการจัดการผู้สูงอายุ การศึกษาเฉพาะพื้นที่ และการศึกษาเพียงแค่กลุ่มชมรมผู้สูงอายุ แต่ยังขาดการศึกษาถึงภาพรวมของจังหวัด ในเรื่องของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อีกทั้งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ ซึ่งยังไม่มีใครได้ทำการศึกษา ประกอบกับการอัตราการป่วยของประชาชนชาวจังหวัดพะเยา เช่น โรคระบบไหลเวียนโลหิต ซึ่งมีอัตราป่วย 65,837 ต่อประชากรแสนคน โรคระบบกล้ามเนื้อมีอัตราป่วย 63,891 ต่อประชากรแสนคน โรคระบบทางเดินหายใจ มีอัตราป่วย 55,874 ต่อประชากรแสนคน โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตะบอลิซึม มีอัตราป่วย 47,810 ต่อประชากรแสนคน (สำนักงานจังหวัดพะเยา, 2558) ซึ่งสาเหตุการเจ็บป่วยด้วยโรคส่วนใหญ่นั้น มาจากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้วยเหตุนี้ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจ ที่จะทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดังกล่าว

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมีทั้งปัจจัยภายในบุคคล และปัจจัยภายนอกบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎี PRECEDE Model ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้นำทฤษฎีดังกล่าวมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งใน Model นี้ได้แบ่งกลุ่มขององค์ประกอบออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) และปัจจัยเสริม (Reinforcingfactors) โดยมีผลการศึกษาที่พบว่าตัวแปรในกลุ่มปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ มีความสัมพันธ์กันในระดับมาก (R=.75) ซึ่งตัวแปรทั้ง 3 กลุ่มนี้ สามารถอธิบาย

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ตนเองของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 56 และมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ 0.24 (ธีระชัย พรหมคุณ และคณะ, 2557)

จากข้อมูลสนับสนุนข้างต้นทำให้มองเห็นได้ชัดเจนถึงปัญหา และการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมของผู้สูงอายุ ทางผู้วิจัยจึงมีความประสงค์ที่จะศึกษาวิจัย เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ทั้งด้านปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกบุคคล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา และใช้เป็นข้อเสนอเชิงนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน เพราะชีวิตที่มีสุขภาพที่ดีเป็นชีวิตที่ปรารถนาของคนทุกคน

1.2 คำถามการวิจัย

1.2.1 ผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างไร

1.2.2 ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และปัจจัยโดยรวมตามทฤษฎี ของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยาเป็นอย่างไร

1.2.3 ปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.3.1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

1.3.2 เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ โรคประจำตัว ลักษณะครอบครัว) ปัจจัยนำ (การรับรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ) ปัจจัยเอื้อ (การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม และการมีและการใช้คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ) ปัจจัยเสริม (แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ) และปัจจัยโดยรวมตามทฤษฎีของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา

1.3.3 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุ

1.4 สมมติฐานการวิจัย

1.4.1 ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ โรคประจำตัว ลักษณะครอบครัว) ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

1.4.2 ปัจจัยนำ (การรับรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ) มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

1.4.3 ปัจจัยเอื้อ (การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม และการมีและการใช้คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

Ref. code: 25605817035149ZGJ

1.4.4 ปัจจัยเสริม (แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

1.4.5 ปัจจัยโดยรวมตามทฤษฎี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของผู้สูงอายุ

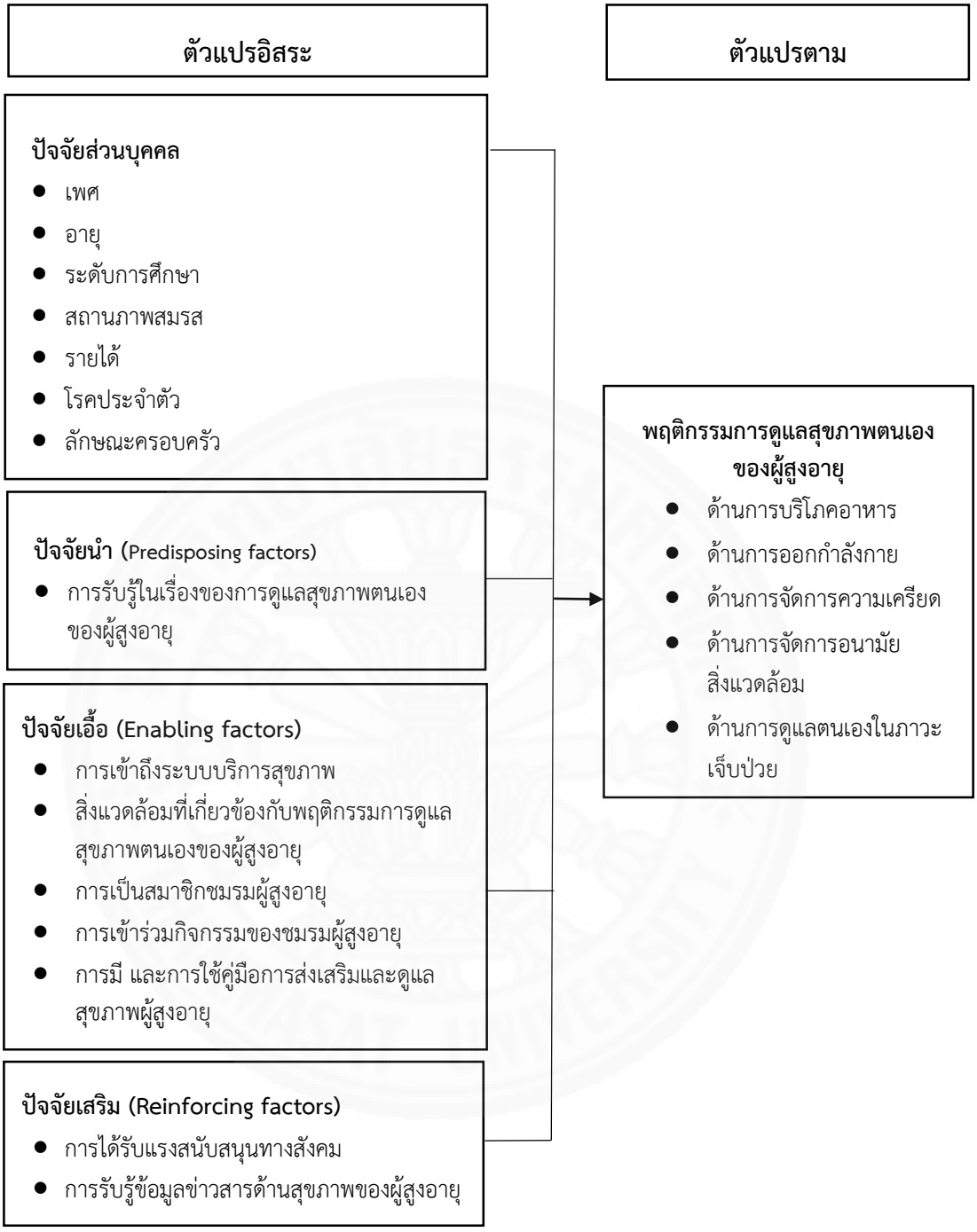
1.5 ขอบเขตการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้มีขอบเขตด้านเนื้อหา โดยมุ่งเน้นศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุ โดยศึกษาในช่วงระยะเวลาตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2560 ถึงเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2560

1.6 กรอบแนวคิดการวิจัย

ทางผู้วิจัยได้ศึกษา ทฤษฎี แนวคิด ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ ที่นำมาใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยโดยใช้แนวคิด PRECEDE Model (Predisposing reinforcing and enabling constructs in education diagnosis and evaluation model) ซึ่งพัฒนา โดย Green and Krueter ในปี 1991 (สุรีย์พันธุ์ วรพงศธร, 2558) มาใช้เป็นแนวทาง ในการกำหนดตัวแปร โดยเป็นการวิเคราะห์ย้อนกลับ โดยเริ่มจาก outcome ที่ต้องการหรืออีกนัยหนึ่ง คือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ แล้วพิจารณาถึงสาเหตุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะสาเหตุที่เนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคล คือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยแบ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไว้ 3 ประการ ได้แก่ ปัจจัยนำ คือ เป็นลักษณะที่ติดตัวกับบุคคลเหล่านั้นมาก่อนแล้ว ปัจจัยเอื้อ คือ ลักษณะของสิ่งแวดล้อม ทั้งด้านกายภาพ และสังคมวัฒนธรรม ทักษะส่วนบุคคล หรือทรัพยากรที่จะช่วยเกื้อกูลให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และปัจจัยเสริมคือรางวัลหรือผลตอบแทนหรือการได้รับการลงโทษ ภายหลังที่ได้แสดงพฤติกรรมต่างๆออกมา ซึ่งจะช่วยให้เกิดความมั่นคงของการเกิดพฤติกรรม การเสริมแรงจะได้รับจากครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อเป็นฐานคิดรองรับการวิจัยดังนี้

Ref. code: 25605817035149ZGJ



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิด : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดพะเยา

Ref. code: 25605817035149ZGJ

1.7 นิยามศัพท์ในการศึกษา

1.7.1 ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุตั้งแต่หกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย

1.7.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

1.7.2.1 ด้านการบริโภคอาหาร หมายถึง การปฏิบัติในการดูแลตนเองเพื่อให้ได้รับอาหารครบ 5 หมู่ อย่างน้อยวันละ 3 มื้อ รับประทานน้ำในปริมาณที่พอเหมาะ อย่างน้อย 6- 8 แก้ว หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่ให้โทษต่อร่างกาย รวมถึงการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่

1.7.2.2 ด้านการออกกำลังกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกาย อาทิ การเดิน การปั่นจักรยาน อย่างน้อยวันละ 20-30 นาที และรู้ถึงหลักการ การออกกำลังกายให้เหมาะสมกับวัย

1.7.2.3 ด้านการจัดการความเครียด หมายถึง การเป็นคนที่มีอารมณ์ดี ร่าเริง แจ่มใส มองโลกในแง่ดีอยู่เสมอ มีกระบวนการ/วิธีการในการจัดการความเครียดที่เหมาะสม ทั้งการฝึกฝนปรับตนให้ยอมรับความจริงได้ การยึดหลักสายกลางที่เหมาะสม การปลงตก การให้อภัย การฝึกสมาธิ

1.7.2.4 ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม หมายถึง สิ่งรอบตัวผู้สูงอายุ ที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี รวมถึงความปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุ หรือบริการสาธารณะอื่นๆ การจัดการที่พักอาศัย ความปลอดภัยทางกายภาพ และสามารถเข้าถึงได้ง่าย

1.7.2.5 ด้านการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย หมายถึง การดูแลสุขภาพตนเองด้วยตัวของผู้สูงอายุเองในทางร่างกายและจิตใจ และการตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อเป็นการส่งเสริมให้มีสุขภาพแข็งแรง ป้องกันการเป็นโรค หรือวินิจฉัยโรคได้แต่เนิ่นๆ รวมถึง ได้เข้ารับการบรรเทาอาการผิดปกติทั้งทางร่างกาย และจิตใจจากบุคลากรทางการแพทย์ในกรณีที่ความเจ็บป่วยนั้นเกินความสามารถของตนเองที่จะทำการรักษา

1.7.3 เพศ หมายถึง ลักษณะที่บ่งบอกถึงความเป็นเพศของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา

1.7.4 อายุ หมายถึง อายุเต็มปีนับถึงวันเก็บข้อมูลของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา

1.7.5 ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา

1.7.6 สถานภาพสมรส แบ่งเป็น สถานภาพสมรสคู่ และสถานภาพสมรสเดี่ยว

1.7.6.1 สถานภาพสมรสคู่ หมายถึง ผู้สูงอายุที่ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับสามีหรือภรรยา

1.7.6.2 สถานภาพสมรสเดี่ยว หมายถึง ผู้สูงอายุที่ใช้ชีวิตอยู่เพียงคนเดียวโดยไม่มีสามีหรือภรรยา คือโสด หม้าย หย่า แยก

1.7.7 รายได้ หมายถึง รายได้ปัจจุบันของผู้สูงอายุต่อเดือน ซึ่งอาจได้รับจาก บุตร-หลาน ญาติ เงินบำนาญ เบี้ยยังชีพ หรือการประกอบการ

1.7.8 โรคประจำตัว หมายถึง โรคที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่แล้ว อาทิ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคอ้วนซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์

1.7.9 ลักษณะของครอบครัว หมายถึง ครอบครัวที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ร่วมด้วย ซึ่งแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

Ref. code: 25605817035149ZGJ

1.7.9.1 ครอบครัวเดี่ยว หมายถึง ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว หรืออาศัยอยู่กับคู่สมรสผู้สูงอายุอยู่ร่วมกับบุตรหรือหลาน ผู้สูงอายุอยู่ร่วมกับคู่สมรสและบุตร ผู้สูงอายุอยู่ร่วมกับญาติที่ไม่มีครอบครัว)

1.7.9.2 ครอบครัวขยาย หมายถึง การอยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่ประกอบไปด้วยผู้สูงอายุหรือคู่สมรส และครอบครัวของบุตรหลาน ญาติพี่น้องอยู่ร่วมกัน

1.7.10 การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ หมายถึง การเข้าร่วมเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ ที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ และการมีส่วนรวมในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ

1.7.11 การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม หมายถึง การเข้าร่วมกิจกรรมที่ทางชมรมผู้สูงอายุในขังหวัดพะเยาจัดขึ้น เพื่อการส่งเสริม/ป้องกันสุขภาพ

1.7.12 การรับรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ หมายถึง ความเข้าใจในเรื่องของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี ซึ่งอาจจะรวมไปถึงความสามารถในการนำพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ ร่วมถึงการได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพตนเอง

1.7.13 การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ หมายถึง หมายถึง การบริการสาธารณสุขที่มีอย่างพอเพียง เข้าถึงได้อย่างเป็นธรรม มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ เป็นระบบที่มีบริการตั้งแต่การดูแลรักษาตัวเอง การดูแลในระดับครอบครัว การดูแลในระดับชุมชน บริการระดับปฐมภูมิ บริการระดับทุติยภูมิ บริการระดับตติยภูมิ การบริการเฉพาะสาขาหรือเฉพาะทาง และการบริการฉุกเฉินทางการแพทย์

1.7.14 สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ หมายถึง สภาพสิ่งแวดล้อมรอบตัวของผู้สูงอายุ ที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพตนเอง

1.7.15 การมี และการใช้คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การได้รับคู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และมีการบันทึกข้อมูลสุขภาพ การประเมินพฤติกรรมสุขภาพและสภาวะสุขภาพ

1.7.16 แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ การช่วยเหลือเกื้อกูลกันระหว่างบุคคลภายในครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ และด้านการเรียนรู้ ตลอดจนการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ในด้านการส่งเสริม และการป้องกันสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมที่บุคลากรทางการแพทย์จัดขึ้นเพื่อผู้สูงอายุ ร่วมถึงการเสริมแรงเพื่อให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี

1.7.18 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ หมายถึง กระบวนการที่ผู้สูงอายุ เปิดรับต่อข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากบุคคล และสื่อต่างๆ

Ref. code: 25605817035149ZGJ

บทที่ 2
วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา โดยผู้ศึกษาวิจัยได้ศึกษาตำรา เอกสาร และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในหัวข้อต่อไปนี้

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
- **2.1.1** แนวคิดทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
- **2.1.2** ความหมายของผู้สูงอายุ
- **2.1.3** การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ
- **2.1.4** ปัญหาด้านต่างๆของผู้สูงอายุ
- **2.1.5** ผลกระทบจากกระบวนการสูงอายุ

2.2 แนวคิดที่เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
- **2.2.1** แนวคิดทั่วไปในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
- **2.2.2** การสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเอง
- **2.2.3** การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

2.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

2.4 แนวคิดและทฤษฎี PRECEDE Framework

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

2.1.1 แนวคิดทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

นักพฤฒาวิทยา (Gerontologists) ได้พิจารณาความสูงวัยไว้ 4 ลักษณะ (จุฑามณี สมบูรณ์สิทธ์, 2547) ดังนี้

(1) ดูจากจำนวนปีหรืออายุที่ปรากฏตามปฏิทิน เช่น ที่ประชุมสมัชชาโลกเกี่ยวกับผู้สูงวัย โดยองค์การสหประชาชาติ ในปี พ.ศ. 2525 ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ได้ให้ความหมายว่า ผู้สูงวัยคือ บุคคลทั้งเพศชาย และเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

(2) ความสูงวัยที่เกิดขึ้นจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Physiology Aging) เช่น ผมหงอก หนังเหี่ยวย่น ตกกระ สายตายาว ศีรษะล้าน เป็นต้น

(3) ความสูงวัยจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (Psychological Aging) เช่น ซึมเศร้า จู้จี้ขี้บน น้อยใจ กลัวการถูกทอดทิ้ง รวมไปถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางสติปัญญา เช่น ความจำ การรับรู้ และการเรียนรู้เริ่มถดถอย

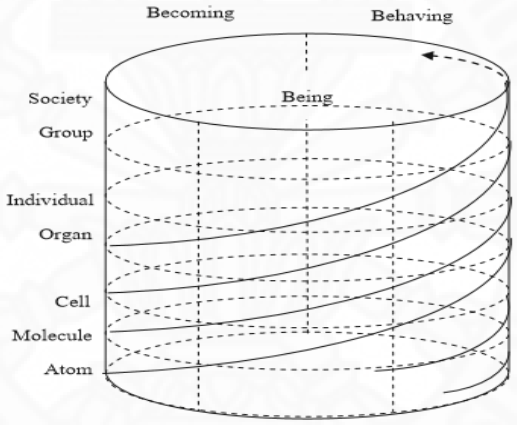
(4) ความสูงวัยทางสังคม (Social Aging) ความสูงวัยในลักษณะนี้ ดูได้จากบทบาทหน้าที่ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น การเพิ่มหรือลดน้อยลงกับการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลกลุ่มอื่นๆ

Ref. code: 25605817035149ZGJ

รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของสถานภาพทางสังคม (Social Position) เช่น มีการเปลี่ยนสถานะจากการเป็นแม่มาสู่การเป็นย่าหรือยาย

กระบวนการสูงวัยของแต่ละบุคคล เกิดจากปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก ความรู้จากศาสตร์เพียงสาขาใดสาขาหนึ่งไม่สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุได้อย่างสมบูรณ์ (ประนอม โอทกานนท์, 2554) กระบวนการสูงอายุเป็นกระบวนการที่เชื่องโยงสัมพันธ์กันทั้งในแนวตั้งและแนวนอน (Gerard, 1995) ในแนวตั้งให้พิจารณาว่าร่างกายของบุคคลมีองค์ประกอบนับตั้งแต่โมเลกุล เซลล์ อวัยวะ บุคคล กลุ่มบุคคล และสังคม ส่วนแนวนอนให้พิจารณาว่าบุคคลมีคุณลักษณะที่เชื่อมโยงกัน คือ เริ่มจาก

(1) ความเป็นอยู่ (being) หมายความถึง โครงสร้าง กายวิภาค และปฏิกิริยาเคมี
(2) แสดงพฤติกรรม (behaving) หมายความถึง การทำหน้าที่ของโครงสร้าง แสดงออกโดยพฤติกรรม
(3) การกลายมาเป็น (becoming) หมายความถึง พัฒนาการ และกระบวนการเติบโตของมนุษย์



ภาพที่ 2.1 การเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของร่างกายมนุษย์ทั้งแนวตั้ง และแนวนอน (สุทธิพงศ์ บุญผดุง, 2554)

กระบวนการสูงอายุหรือลักษณะทั่วไปของการสูงอายุประกอบด้วย (Birren James & Vern Bengtson, 1998)

(1) เมื่ออายุเพิ่มขึ้นการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีภายในร่างกายก็เพิ่มขึ้น ตัวอย่างเช่น การเปลี่ยนแปลงของต่อมสีในเนื้อเยื่อบางประเภทของร่างกาย
(2) อายุเพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงในลักษณะเสื่อมถอยในภาพร่วมของร่างกายเพิ่มขึ้น
(3) อายุเพิ่มขึ้น ความสามารถในการปรับตัวต่อสภาวะการเปลี่ยนแปลงลดลง

Ref. code: 25605817035149ZGJ

2.1.2 ความหมายของผู้สูงอายุ

สมัชชาว่าด้วยผู้สูงอายุโลกขององค์การสหประชาชาติ ได้กำหนดว่า ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (สกุณา บุญนรากร, 2552)

ผู้สูงอายุ หรือ older person โดยทั่วไปแล้ว หมายถึง บุคคลทั้งเพศชาย และเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป โดยนับตามปีปฏิทิน ซึ่งเป็นข้อตกลงระหว่างประเทศจากการประชุมสมัชชาสุขภาพผู้สูงอายุโลกขององค์การสหประชาชาติเมื่อ พ.ศ. 2525 ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย (บรรลุ ศิริพานิช, 2540) ในการนี้องค์การอนามัยโลกได้ขยายการกำหนดหรือการเรียกผู้สูงอายุในมิติอื่น ว่านอกจากจะหมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีหรือมากกว่า เมื่อนับตามวัยแล้วผู้สูงอายุยังหมายถึง ผู้เกษียณอายุจากการทำงานเมื่อนับตามสภาพเศรษฐกิจ (Retirement age) หรือผู้สูงอายุหมายถึง ผู้ที่สังคมยอมรับว่าสูงอายุจากการกำหนดของสังคมหรือวัฒนธรรมอีกด้วย (บรรลุ ศิริพานิช, 2540)

ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 นั้นได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้ว่า บุคคลที่มีสัญชาติไทยและมีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2547) คำเรียกขานผู้สูงอายุ มีหลายคำ และมีนัยยะกำหนดควบคู่คำไว้ด้วย เช่น การเรียกผู้สูงอายุตามลักษณะกายภาพ หรือลักษณะที่บ่งบอกว่าผู้นั้นแก่ เช่น คนแก่ คนชรา คนเฒ่า (The aged, Ageing, Old man) การเรียกตามอายุปฏิทิน เช่น ผู้สูงอายุ (Elderly, Older persons) เรียกการตามสถานภาพทางสังคม เช่น ผู้ใหญ่ ผู้อาวุโส (Senior citizen) อย่างไรก็ตามวงการนานาชาติได้ตกลงใช้คำว่า Older person ในการประชุมขององค์การสหประชาชาติ (บรรลุ ศิริพานิช, 2540)

บาร์โรว์ และสมิธ (Barrow Georgia M. & Smith Patricia A., 1979) ได้นิยามผู้สูงอายุไว้ว่า ไม่มีการนิยามถึงผู้สูงอายุเป็นเกณฑ์เดียวกัน แต่การที่จะให้ความหมาย หรือคำนิยามว่าผู้ใดนั้นเป็นผู้สูงอายุ จะตั้งอยู่บนพื้นฐานของการวัดอย่างหนึ่ง ต่อไปนี้

(1) การกำหนดตามประเพณี (Tradition)

ในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้มีการกำหนดให้ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ คือ มีการเกษียณอายุจากการทำงานเมื่ออายุ 65 ปี โดยมีข้อจำกัดที่เห็นได้ชัดเจน คือการบังคับให้บุคคลที่มีอายุดังกล่าวต้องเกษียณงาน เกณฑ์ที่เกี่ยวกับอายุตามปฏิทินที่ใช้ตัดสินว่าผู้ใดเป็นผู้สูงอายุเป็นเกณฑ์ที่แคบ จำกัดมากเกินไป และเป็นเกณฑ์ที่สันนิษฐานว่า ทุกๆคนจะมีแนวทางในการเป็นผู้สูงอายุในวิถีทางเดียวกัน (พวกผกา ชื่นแสงเนตร, 2538)

(2) กำหนดตามการทำหน้าที่ของร่างกาย (Body Functioning)

“ความสูงอายุ” เป็นกระบวนการของร่างกายที่กล้ามเนื้อ จะลดความแข็งแรงลง ความยืดหยุ่นของผิวหนัง ระบบการได้ยินจะเสื่อมลง (พวกผกา ชื่นแสงเนตร, 2538)

ผู้สูงอายุที่ใช้เกณฑ์ผู้ที่มีอายุเท่ากับหรือมากว่า 60 ปีขึ้นไป ยังสามารถแบ่งกลุ่มวัยออกได้เป็น 3 กลุ่ม (Living in ageing world) คือ วัยสูงอายุตอนต้น (Young-old) คือ อายุ 60-69 ปี เป็นวัยสูงอายุตอนกลาง (Medium-old) อายุ 70-79 ปี และวัยสูงอายุมาก (Old-old) อายุ 80 ปี หรือมากกว่า (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548) สำหรับผู้สูงอายุที่ตัดสิน การมีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 65 ปีขึ้นไป

Ref. code: 25605817035149ZGJ

การจัดกลุ่มจะเป็นผู้สูงอายุวัยต้น (Early old age, Younger-age) อายุ 65-74 ปี ผู้สูงอายุวัยกลาง (Middle old age, Old age, Old-old หรือ Old-erderly) อายุ 75-84 ปี และผู้สูงอายุวัยปลาย (Late old age, The very old) อายุ 85 ปีขึ้นไป และ Eliopoulos ได้กล่าวว่า ในประเทศที่มีประชากรมีอายุยืนยาวมากยังเรียกผู้ที่มีอายุเกินร้อยปีขึ้นไปว่า Centenaria (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554)

มีการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อการจัดบริการ ตามแนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุ (วรรณภา อรุณแสง, 2553) ดังนี้

(1) ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยตนเองได้ดีหรือกลุ่มติดสังคม (Well elder) เป็นกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ดำเนินชีวิตในสังคมได้โดยอิสระ และมักเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมในด้านสุขภาพ สามารถทำกิจวัตรพื้นฐานประจำวัน (Activity of daily living : ADL) และกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องได้ (Instrumental activity of daily living: IADL) เป็นผู้ที่มีสุขภาพทั่วไปดี ไม่มีโรคเรื้อรัง หรือเป็นเพียงผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือเป็นผู้ที่มีโรคเรื้อรัง 1 - 2 โรค แต่ควบคุมได้ ในด้านสังคม กลุ่มนี้จะเป็นผู้สูงอายุที่สามารถและประสงค์เข้าร่วมกิจกรรมในสังคม

(2) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (Home bound elder) เป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ หรือต้องการความช่วยเหลือบางส่วน มีความจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคม และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้ หรือมีภาวะแทรกซ้อนหลายโรค และมีกลุ่มอาการสำคัญที่มีผลต่อการไปมาได้โดยอิสระในด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ จะมีความจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคมชัดเจน และอาจมีความจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน หรือต่อเนื่องบางประการทำให้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นบ้างบางส่วน เช่น ในการเคลื่อนไหว

(3) ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (Bed bound elder) เป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายและ/หรือการทำกิจวัตรพื้นฐานประจำวันอื่น และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค และมีภาวะแทรกซ้อนภาวะหง่อม/เปราะบาง

กระบวนการสูงอายุ หรือผู้สูงอายุ มีความหมายโดยสรุปคือ การที่บุคคลหนึ่งมีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะมีกระบวนที่เรียกว่า ความเสื่อมหรือความถดถอยทางด้านร่างกายเกิดขึ้น ซึ่งในการเรียกขานหรือการให้คำนิยามนั้น ก็จะขึ้นอยู่กับสถานที่/ประเทศ และกลุ่มบุคคล อาทิ ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้กำหนดให้ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขั้นไป เป็นผู้สูงอายุ ส่วนในประเทศไทยนั้นผู้สูงอายุคือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

2.1.3 การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

2.1.3.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (Biological change)

วัยสูงอายุ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัด ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทางด้านร่างกายมีความเสื่อมลงตามอายุขัย ในด้านจิตใจมีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ขี้หงุดหงิด มีความวิตกกังวล เนื่องจากเริ่มมีความเสื่อมของระบบต่างๆของร่างกาย หรือจากการเจ็บป่วย เมื่ออายุเพิ่มขึ้นการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆก็มีการเปลี่ยนแปลงไป การทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆเริ่มลดลงมีความเสื่อมของเนื้อเยื่อต่างๆในร่างกาย เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ

Ref. code: 25605817035149ZGJ

จะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายซึ่งเกิดจากการเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ทุกระบบ (พรรณธร เจริญกุล, 2555) ดังนี้

(1) ผิวหนัง หลอดเลือดฝอยใต้ผิวหนังจะหนา การซึมผ่านออกซิเจนและอาหารเข้าสู่เซลล์เนื้อเยื่อต่ำ ความแข็งแรงของผิวหนังลดลง แตกง่าย เหี่ยวย่น ผิวหนังขาดการตึงตัว ต่อมเหงื่อทำงานลดลง ขับเหงื่อได้น้อย ทำให้ผิวหนังแห้ง กระด้าง บางครั้งเป็นสาเหตุทำให้เกิดผื่นคัน ทนต่อการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิได้ไม่ดี เกิดความร้อน และหนาวไม่คงที่ นอกจากนี้ไขมันใต้ผิวหนังจะลดลง ที่บริเวณใบหน้าและหลังมือ แต่บริเวณหน้าท้องและต้นขาจะเพิ่มขึ้น บริเวณที่ไขมันลดลงนี้ จะทำให้ผิวหนังได้รับอันตรายได้ง่าย รวมทั้งเกิดแผลกดทับได้ง่าย

(2) ปากและฟัน ผู้สูงอายุทั่วไปจะมีปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร กล่าวคือ ฟันจะหลุด และกล้ามเนื้อในการเคี้ยวมีแรงน้อยลง ตลอดจนกล้ามเนื้อในการกลืนก็เปลี่ยนแปลงด้วย หลายคนต้องใช้ฟันปลอม เนื่องจากต่อมรับรส จะมีจำนวนลดลงประมาณ 2 ใน 3 และส่วนที่เหลือจะฝ่อลีบลง การรับรสทางลิ้นทำหน้าที่น้อยลงไปประมาณ 10-30% ทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกอร่อยในรสอาหารเท่าที่ควร อย่างที่ชาวบ้านเรียกว่า ลิ้นจืด การรับรสหวานจะสูญเสียก่อนรส เปรี้ยว เค็ม ขม จึงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารรสหวานมากยิ่งขึ้น นอกจากนั้น ต่อมน้ำลายจะขับน้ำลายออกน้อย ทำให้ปากแห้ง

(3) ตา เมื่ออายุมากขึ้น เลนส์ตาเสื่อมความสามารถในการปรับระยะภาพ สายตาจะยาว เนื่องจากความยืดหยุ่นของเลนส์ลดลง การปรับกำลังขยายเพื่อดูของใกล้เป็นไปได้ไม่ดี โดยจะพบเมื่ออายุ 40 ปี ขึ้นไป ความดันในลูกตาสูง มีโอกาสเกิดต้อหิน (Glaucoma) ได้ง่าย การผลิตน้ำตาลดลง ทำให้ตาแห้ง และเกิดการระคายเคืองต่อเยื่อบุตาได้ง่าย บางรายอาจพบมีน้ำตามากกว่าปกติ ซึ่งเกิดจากการอุดตันของท่อน้ำตา โดยทั่วไปผู้สูงอายุสามารถแยกสีแดง ส้ม และเหลืองได้ดีกว่าสีน้ำเงิน ม่วง และเขียว การเลือกใช้สีที่เห็นได้ชัดเจนในการตกแต่งบ้านจะสามรถช่วยลดอันตราย เนื่องจากอุบัติเหตุภายในบ้านได้

(4) หู การสูญเสียความสามารถของการได้ยินพบได้ในผู้สูงอายุ อาจกล่าวได้ว่า ประมาณ 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุ ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี จะมีอาการหูตึง และมักจะได้ยินเสียงต่ำๆ ได้ชัดกว่าเสียงพูดธรรมดา การผลิตขี้หูลดลง แต่จะมีการสะสมของขี้หูมากขึ้น หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหูชั้นในเกิดภาวะแข็งตัว ทำเลือดให้มีไปเลี้ยงน้อยลง ผู้สูงอายุจึงมีอาการวิงเวียนศีรษะ เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

(5) ผมและขน อัตราการงอกลดลงในผู้สูงอายุ และเส้นผมมีขนาดเล็กลงด้วย ในผู้หญิงที่มีอายุมากกว่า 65 ปี จะมีขนที่บริเวณริมฝีปาก และคางเพิ่มมากขึ้น ส่วนเส้นผมบริเวณศีรษะลดน้อยลง รวมทั้งขนรักแร้และบริเวณหัวเหน่า สำหรับผู้ชายนั้น ผมบนศีรษะ และเคราลดลง แต่มีขนเพิ่มขึ้นที่บริเวณหู คิ้ว และรูจมูก

(6) ระบบหัวใจและหลอดเลือด เมื่ออายุมากขึ้นหลอดเลือดฝอยในร่างกายส่วนใหญ่จะหนาขึ้น และมีความยืดหยุ่นลดลง ทำให้การซึมผ่านของออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อต่างๆเป็นไปได้น้อยลง นอกจากนี้ยังพบอัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้บ่อย เนื่องจากเส้นเลือดที่หนาขึ้นส่งผลให้ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหัวใจลดลงมีผลต่อการบีบตัวของหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องทำงานเพิ่มมากขึ้น และต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น ทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ขึ้นเล็กน้อย ปกติความดันโลหิตขณะที่กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัว (Systolic) และขณะที่กล้ามเนื้อหัวใจคลายตัว (Diastolic) จะสูงขึ้นตามอายุจนเมื่ออายุ 60 ปี ความดันขณะกล้ามเนื้อหัวใจคลายตัวจะลดลงหรือคงที่ แต่ความดันขณะที่กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวเพิ่มขึ้น

(7) ระบบทางเดินหายใจ เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น หลอดเลือดฝอยในหลอดลมจะหนาและแข็งตัวขึ้น ทำให้ขาดความยืดหยุ่น ส่งผลให้การซึมผ่านและการแลกเปลี่ยนของออกซิเจนในถุงลมปอดไม่ดีจึงเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุมักเหนื่อยหอบได้ง่าย และจะพบการเกิดภาวะถุงลมโป่งพองได้ด้วย

(8) ระบบทางเดินอาหาร พบว่ากระเพาะอาหาร หลั่งกรดลดลงประมาณ 20% ภายหลังอายุ 50 ปี ผู้ชายลดมากกว่าผู้หญิง ทำให้เบื่ออาหาร ท้องอืดได้ง่าย ตับมีความสามารถในการทำลายพิษลดลง ทำให้มีการสะสมและเกิดพิษของยาที่มากไปได้ง่ายในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีการสร้างน้ำดีที่ลดลงทำให้ปริมาณน้ำดีลดลง แต่พบว่าความหนืดของน้ำดีเพิ่มขึ้นตามอายุมีผลทำให้เกิดนิ่วในถุงน้ำดีได้ง่าย มักพบว่าตับอ่อนทำหน้าที่เสื่อมลง ผลิตอินซูลินได้น้อยลง และมีประสิทธิภาพที่ด้อยลง ทำให้การนำน้ำตาลเข้าสู่เนื้อเยื่อต่ำ น้ำตาลในกระแสเลือดที่เข้าสู่เนื้อเยื่อไม่หมดนี้เองจะถูกสะสมเป็นไขมันส่วนหนึ่ง อีกส่วนหนึ่งจะคงอยู่ในกระแสเลือด และมีบางส่วนเท่านั้นที่ถูกขับออก ผู้สูงอายุจึงมีแนวโน้มที่จะเป็นเบาหวานได้ง่ายกว่าวัยหนุ่มสาว

(9) ระบบขับถ่ายปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะมีความจุลดลงประมาณ 50% หรือประมาณ 250 cc ของวัยหนุ่มสาว ในผู้ชายอาจมีปัสสาวะขัด เนื่องจากต่อมลูกหมากโต ผู้หญิงกลั่นปัสสาวะไม่อยู่เนื่องจากกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อน โดยเฉพาะในหญิงที่คลอดบุตรมาแล้วหลายคน

(10) ระบบกระดูกและข้อ กระดูกของผู้สูงอายุเปราะและหักง่าย แม้ว่าจะไม่ได้รับอุบัติเหตุ เนื่องจากอัตราการสลายตัวของเซลล์กระดูกมีมากขึ้นกว่าอัตราการสร้างและกระบวนการสลายตัวของเซลล์กระดูกแต่ละครั้งก็จะมีการปล่อยแคลเซียมจากกระดูกมากขึ้น แคลเซียมที่ถูกปล่อยจากการย่อยสลายเซลล์กระดูกนี้เองจะถูกปล่อยเข้าสู่กระแสเลือด อาจมีแคลเซียมบางส่วนไปเกาะบริเวณกระดูกอ่อนทำให้เกิดกระดูกงอกที่บริเวณต่างๆได้ เช่น ปลายนิ้ว กระดูกชายโครงซึ่งจะทำให้การเคลื่อนไหวของทรวงอกลดลง และมีอาการเจ็บ ถ้าไม่มีการสะสมของแคลเซียมที่กระดูกอ่อน กระแสเลือดจะเป็นตัวพาแคลเซียมเข้าสู่ท่อหน่วยไต ซึ่งประสิทธิภาพการทำงานที่ลดลงทำให้การดูดแคลเซียมกลับสู่ท่อหน่วยไตน้อยลง จึงทำให้มีการสูญเสียแคลเซียมบางส่วนไปกับปัสสาวะ การสูญเสียส่งผลให้แคลเซียมในเลือดต่ำลง ทำให้ผู้สูงอายุมักมีกล้ามเนื้อเป็นตะคริวเนื่องจากเซลล์กล้ามเนื้อที่ขาดแคลเซียมจะมีอาการหดรัดตัว และเกิดการเกร็งของกล้ามเนื้อทำให้เกิดความเจ็บปวดหรือที่เราเรียกว่าเป็นตะคริวขึ้น เนื่องจากมีอัตราการสลายเซลล์กระดูกมีมากขึ้นกว่าอัตราการสร้างนี้เอง จึงพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีความยาวของกระดูกสันหลังลดลง และหมอนรองกระดูกบาง กระดูกสันหลังผุมากขึ้น หลังค่อมและเอียงมากขึ้น ความสูงลดลง 2 นิ้วจากอายุ 20-70 ปี (1.2 ซม. ทุก 20 ปี) ความยาวของกระดูกคงที่ แต่ภายในจะกลวงมากขึ้น

(11) ระบบประสาท ความสามารถในการเรียนรู้และการจำ ในผู้สูงอายุจะลดลงเนื่องจาก ผู้สูงอายุจะมีปัญหาเกี่ยวกับการจำ เมื่ออายุ 70 ปี ขึ้นไป โดยความจำประกอบด้วย

1. ความจำในอดีต คือความจำเรื่องราวในอดีตที่ผ่านมา

Ref. code: 25605817035149ZGJ

2. ความจำในเรื่องปัจจุบัน เป็นความจำในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เรื่องราว ประสบการณ์ หรือข้อมูลที่ได้รับในรอบ 24 ชั่วโมง
3. ความจำเฉพาะหน้า เป็นการจดจำเรื่องที่เกิดขึ้นในทันที ช่วงระยะเวลาอันสั้น (ตัวเลข 5-7 หลัก)

(12) ระบบสืบพันธุ์ ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ คือ ในเพศหญิง น้ำหล่อลื่นช่องคลอดลดลง ทำให้ช่องคลอดเกิดการระคายเคือง และติดเชื้อได้ง่าย ในเพศชาย ลูกอัณฑะมีขนาดเล็กลง ในด้านความสามารถในการสืบพันธุ์ พบว่า เพศหญิงจะหมดความสามารถในการสืบพันธุ์ทันทีที่หมดประจำเดือน แต่ความสามารถทางเพศจะยังคงอยู่ ส่วนในเพศชาย ความสามารถในการสืบพันธุ์มีได้ตลอดอายุขัย โดยที่ความสามารถทางเพศมีได้ทั้งชายและหญิง แต่ความรู้สึกทางเพศอาจแต่ต่างจากวัยอื่นๆ ซึ่งมีสาเหตุมาจากความกลัว ความไม่มั่นใจ วัฒนธรรม ค่านิยมและความเสื่อมของสุขภาพ

2.1.3.2 การเปลี่ยนแปลงด้านพัฒนาการทางจิตในผู้สูงอายุ (Erikon, 1964 อ้างถึงใน วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ได้แบ่งการพัฒนาการทางจิตสังคมในวัยผู้สูงอายุไว้ในขั้นตอนที่ 8 ของทฤษฎีจิตสังคมของอิริสัน คือ ขั้นตอนการบูรณาการกับความสิ้นหวัง (Integrity versus despair) ซึ่งเป็นช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต ถ้าบุคคลผ่านขั้นตอนต่างๆมาด้วยดี จะหันมองอดีตที่เต็มไปด้วยความสำเร็จ มีปรัชญาการดำเนินชีวิตที่ดี ภูมิใจในการถ่ายทอดประสบการณ์ให้กับลูกหลาน มีบุคลิกภาพที่เข็มแข็ง ก่อให้เกิดความมั่นคงทางใจที่เรียกว่า Integrity ในทางตรงกันข้าม ถ้าชีวิตประสบแต่ความล้มเหลว ขมขื่น ผิดหวัง ก็จะเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง เสียดายเวลาที่ผ่านมา ไม่พอใจกับชีวิตในอดีต ไม่ยอมรับสภาพของตนเองรู้สึกไร้ค่าหรือที่เรียกว่า Despair ดังนั้น ในวัยผู้สูงอายุ ต้องมีการยอมรับ ปรับเปลี่ยนทั้งความสำเร็จและความล้มเหลวในอดีตอย่างเข้าใจ รู้จักปล่อยวาง เพื่อให้เกิดความสุขและความสงบในชีวิต

2.1.3.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ

ลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่พบได้ดังนี้ ส่วนใหญ่เกิดจากการปลดเกษียณหรือการออกจากงาน (Retirement) ของผู้สูงอายุ การถูกลดบทบาทลงจากสังคม ซึ่งผลจากการเปลี่ยนแปลงภายหลังปลดเกษียณพบได้ 4 ด้าน (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) คือ

(1) การสูญเสียสถานภาพ และบทบาททางสังคมจากคนที่เคยมีบทบาทและตำแหน่งต่างๆมากมาย เคยเป็นผู้นำ มีคนเคารพนับถือในสังคม ต้องลดบทบาทของตนเองลงเปลี่ยนเป็นสมาชิกคนหนึ่งของสังคมซึ่งมีบทบาทลดลง ทำให้สูญเสียความมั่นคงในชีวิต รู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญในสังคม

(2) สูญเสียการสมาคมกับเพื่อนฝูง เมื่อปลดเกษียณหรือออกจากงาน โอกาสที่ผู้สูงอายุจะสมาคมกับเพื่อนฝูงลดลง เนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกาย โรคประจำตัว นอกจากนั้นปัญหาทางด้านจิตใจและการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ ก็มีส่วนทำให้ผู้สูงอายุสมาคมกับเพื่อนฝูงลดลง

(3) สูญเสียสภาวะทางการเงินที่ดี เนื่องจากขาดรายได้หรือรายได้ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาในด้านการดำรงชีพ เพราะค่าครองชีพที่สูงขึ้น

Ref. code: 25605817035149ZGJ

(4) สูญเสียแบบแผนการดำเนินชีวิต เพราะไม่ต้องออกจากบ้านไปทำงาน ทำให้ขาดความคุ้นเคย และเกิดความรู้สึกอึดอัดใจ

การสูญเสียทั้ง 4 ด้านอาจก่อให้เกิดปัญหา และความทุกข์ใจแก่ผู้สูงอายุได้อย่างมากโดยเฉพาะในรายที่ไม่ยอมรับและไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาวะการเปลี่ยนแปลงหลังปลดเกษียณหรือออกจากงานได้

2.1.3.4 การเปลี่ยนแปลงของสังคมและครอบครัว ปัจจุบันสังคมครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดียวมากขึ้น สภาพทางเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงขัดสนมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างโดดเดี่ยว นอกจากนั้นการจากไปของคู่ครอง ยิ่งทำให้ผู้สูงอายุประสบกับความเหงาค่อนข้างรุนแรง ประกอบกับการที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีความผูกพันกับสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยเดิม ไม่ต้องการเปลี่ยนแปลงหรือบทบาทตนเองจากหัวหน้าครอบครัวไปเป็นสมาชิกส่วนของครอบครัว จึงไม่อยากจากบ้านไปอยู่ร่วมกับครอบครัวของลูกหลาน ทำให้อาจขาดความสนใจและเกื้อกูลต่อกันภายในครอบครัว

2.1.3.5 การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม เนื่องจากสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างรวดเร็ว ความเจริญก้าวหน้ามีมากขึ้น อัตราค่าของชีพที่เพิ่มขึ้น รายได้ของผู้สูงอายุที่ลดลงเมื่อเทียบกับรายจ่าย ลูกหลานเริ่มมีเจตคติต่อผู้สูงอายุเปลี่ยนไป สังคมยอมรับ และให้โอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุลดลง นำไปสู่ปัญหาผู้สูงอายุแยกตัวของจากสังคม

2.1.3.6 การเปลี่ยนแปลงทางด้านวัฒนธรรม ปัจจุบันอาจกล่าวได้ว่าวัฒนธรรมไทยเปลี่ยนแปลงไปเป็นวัฒนธรรมตะวันตกมากขึ้น ขณะที่ผู้สูงอายุยังมีความคิดเห็นคงที่ ยึดมั่นกับความคิด คตินิยมของตนเอง จึงทำให้เกิดการต่อต้านความคิดใหม่ๆ ก่อให้เกิดช่องว่างระหว่างวัยมากขึ้น ผู้สูงอายุในสายตาบุคคลอื่นๆกลายเป็นคนล้าสมัย จู้จี้ขี้บน ทำให้ลูกหลานไม่อยากเลี้ยงดูกลายเป็นส่วนเกินของครอบครัว ผู้สูงอายุจึงแยกตัวเองและเกิดความท้อแท้มากขึ้น

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมมากการการเจริญเติบโต การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆในร่างกายของแต่ละคนจะเกิดขึ้นไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม อาหาร ภาวะสุขภาพ ความเครียด การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพจะดำเนินต่อเนื่องไปอย่างช้าๆ และจะมีผลทำให้เกิดความเสื่อม ตนในที่สุดร่างกายจะไม่สามารถทำงานได้เมื่อสิ้นชีวิตลง ในส่วนการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมและจิตวิญญาณเป็นส่วนหนึ่งที่ผู้สูงอายุต้องปรับตัวและให้การยอมรับการเปลี่ยนแปลงเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

2.1.4 ปัญหาด้านต่างๆของผู้สูงอายุ

เมื่อโลกมีการพัฒนาทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี โดยเฉพาะการแพทย์และการสาธารณสุขที่มีความเจริญก้าวหน้าอย่างมาก ส่งผลต่อประชากรทำให้มีอายุยืนยาวขึ้น ประกอบกับประชาชนใน ยุค Baby Boom สำหรับประเทศไทย ช่วงที่จัดว่าเป็นยุค Baby Boom คือ ปี 2506 ถึงปี 2526 ประชากรที่เกิดในช่วงดังกล่าวมีจำนวนมากกว่า 1 ล้านคนต่อปี (ธนาคารเพื่อการส่งออกและนำเข้าแห่งประเทศไทย, 2549) ทำให้สัดส่วนของผู้สูงอายุมีมากขึ้นตามไปด้วย จากสถานการณ์ของประเทศไทยก็ดำเนินไปเช่นเดียวกับนานาประเทศ กล่าวคือ ได้ดำเนินเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งจากบริบทของสังคมดังกล่าว ทำให้ต้องมีมาตรการในการส่งเสริม ป้องกัน รักษา

Ref. code: 25605817035149ZGJ

และฟื้นฟูผู้สูงอายุ เพื่อการดูแลสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ ป้องกันปัญหาด้านต่างๆที่จะตามมา ทั้งนี้ต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนรวมทั้ง ตัวของผู้สูงอายุเอง เพราะปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุโดยตรง และอาจส่งผลกระทบต่อสังคม และประเทศชาติ ซึ่งจากสถานการณ์ดังกล่าว ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นกับกลุ่มวัยสูงอายุ อาจแบ่งได้ดังนี้

2.1.4.1 ปัญหาด้านสุขภาพกาย

(1) โรคความดันโลหิตสูง คนปกติจะมีความดันโลหิต 120/80-139/89 มิลลิเมตรปรอท หากมีค่าความดันมากกว่านี้จัดว่าเป็นผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ส่วนใหญ่ มักป่วยด้วยโรคนี้กันเป็นอย่างมากในบางประเทศ พบโรคนี้ได้สูงถึง 50% ของผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งโรคนี้ส่วนใหญ่มักไม่มีอาการแสดง แต่บางครั้งจะมีอาการใจสั่น ปวดศีรษะ หน้ามืด ตาพร่า ถ้าไม่รักษาตั้งแต่เบื้องต้นอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น อัมพฤกษ์ ตาบอด ไตวาย หัวใจวาย เป็นต้น (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2556)

(2) โรคเบาหวาน เป็นความผิดปกติของร่างกายที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอ อันส่งผลทำให้ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูง ก่อให้เกิดอาการต่างๆ เช่น ปัสสาวะและกระหายน้ำบ่อย ดื่มน้ำในปริมาณมากต่อครั้ง อ่อนเพลีย น้ำหนักตัวลดโดยไม่มีสาเหตุ และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ เช่น ตาพร่ามัว หรือตาบอด ไตเสื่อม ชาตามปลายมือปลายเท้า และอาจติดเชื้อได้ง่าย ซึ่งส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะพบว่าเป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes) เกิดจากการที่ตับอ่อนยังสามารถสร้างอินซูลินได้แต่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย หรือเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน ผู้ป่วยต้องมีการควบคุมอาหาร การใช้ยาชนิดกินหรือใช้อินซูลินชนิดฉีด (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2557)

(3) ภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium ,Acute Confusional States) เป็นภาวะอันตรายที่พบได้ในผู้สูงอายุสาเหตุเกิดจากโรคหลายโรค ร่วมกับความไม่สมดุลของเมตาบอลิซึม ที่พบมาก ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง มะเร็ง ผลของยา การติดเชื้อ โรคหัวใจและหลอดเลือด อาการจะมีความผิดปกติของการรู้สึกตัว และบกพร่องในด้านสติปัญหาอย่างรวดเร็วแบบเฉียบพลัน มีลักษณะสำคัญคือสมาธิสั้น สนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง ความคิดไม่สัมพันธ์ไม่ต่อเนื่อง การรับรู้ผิดปกติ เช่น หลงผิด หลอนประสาท การเคลื่อนไหวน้อยหรือมากผิดปกติ นอนไม่หลับ ฝันร้าย อารมณ์ผิดปกติ เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า หงุดหงิด ความจำบกพร่อง โดยเฉพาะความจำปัจจุบัน เรียนรู้ช้า สับสนไม่รู้เวลา สถานที่หรือบุคคล บางคนยังมีการตอบสองปกติแต่การตอบสนองไม่สมเหตุสมผล (ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, 2547 อ้างถึงใน สกุณา บุญนรากร, 2552)

(4) กลุ่มอาการสมองเสื่อม (Dementia) เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของสมอง สาเหตุที่พบบ่อยคือโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) ทำให้เกิดความผิดปกติด้านสติปัญญา ความคิดและความจำบกพร่อง ไม่มีความผิดปกติของระดับการรู้สึกตัว หลงลืมทั้งความจำระยะสั้น และระยะยาว ความสามารถในการตัดสินใจบกพร่อง ความผิดปกติดังกล่าวส่งผลให้ไม่สามารถทำงานได้ ก่อให้เกิดผลเสียต่อชีวิตในสังคม และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Davies ,1997 อ้างถึงในลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, 2547)

(5) การหกล้ม (Falls) เป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุ พบว่าร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุที่หกล้มเกิดจากบาดเจ็บ เช่น กระดูกหัก ข้อเคลื่อน และการฉีกขาดของเนื้อเยื่อ

Ref. code: 25605817035149ZGJ

การหกล้มมีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงของสรีระอันเนื่องมาจากความชรา ทำให้เกิดการตอบสนองต่อสิ่งต่างๆช้าลง ตลอดจนความยืดหยุ่นของข้อต่อที่เปลี่ยนแปลง และกำลังของกล้ามเนื้อที่อ่อนแรงลงทำให้โอกาสหกล้มเพิ่มสูงขึ้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล อ้างถึงในประภาพร จินันทุยา, 2545)

(6) การกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (Urinary incontinence) ผู้สูงอายุร้อยละ 20 มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ สาเหตุมาจากกล้ามเนื้อเชิงกรานอ่อนแอ กล้ามเนื้อหูรูดบริเวณปลายท่อปัสสาวะหย่อนตัว และขาดฮอร์โมนเอสโตเจน เป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดความรู้สึกอายแยกตัวจากสังคม

(7) ภาวะที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ (Immobility) เป็นภาวะที่เกิดจากกระบวนการชราร่วมกับการดำเนินของโรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคข้อเสื่อมและกล้ามเนื้ออ่อนแรงร่วมกับโรคระบบประสาท เช่นโรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน เป็นต้น

(8) ปัญหาการรับรู้ความรู้สึก (Sensory impairment) ในผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของตัวรับความรู้สึก และกระบวนการนำส่งข้อมูลเพื่อการแปลผล เซลล์ประสาทรับความรู้สึกลดจำนวนลง เป็นผลให้เกิดความสูญเสีย และเกิดการบกพร่องในการรับความรู้สึก ผู้สูงอายุที่มีการสูญเสียการรับความรู้สึกเพียงชนิดเดียวอาจสามารถปรับตัวได้ง่าย แต่ถ้ามีการสูญเสียความรู้สึกหลายชนิด เช่น การมองเห็นและการได้ยิน ผู้สูงอายุต้องใช้ความพยายามในการปรับสภาพมากขึ้น (ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, 2547)

2.1.4.2 ปัญหาสุขภาพจิตใจ

(1) ความรู้สึกสูญเสีย ทั้งการสูญเสียภายใน (Intrinsic) เช่น ความเสื่อมของร่างกาย ความจำ การรับรู้ การสัมผัสไม่ดี ความคล่องแคล่วลดลง และความรู้สึกจากการสูญเสียภายนอก (Extrinsic) ได้แก่ การตายของคู่สมรส การเกษียณอายุราชการ สูญเสียสถานภาพ การหย่าร้าง การอยู่ตามลำพัง ลูกหลานแยกครอบครัว การสูญเสียจากการย้ายที่อยู่ (สกุณา บุญนรากร, 2552)

(2) ความรู้สึกคุณค้าในตัวเองลดลง เนื่องจากผู้สูงอายุมักถูกมองว่าความจำเสื่อม ความจำสับสน ไม่ทันต่อเหตุการณ์ มีสมรรถภาพของร่างกายลดลง ทำให้ความเคารพในตัวผู้สูงอายุลดลง เป็นผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกด้อยคุณค่า

(3) ความรู้สึกโกรธ จะเกิดเมื่อผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองถูกครอบครัวและสังคมทอดทิ้ง ไม่มีความสำคัญ ไม่มีอำนาจ เกิดความรู้สึกผิดหวัง พฤติกรรมที่เห็นได้ชัดคือ หงุดหงิด ไม่พอใจการกระทำของบุคคลรอบข้าง

2.1.4.3 ปัญหาสุขภาพด้านสังคม

ปัญหาการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคมและครอบครัว เนื่องจากการเกษียณอายุ ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียอำนาจ ตำแหน่ง ความเคารพยกย่อง และรายได้ ผู้ชายที่เป็นหัวหน้าครอบครัวจะรู้สึกสูญเสียมากที่ต้องกลายเป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ ขาดการเรียนรู้ และแลกเปลี่ยนจากสังคม เนื่องจากวัยผู้สูงอายุมีการรับรู้ข่าวสารลดลง และมีการเข้าสังคมลดลง หรือจากการเสื่อมของสมรรถภาพของร่างกาย ซึ่งเป็นสาเหตุนำไปสู่การแยกห่างจากสังคมอย่างสิ้นเชิง ทำให้ผู้สูงอายุขาดการแลกเปลี่ยนกับสังคม เกิดความรู้สึกเหงา ว้าเหว่ โดดเดี่ยว (สกุณา บุญนรากร, 2552)

Ref. code: 25605817035149ZGJ

การถูกทอดทิ้ง จากสภาพสังคมในปัจจุบัน ที่มีการอพยพย้ายถิ่นจากชนบทมาหางานในเมืองใหญ่ ทำให้ผู้สูงอายุมักถูกทอดทิ้งให้อยู่ถิ่นเดิม ส่วนในสังคมเมืองผู้สูงอายุต้องอยู่กันตามลำพัง เนื่องจากลูกหลานออกไปทำงานนอกบ้านเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ขาดการดูแลเอาใจใส่

2.1.5 ผลกระทบจากกระบวนการสูงอายุ

จากการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณที่เกิดขึ้นกับตัวของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับภาวะและความรู้สึกต่างๆ ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ ดังนี้ (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว อ้างถึงในอินทุกานต์ กุลไวย, 2552)

(1) ความรู้สึกเหงา (Loneliness) ผู้สูงอายุจะรู้สึกโดดเดี่ยว ไม่มีคนเข้าใจและเห็นใจ รู้สึกถูกทอดทิ้งจากบุคคลภายในครอบครัวในเผชิญกับปัญหาเพียงลำพัง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ต้องอยู่คนเดียวตามลำพังเนื่องจากการเสียชีวิตของคู่สมรส หรือลูกหลานแยกย้ายไปอยู่ที่อื่น

(2) ความรู้สึกไม่มั่นใจ ขาดเสถียรภาพความมั่นคงทางจิตใจ (Insecure) เกิดจากการที่ผู้สูงอายุต้องเข้าไปพึ่งพาอาศัยผู้อื่นในด้านการใช้ชีวิต ด้านเศรษฐกิจ ด้านความปลอดภัย ทำให้ผู้สูงอายุหงุดหงิด โมโห และสะเทือนใจง่ายด้วยเรื่องเล็กๆน้อยๆ ทำให้กลายเป็นคนขี้น้อยใจ นำไปสู่การขัดแย้งกับลูกหลานหรือผู้ดูแลได้

(3) ความรู้สึกกลัวตาย

(4) ความรู้สึกไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และสิ้นหวัง เนื่องจากความเสื่อมสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุอาจมีความคิดสร้างสรรค์ สิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อคนในครอบครัว อยากกระทำตนให้เป็นประโยชน์ แต่ถูกจำกัดด้วยความเสื่อมถอยของร่างกาย และจิตใจทำให้รู้สึกหมดหวัง รู้สึกหมดคุณค่าในตนเอง จนอาจกลายเป็นโรคซึมเศร้าได้ในที่สุด

(5) ความรู้สึกหดหู่และเศร้าใจ ความรู้สึกนี้มีหลายระดับ คือ ระดับเล็กน้อยจนถึงรุนแรงถึงกับมีอาการมองโลกในแง่ร้าย ภาวะเศร้าในผู้สูงอายุมักเกิดจากการสูญเสีย ทั้งที่เป็นการสูญเสียที่เกิดขึ้นจริง และการสูญเสียที่จินตนาการขึ้นเอง การสูญเสียจริงได้แก่ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สูญเสียความสมบูรณ์ และความแข็งแรงของร่างกาย สูญเสียความมั่นคงทางด้านจิตใจ การสูญเสียในจินตนาการ ได้แก่ การสูญเสียความเคารพที่ตนเคยได้รับ สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง (Self-esteem) เป็นต้น

การที่ประชากรสูงอายุในประเทศมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น ประเด็นผลกระทบที่ต้องคำนึงถึงในการเตรียมความพร้อมมีอยู่หลายประเด็นด้วยกัน (เฉลิมพล แจ่มจันทร์, 2555) ในที่นี้ อาจจำแนกออกได้เป็นใน 3 เรื่องหลัก ได้แก่

(1) ผลกระทบระดับมหภาค โดยเฉพาะต่อภาคการจ้างงาน และผลิตภาพของแรงงานในประเทศ การที่สัดส่วนของประชากรวัยแรงงานลดลง ในขณะที่ภาวะพึ่งพิงของประชากรสูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ย่อมกระทบต่อขีดความสามารถในการผลิต ระดับการออม การลงทุนและการพัฒนาประเทศในภาพรวม

(2) ผลกระทบต่อภาครัฐ เกี่ยวกับ ภาระทางการคลังในการดูแลด้านสิทธิสวัสดิการและบริการสาธารณะต่างๆ แก่ผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นโดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในด้านการ

Ref. code: 25605817035149ZGJ

บริการทางสุขภาพ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ รวมถึง บำเหน็จบำนาญข้าราชการเกษียณอายุที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี อีกทั้ง มีชีวิตอยู่ต่อหลังเกษียณอายุราชการยืนยาวขึ้น

(3) ผลกระทบระดับจุลภาค โดยเฉพาะในประเด็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครัวเรือน ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ เช่น ในเรื่องหลักประกันรายได้ยามชรา หลักประกันทางสุขภาพยามเจ็บป่วย การดูแลผู้สูงอายุและการเกื้อหนุนทางสังคม การดูแลระยะยาว การเฝ้าระวังทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งสุขภาพกาย และสุขภาพจิต ที่อาจได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสถานภาพของผู้สูงอายุในหลายด้าน ทั้งสถานภาพจากวัยทำงานเป็นวัยสูงอายุ สถานภาพจากทำงานเป็น ไม่ทำงานรวมถึงสถานภาพ และบทบาททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงในด้านอื่นๆ

ดังนั้นการเตรียมความพร้อมการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ควรจะร่วมมือกันทั้งภาครัฐและเอกชน ตั้งแต่ระดับบุคคล ชุมชนและประเทศ โดยเฉพาะการร่วมกันกระตุ้น เพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญของการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ มีการเตรียมวางแผนการออม การใช้ชีวิตในบั้นปลาย การร่วมมือกันในชุมชน การจัดกิจกรรมเผยแพร่ความรู้ทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ การปรับตัวทางด้านสังคมและจิตใจของผู้สูงอายุ รวมทั้งการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการลงทุนและการออมเพื่อเตรียมพร้อมเมื่อถึงวัยผู้สูงอายุ ซึ่งสำหรับบางประเทศได้มีการขยายอายุผู้เกษียณอายุ และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีงานทำมากขึ้น เพื่อไม่ให้รู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า และไม่เป็นภาระกับสังคมเพื่อสร้างความภาคภูมิใจให้กับผู้สูงอายุ

2.2 แนวคิดที่เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

2.2.1 แนวคิดทั่วไปในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

การดูแลตนเอง หมายถึง การที่บุคคลสามารถดูแลเอาใจใส่ตนเองก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง ช่วยรักษาชีวิต และสุขภาพให้เกิดความผาสุก โดยปราศจากโรค และภาวะผิดปกติต่างๆ อย่างไรก็ตาม การดูแลตนเองของบุคคลมีอิทธิผลมาจากความเชื่อ โดยเฉพาะความเชื่อบางอย่าง เช่น การรักษาด้วยหมอพระ/หมอธรรม การใช้ยาสมุนไพรรักษาโรค (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลได้ริเริ่ม และกระทำในแนวทางของตนเอง เพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพ และความจำเป็นอยู่อันดีของตนไว้ การดูแลตนเองจึงต้องมีแบบแผน เป้าหมาย ขั้นตอน ตลอดจนความต่อเนื่อง และเมื่อใดที่ได้กระทำอย่างถูกต้อง ครอบถ้วน จะทำให้ประสิทธิภาพการดูแลตนเองมากขึ้นเท่านั้น (Pender,1992 อ้างถึงในเอกรัตน์ เชื้ออินถา, 2540)

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีประสบการณ์ตัดสินใจในการดูแลตนเองได้ แต่อาจจะไม่สามารถกระทำได้ตามที่ตนต้องการอย่างครอบถ้วน ทั้งนี้เนื่องมาจากความสามารถในด้านร่างกายและสติปัญญาเสื่อมถอยลงตามวัย ทำให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเอง ดังนั้นผู้สูงอายุจึงต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมเพื่อดูแลตนเองมากขึ้นตามวัย และความช่วยเหลือ

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ดังกล่าว อาจได้มาจากลูกหลาน เพื่อนฝูง ผู้ใกล้ชิด บุคลากรทางด้านสาธารณสุข ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองได้มากขึ้น (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

2.2.1.1 ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency)

การดูแลตนเองไม่ใช่เรื่องใหม่ที่เกิดขึ้น และมีมาตั้งแต่โบราณ คนจีนสมัยก่อนเน้นการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาความเจ็บป่วย การแพทย์ของชนชาวกรีกโบราณรักษาสุขภาพโดยการดูแลเรื่องสุขอนามัย และการเลือกอาหารที่เหมาะสม และเชื่อว่าการเจ็บป่วยเกิดจากความไม่สมดุลในร่างกาย ไม่มีความกลมกลืนระหว่างร่างกายและสิ่งแวดล้อม (สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตรมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2551) ในปัจจุบันการรักษาโรคโดยแพทย์แผนใหม่มีประชาชนส่วนหนึ่งไม่สามารถเข้าถึงบริการเนื่องจากต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก ส่วนหนึ่งยังคงแสวงหาการรักษาสุขภาพ และการดูแลของตนเอง พึ่งพาเพื่อนหรือผู้บำบัดพื้นบ้านที่มีในท้องถิ่นของตน (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2548)

2.2.1.2 ปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Basic Conditioning Factors)

เป็นคุณลักษณะบางประการหรือปัจจัยทั้งภายใน และภายนอกของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ได้แก่ 11 ปัจจัย (สมจิต หนุเจริญกุล, 2537) ดังนี้ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ สังคมขนบธรรมเนียมประเพณี ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อมสภาพที่อยู่อาศัย แหล่งประโยชน์ต่างๆ ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเองไม่ได้เป็นแบบเชิงเหตุผล (Causal relationship) แต่เป็นการอธิบายว่า การพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองจะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานต่างๆเหล่านี้ ซึ่งเป็นลักษณะภายในของบุคคล การวิจัยครั้งนี้ จึงได้ศึกษาถึงปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และลักษณะครอบครัว มาหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อเปรียบเทียบดูว่า ผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันในเรื่องของปัจจัยพื้นฐานดังกล่าว จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างไร

เพศ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันจะมีรูปแบบพฤติกรรมที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะ เมื่ออายุมากขึ้น ความสามารถในการดูแลตนเองจะลดลง หรือถูกจำกัดมากขึ้น ซึ่งเพศหญิงจะมีชีวิตยืนยาวกว่าเพศชาย จึงทำให้เพศหญิงเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากกว่า (Shank and Lough, 1985 อ้างถึงในสุปราณี สูงแข็ง, 2542)

กลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิงเป็นกลุ่มที่เปราะบางที่สังคมควรให้ความสนใจและให้การดูแลเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ สังคมไทยจะเป็นสังคมที่มีประชากรวัยสูงอายุเป็นสัดส่วนที่สูงแล้ว ยังพบว่ามีความไม่สมดุลทางเพศในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากด้วย เพราะสัดส่วนของผู้สูงอายุเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

อายุ ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองกับอายุจะเป็นลักษณะเส้นโค้งปกติ (Normal curve) ตามทัศนะของ Orem โดยเริ่มต้นเมื่อวัยทารก ซึ่งบุคคลจะมีการดูแลตนเอง

Ref. code: 25605817035149ZGJ

เพิ่มขึ้นสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และลดลงเรื่อยๆในวัยสูงอายุ เมื่ออายุ 85 ปีขึ้นไป ผู้สูงอายุมักจะไม่สามารถกระทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง เนื่องจากสภาวะเสื่อมต่างๆ (สุปราณี สูงแข็ง, 2542)

สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต ทั้งนี้ชีวิตคู่จะมีความผูกพันต่อกันอย่างลึกซึ้งระหว่างผู้สูงอายุกับคู่สมรส โดยเฉพาะในด้านความรู้สึกความคิดความเชื่อ รวมถึงการปฏิบัติตนตามพัฒนาการของชีวิต ซึ่งผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโสด หม้าย หย่า แยก

ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ทักษะ และการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงสามารถเสาะแสวงหาข้อมูลนำมาคิดพิจารณาตัดสินการกระทำได้ มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย และผู้ที่มีการศึกษาสูงจะทำให้มีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหาต่างๆ ที่สงสัยหรือไม่เข้าใจ ตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ รู้จักที่จะรักษา และดูแลเอาใจใส่ได้อย่างถูกต้องและดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ (เอกรัตน์ เชื้ออินถา, 2540)

อาชีพ เป็นการประกอบการที่นำมาซึ่งรายได้ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างหนึ่ง เพราะทำให้เกิดความมั่นคงในชีวิต และสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ ไม่เป็นภาระต่อผู้อื่นจึงเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และทำให้มีอำนาจแสวงหาปัจจัยต่างๆ ที่จะส่งเสริมให้ร่างกายมีสุขภาพแข็งแรง และดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข อาทิ การแสวงหาอาหาร เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม การรับบริการสุขภาพ การทำกิจกรรม เป็นต้น ผู้ที่มีอาชีพจึงมีสุขภาพกาย และสุขภาพจิตที่ดีตามไปด้วย สำหรับผู้ที่ไม่มีอาชีพ ทำให้ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง โดยเฉพาะผู้สูงอายุ รายได้ต้องอาศัยจากบุตรหลาน การใช้จ่ายเงิน เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองจึงทำได้ไม่เต็มที่ การดูแลสุขภาพจึงไม่สมบูรณ์เท่าที่ควร (เอกรัตน์ เชื้ออินถา, 2540)

รายได้ เป็นตัวบ่งชี้ถึงสภาพเศรษฐกิจและสังคม รายได้มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการทางสาธารณสุข และสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง แม้ว่ารายได้ของบุคคลจะไม่ใช่สิ่งเดียวที่จำเป็นที่สุดในชีวิต แต่ทุกคนยอมรับว่ารายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล ดังอาจกล่าวได้ว่า บุคคลที่มีรายได้สูง จะมีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยให้การดูแลตนเองเป็นผลสำเร็จตามความต้องการได้ในที่สุด ส่วนผู้ที่มีรายได้ต่ำหรือรายได้ปานกลางมักจะมีปัญหาทางการเงิน และทำให้เกิดความรู้สึกกังวลเป็นทุกข์ (เอกรัตน์ เชื้ออินถา, 2540)

ผู้สูงอายุที่ทำงานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 37.3 ส่วนใหญ่ทำงานอยู่ในภาคเกษตรกรรม แต่การทำงานนอกภาคเกษตรกรรมก็เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุร้อยละ 62.0 ประกอบธุรกิจส่วนตัวโดยไม่มีลูกจ้าง และมีสัดส่วนการเป็นลูกจ้างเอกชนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 13.3 ผู้สูงอายุมีรายได้เฉลี่ยเพิ่มขึ้น แต่ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยลดลง กล่าวคือ ผู้สูงอายุมีรายได้เฉลี่ย 6,900 บาทต่อเดือน ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยลดลงเหลือ 41.4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ นอกจากนี้แรงงานนอกรับเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 91.4 แนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุที่ยากจนลดลงเหลือ 1.19 ล้านคน (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

ลักษณะครอบครัว ครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความหมายและเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เพราะครอบครัวเป็นสถาบันที่จะทำหน้าที่ดูแล

Ref. code: 25605817035149ZGJ

และตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การที่บุคคลได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจจากบุคคลในครอบครัว ได้รับการยอมรับว่าตนเองมีคุณค่า มีความสำคัญ จะส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดี ตรงข้ามกับบุคคลที่ขาดการเอาใจใส่จากครอบครัวและรู้สึกด้อยค่า ซึ่งจะทำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมเสี่ยงและเกิดความล้มเหลวในการดูแลสุขภาพของตนเอง (Cohen and Wills, 1985 อ้างถึงในเอกรัตน์ เชื้ออินถา, 2540)

ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความสุขมากกว่าผู้สูงอายุในครอบครัวที่ลูกหลานไม่ปรองดองกัน (ปราโมทย์ วังสะอาด, 2530 อ้างถึงในวิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) นอกจากนี้ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวยังสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้วย โดยโครงสร้างทางบทบาทของครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันโรคของครอบครัว (จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และอรชร ณ ระนอง, 2535 อ้างถึงในวิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

2.2.2 การสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเอง

ระบบสนับสนุนทางสังคม (Social support) (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) เป็นกระบวนการตามธรรมชาติที่มนุษย์พยายามช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคม โดยเฉพาะเมื่อเจ็บป่วย มีเป้าหมายเพื่อความอยู่รอดและการอยู่รวมกันอย่างผาสุก (Chao et al., 2008) ระบบความสัมพันธ์ภายในสังคม เริ่มต้นจากกลุ่มเล็กๆระดับครอบครัว ชุมชน แล้วขยายเป็นเครือข่ายใหญ่ขึ้นในสังคม การสัมภาษณ์ผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปจำนวน 68 คน พบว่าการที่ผู้สูงอายุเหล่านั้นยังคงช่วยเหลือตนเองได้และอาศัยอยู่ที่บ้านของตนเองในชุมชนได้ เนื่องจากปัจจัยที่สำคัญคือ การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม (Social connectivenness) (Callen & Wells, 2004) ในทางตรงกันข้ามผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องเข้ารับการดูแลในสถานบริบาล (Nursing home) จะรู้สึกสูญเสีย ไร้ค่า อับอาย เหงา และมีคุณภาพชีวิตลดลง ต้องการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุปรับตัวได้ดี

คอบป์ (Cobb, 1976 อ้างถึงในอินทุกานต์ กุลไวย, 2552) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ค่อนข้างกว้าง โดยกล่าวว่า การที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ตัวเขาเชื่อว่า มีบุคคลให้ความรักความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า ยกย่อง รวมทั้งความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่เขาผูกพันอยู่

การเกื้อหนุนทางสังคม หรือความช่วยเหลือที่ผู้สูงอายุได้รับจากคนในชุมชน ทั้งคนในครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้านและบุคคลต่างๆ ประกอบด้วยความช่วยเหลือด้านอาหาร เงิน เสื้อผ้า และความช่วยเหลือที่เป็นลักษณะของการยกย่อง ให้กำลังใจหรือการยอมรับ (อดุลย์ วิริยเวชกุล, และคณะ, 2540)

การเกื้อหนุนด้านอารมณ์ที่ผู้สูงอายุต้องการ คือ ความต้องการความมั่นคงและความปลอดภัย และความต้องการการได้รับการยกย่องเห็นความสำคัญ พบว่า สังคมปัจจุบันลูกหลานมักออกไปทำงานนอกบ้าน ผู้สูงอายุจึงอยู่บ้านตามลำพัง ระบบวัฒนธรรมชุมชนมีส่วนเกื้อหนุนให้ผู้สูงอายุรู้สึกมั่นคงและปลอดภัย เมื่อลูกหลานจำเป็นต้องออกไปทำงาน แต่แสดงความเป็นห่วงและมีความกตัญญูกตเวที เพื่อนบ้านก็จะรักใคร่และเห็นใจบุตร ยื่นมือเข้ามาช่วยเหลือ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังพยายามสร้างความเข็มแข็งทางจิตใจให้ตนเอง โดยนั่งสมาธิ และถือศีลทำบุญตักบาตร เครือข่ายของผู้สูงอายุก็เป็นปัจจัยสำคัญในการเกื้อหนุนทางอารมณ์ซึ่งกันและกัน

Ref. code: 25605817035149ZGJ

เพราะรู้จักกันมานาน จึงปรับทุกข์ ระบายปัญหาสู่กันได้ เมื่อเจ็บป่วยก็ชวนกันไปเยี่ยมเยียนทั้งที่บ้านและในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามบุตรเป็นผู้ที่เกื้อหนุนทางอารมณ์ ให้ผู้สูงอายุได้มากที่สุด แม้จะเป็นนานๆครั้ง เช่น โอกาสวันสงกรานต์ ผู้สูงอายุจะปลาบปลื้ม และเล่าสู่เพื่อนบ้านอย่างภาคภูมิใจเมื่อลูกหลานกลับมาเยี่ยม

การได้รับการยกย่องและเห็นความสำคัญ การศึกษาดังกล่าว พบว่าครอบครัวเป็นสถาบันเบื้องตนที่ให้การยอมรับนับถือผู้สูงอายุ ค่านิยมในการเคารพนับถือ บิดามารดายังเหนียวแน่น ลูกหลานยังขอคำปรึกษาจากผู้สูงอายุ เพื่อแก้ปัญหาต่างๆ ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า นอกจากนี้ชุมชนยังมีส่วนในการเกื้อหนุน ด้านการยอมรับนับถือผู้สูงอายุ กล่าวคือ ชุมชนจะมอบบทบาทผู้นำทางศาสนา วัฒนธรรม และประเพณีต่างๆให้ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุเป็นที่ปรึกษาด้านพิธีกรรมต่างๆ เช่นการทอดกฐิน การทอดผ้าป่า วันเข้าพรรษาเป็นต้น ร่วมทั้งการสนับสนุนการถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นให้แก่เยาวชน

การเกื้อหนุนด้านสิ่งของ นอกจากการเกื้อหนุนด้านอารมณ์ ผู้สูงอายุยังได้รับการเกื้อหนุนด้านสิ่งของ ซึ่งพบว่า เครื่องนุ่งห่มเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุได้รับมากที่สุด และบุตรเป็นแหล่งเกื้อหนุนที่สำคัญด้านสิ่งของ เป็นที่น่าสนใจว่า ผู้สูงอายุต้องการเงินมากกว่าสิ่งของ เพราะมีค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันรวมทั้งภาษีสังคม ผู้สูงอายุมีความสุข รู้สึกมั่นคง และอบอุ่นเมื่อมีเงินใช้จ่ายเป็นของตนเอง ผู้สูงอายุคาดหวังว่าจะได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินจากบุตร ผู้สูงอายุบางคนปรารถนาจะมีบุตรมากๆ เพื่อให้ได้รับความช่วยเหลือด้านการเงินเมื่ออายุมากขึ้น (Archavanit, 1992 อ้างถึงในวิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) เพื่อนบ้าน และเครือข่ายที่เป็นทางการของรัฐ มีส่วนช่วยสนับสนุนด้านการเงินของผู้สูงอายุ โดยเพื่อนบ้านช่วยเหลือด้านการเงิน เพราะมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมานาน และรัฐให้ความช่วยเหลือในรูปของเบี้ยยังชีพ

การเกื้อหนุนด้านข่าวสาร การเกื้อหนุนอีกประเภทหนึ่งซึ่งเป็นความต้องการสำหรับผู้สูงอายุ คือการเกื้อหนุนด้านข่าวสาร ช่องทางหลักของการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุได้แก่ การดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุและอ่านหนังสือ โดยผู้สูงอายุที่อ่านหนังสือดูโทรทัศน์มีสัดส่วนสูงขึ้นและผู้สูงอายุที่ฟังวิทยุมีสัดส่วนลดลง หนังสือที่อ่านมากที่สุดคือหนังสือพิมพ์ หนังสือศาสนา รายการโทรทัศน์ที่ชมมากที่สุด คือรายการข่าวและรายการบันเทิง (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2553) นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังได้รับข่าวเกี่ยวกับชุมชนจากหอกระจายข่าวหรือเสียงตามสาย นอกจากสื่อต่างๆดังกล่าวแล้ว ผู้สูงอายุยังมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนข่าวสารระหว่างกันอีกด้วย โดยมักจะใช้สถานที่ของร้านค้าหรือบ้านของผู้นำคนใดคนหนึ่ง

2.2.3 การประเมินผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ

การประเมินผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ เป็นการประเมินที่ช่วยค้นหาปัญหาที่ซับซ้อนหลากหลายของผู้สูงอายุ ถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุของบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ เพราะสามารถประเมินผู้สูงอายุได้ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วยโดยไม่จำกัดสถานที่ สามารถประเมินได้ทั้งในโรงพยาบาล ในชุมชนและในบ้าน ทำให้สามารถเข้าใจปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วยผลที่ได้จากการประเมินจะสามารถทำให้ตอบสนองต่อความต้องการ และช่วยเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ ทางด้านร่างกายจิตใจและปัญญา สามารถจัดสิ่งแวดล้อม และสถานที่

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ได้อย่างเหมาะสม เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ และลดการรับการรักษาในโรงพยาบาล/สถานบริการพยาบาลจึงสามารถติดตาม และทำนายผลลัพธ์ในการดูแลผู้สูงอายุได้ (Mattesin, 1996 อ้างถึงใน วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) มิติของการประเมินประกอบด้วยการประเมิน 6 ด้าน ดังนี้

2.2.3.1 การประเมินสุขภาพด้านร่างกาย (Physical assessment) การประเมินสุขภาพด้านร่างกาย (Physical assessment) ประกอบด้วยการซักประวัติต่างๆ คือ อาการสำคัญ ข้อมูลทั่วไปสำหรับผู้สูงอายุ ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต ประวัติส่วนตัว ประวัติการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกัน โรคประวัติครอบครัว ประวัติการใช้ยา ประวัติการรับประทานอาหาร และการประเมินภาวะโภชนาการ (เช่น น้ำหนักตัว) โดยเครื่องมือ Mini- Nutritional Assessment (MNA) ประวัติหกล้มและอาการในกลุ่มที่พบบ่อย การประเมินภาวะหกล้ม (Fall assessment) การประเมินท่าเดิน (Timed Get Up and Go test) การตรวจการมองเห็น (Visual acuity) การได้ยิน แผลกดทับ การซักประวัติ และการตรวจร่างกายทุกระบบ

2.2.3.2 การประเมินสุขภาพด้านจิตใจ (Mental Assessment) ควรประเมินสภาวะทางจิต (Mantal stasus) โดยอาจใช้เครื่องมือที่ได้มาตรฐานต่างๆ เช่น แบบประเมินสุขภาพจิตฉบับย่อ, Thai Mental State Examination (TMSE), Chula Mental test (CMT) และMini-Mental State Examination- thai version (MMSE-Thai) เพื่อตรวจคัดกรองสภาวะทางจิต ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (Confusion Assessment Method:CAM) ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Geriatric Depression Scale : GDS) หรือเครื่องมือของ Beck ฉบับย่อ) หรือภาวะสมองเสื่อม (เช่น Clock Drawind Test, Modified Short Blessed test, ADAS-cog) เป็นต้น

2.2.3.3 การประเมินด้านสติปัญญา (Cognitive Assessment) การประเมินด้านสติปัญญา (Cognitive Assessment) ประกอบด้วย การประเมินเกี่ยวกับสติปัญญาและการรู้คิด ซึ่งอาจสังเกตจากสภาพทั่วไป ความสามารถในการดูแลตนเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (การจ่ายตลาด การแลกเงิน การเดินทางออกนอกบ้านโดยลำพัง) การประเมินระดับรู้สึกตัว (ภาวะทางอารมณ์ การพูด การคิด ภาษา สมาธิ การตัดสินใจ การรับรู้ และการแปลความหมาย และการประเมินการรู้คิดเฉพาะ (การประเมินความจำ การใช้ภาษา ความตั้งใจ การคำนวณเลข และการวาดรูปตามแบบหรือการวาดตามนาฬิกา) เป็นต้น เครื่องมือประเมินสติปัญญา ได้แก่ แบบสอบถามสภาพจิตอย่างย่อ (Short portable Mental Status Questionnaire, SPMQS) แบบทดสอบสภาพจิตอย่างย่อ (Mini-Mental State Examination) แบบประเมินสภาพจิตฉบับภาษาไทย เครื่องมือประเมินภาวะสับสน NEECHAM (Mattesin, 1996 อ้างถึงใน วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) และเครื่องมือประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน (Confusion Assessment Method: CAM)

2.2.3.4 การประเมินด้านสังคม และสิ่งแวดล้อม (Social and Environment Assessment) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมที่เหมาะสมจะช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เปราะบางสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ การประเมินด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมประกอบด้วย การประเมินผู้ดูแล (ภาระของผู้ดูแล ความตึงเครียดในบทบาทผู้ดูแล และความเสี่ยงต่อการกระทำทารุณกรรมผู้สูงอายุ) การตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุ ลักษณะที่อยู่อาศัย (แสงสว่างของห้อง บันได

Ref. code: 25605817035149ZGJ

พื้นบ้าน ทางเดินห้องน้ำ ห้องครัว) ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว เพื่อนบ้าน รวมทั้งองค์กรท้องถิ่น เช่น วัด โรงเรียน ชมรมผู้สูงอายุ บ้านพักคนชรา เป็นต้น การเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะกับผู้สูงอายุ ที่มีความพร่องในการทำหน้าที่ และมีประวัติการหกล้ม

2.2.3.5 การประเมินระบบสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

ประกอบด้วยการวัดการทำหน้าที่ทางสังคม มี 2 มิติ คือ

(1) เครือข่ายทางสังคม โดยใช้เครื่องมือประเมินระบบสนับสนุนทางสังคม คือแบบสอบถามของนอร์เบค (The Norbeck Social Support Questionnaire) (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับขนาดของเครือข่าย ความหนาแน่น และส่วนประกอบของเครือข่ายทางสังคม

(2) การสนับสุนนทางสังคม การมีแหล่งประโยชน์ทางสังคม โดยใช้เครื่องมือของ Barrera (Phillips, 1999 อ้างถึงในวิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) เป็นการสัมภาษณ์สมาชิกในเครือข่าย และขนาดความหนาแน่น และส่วนประกอบ เป็นการสอบถามการสนับสนุนที่มี และการช่วยเหลือในด้านวัตถุ การช่วยเหลือดูแล ปฏิสัมพันธ์ความใกล้ชิด แนะแนวทาง และการมีส่วนร่วมทางสังคม รวมทั้งความขัดแย้งระหว่างบุคคล

2.2.3.6 การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional Assessment)

การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่เป็นการประเมินที่มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุอย่างมาก เนื่องจากเหตุหลายประการดังนี้

(1) ผู้สูงอายุรับรู้ภาวะสุขภาพของตนว่ามีสุขภาพดีหรือไม่ โดยพิจารณาจากความสามารถในการทำหน้าที่หรือความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ แม้จะมีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังหลายโรค

(2) ความพร่องในการทำหน้าที่ในผู้สูงอายุ เป็นลักษณะที่แสดงถึงความผิดปกติของร่างกาย การเกิดโรค หรือความเจ็บป่วย เพราะอาการ และอาการแสดงของความเจ็บป่วยในผู้สูงอายุมักไม่ชัดเจน

(3) การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ช่วยสนับสนุนการตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วย รวมทั้งเป็นตัวกำหนดเป้าหมายในการรักษา และช่วยในการประเมินผลการรักษา

(4) ความสามารถในการทำหน้าที่ มีประโยชน์ ในการพิจารณาตัดสินความต้องการในการปรึกษาการส่งต่อ และการใช้บริการของหน่วยอื่น รวมทั้งช่วยในกระบวนการจัดสินใจเชิงจริยธรรมเมื่อต้องตัดสินใจรักษาหรือยุติการรักษา

2.2.3.7 การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง

แบ่งระดับการประเมินตั้งแต่การกระทำได้ด้วยตนเองอย่างอิสระ ต้องการความช่วยเหลือและต้องพึ่งพาผู้อื่น เครื่องมือที่นิยมคือ ดัชนีจุฬา เอ ดี แอล ประกอบด้วยการประเมินการออกนอกบ้าน การใช้ระบบขนส่งสาธารณะ การเตรียมอาหาร การจัดการเรื่องเงิน การทำงานบ้าน และเครื่องมือ IADL ของ Laeton (Lawton and Brody, 1996 อ้างถึงใน วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ประกอบด้วยกิจกรรมต่อไปนี้ 7 กิจกรรม

(1) การใช้โทรศัพท์ : สามารถหาตัวเลข หมุน/กด รับ และโทรศัพท์โดยไม่ต้องช่วยเหลือ

Ref. code: 25605817035149ZGJ

(2) การเดินทาง : สามารถขับรถหรือเดินทางคนเดียวโดยใช้รถประจำทางรถรับจ้าง

(3) จ่ายตลาด : สามารถจับจ่ายสิ่งของอาหาร และนำของกลับโดยใช้รถส่วนตัวหรือรถประจำทาง/แท็กซี่

(4) การเตรียมอาหาร : สามารถคิดเมนู เตรียมของใช้และปรุงอาหารได้

(5) ทำงานบ้าน : ทำความสะอาดถูบ้าน

(6) รับประทานยา : เตรียมยา/รับประทานยาถูกต้อง ตรงเวลา

(7) จัดการเรื่องเงิน : สามารถจับจ่ายซื้อของด้วยเงินตรา และทอนเงินได้

การประเมินผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ ถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุประกอบด้วยมิติการประเมิน 6 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสติปัญญา ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ด้านระบบสนับสนุนทางสังคม และด้านความสามารถในการทำหน้าที่ ซึ่งจะต้องดำเนินการอย่างเหมาะสม รวดเร็ว และแม่นยำ เพื่อช่วยค้นหาปัญหาที่หลากหลายของผู้สูงอายุทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย ด้วยเหตุนี้ จึงต้องมีความรู้ความเข้าใจการประเมินผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ และสามารถนำไปใช้ได้อย่างถูกต้อง

2.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ในช่วงวัยสูงอายุ ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้สูงอายุ จะเน้นหนักในด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ปัญหาของผู้สูงอายุมีแตกต่างกันออกไปเนื่องจากเป็นวัยที่ร่างกายเริ่มเสื่อมถอย พฤติกรรมในการดูแลตนเอง จึงมีบทบาทสำคัญมากในเรื่องของสุขภาพเนื่องจากเป็นการปฏิบัติเพื่อสุขภาพและชีวิตของบุคคลด้วยตนเอง ซึ่งบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ควรมีการให้การดูแล ให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจ และสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง พฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปสำหรับผู้สูงอายุสามารถแบ่งได้ 8 ด้าน (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ดังนี้

2.3.1 ด้านโภชนาการ อาหารนั้นเป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีวิต การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสม จะมีผลทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง ผู้สูงอายุต้องการสารอาหารเช่นเดียวกับวัยผู้ใหญ่ แตกต่างกันที่ความต้องการพลังงานลดลงกว่าเดิมเหลือเพียง 1,200 แคลลอรี่ต่อวัน ซึ่งเกิดจากสาเหตุใหญ่ๆคือ การทำงานของวัยวะต่างๆลดลง ทำให้อัตราเผาพลาญสารอาหารระหว่างพัก (Basal Metabolic Rate : BMR) ลดลงประมาณร้อยละ 10-25 ผู้สูงควรดูแลตนเองเพื่อให้ได้รับสารอาหารที่เหมาะสมกับวัย (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ดังนี้

โปรตีน ผู้สูงอายุ ควรเลือกรับประทานปลา เพราะมีไขมันต่ำ เนื้อสัตว์อื่นควรเลือกที่ไม่ติดมัน สับละเอียดหรือต้มเปื่อย ไข่รับประทานได้ 3-4 ฟองต่อสัปดาห์ ผู้สูงอายุต้องการสารอาหารโปรตีนประมาณ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม หรือร้อยละ 10-12 ของพลังงานทั้งหมด ซึ่งเป็นปริมาณที่เพียงพอในการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ และไม่มากเกินไป เพราะหากได้รับปริมาณมากเกินไป นอกจากจะไม่เกิดประโยชน์แล้ว ยังทำให้ไตทำงานหนัก เพื่อขับสารพวกยูเรียออกทางปัสสาวะ ภาวะที่ร่างกายต้องการโปรตีนเพิ่มขึ้นคือ ภาวะเครียด มีไข้ หรือมีแผลไหม้พอง ถ้าได้รับ

Ref. code: 25605817035149ZGJ

พลังงานไม่เพียงพอจะทำให้มีการเผาผลาญโปรตีนของเนื้อเยื่อต่างๆ ออกมาใช้ ร่างกายจะผอม ทรุดโทรม ภูมิต้านทานโรคต่ำ มีการเจ็บป่วยบ่อยๆ เป็นง่ายหายยาก ทำให้เกิดอาการเบื่ออาหาร และทำให้ขาดสารอาหารอื่นๆร่วมด้วย

คาร์โบไฮเดรต ควรได้รับปริมาณร้อยละ 55-60 ของพลังงานทั้งหมด ถ้ารับประทานเกินความต้องการ ก็จะเปลี่ยนสะสมในรูปของไขมัน ทำให้เกิดโรคอ้วนได้ ผู้สูงอายุควรลดปริมาณการรับประทานอาหารหมู่นี้ เช่น ข้าว ลดจาก 3 เป็น 2 ทัพพี งดน้ำหวาน น้ำอัดลม และหลีกเลี่ยงอาหารหวาน เพราะให้พลังงานสูงแต่มีคุณค่าต่ำ

ไขมัน ควรได้รับไม่เกินร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมด เป็นสารอาหารที่ช่วยให้พลังงานแก่ร่างกาย และช่วยในการดูดซึมวิตามินบางชนิด แม้ว่ามีความสำคัญแต่ก็ไม่ควรรับประทานมาก เพราะจะทำให้อ้วนและเส้นโลหิตแข็ง นอกจากนี้อาหารไขมันยังทำให้เกิดอาการท้องอืด ท้องเฟ้อหลังอาหารได้ ควรใช้น้ำมันพืชที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวในการปรุงอาหาร เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว หลีกเลี่ยงการใช้ไขมันจากสัตว์ น้ำมันมะพร้าว และน้ำมันปาล์ม เพราะมีกรดไขมันอิ่มตัวสูง สำหรับอาหารที่มีคลอเรสเตอรอสสูง เช่น ไข่แดง กุ้ง ปลาหมึก ควรรับประทานไม่เกิน 300 มิลลิกรัมต่อวัน

วิตามิน ควรได้รับอาหารที่มีวิตามินสูง เพื่อป้องกันการขาดวิตามิน ซึ่งพบบ่อยในผู้สูงอายุเพราะการดูดซึมไม่ดี และรับประทานอาหารไม่พอ โดยต้องรับประทานวิตามินจากแหล่งอาหาร เช่น พวกเนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้อย่างครบถ้วน อาหารจำพวกผัก ได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด เช่น ผักบุ้ง ตำลึง คะน้า ถั่วฝักยาว แตงกวา ผักโขม ผักกาด และผักที่มีสีเหลืองหรือสีแดง เช่น มะเขือเทศ ฟักทอง แครอท ช่วยทำให้ร่างกายแข็งแรง มีใยอาหารและน้ำ ช่วยทำให้ท้องไม่ผูก ไม่อ้วน อาหารจำพวกผลไม้ ได้แก่ ผลไม้ชนิดต่างๆ เช่น กล้วย ส้ม ฝรั่ง มะละกอ ผู้สูงอายุสามารถเลือกรับประทานได้ทุกชนิด ยกเว้นผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทุเรียน ลำไย ขนุน น้อยหน่า ควรรับประทานลดลง และควรบริโภคผลไม้ที่ไม่มีรสหวานแทนการบริโภคของหวาน ของเชื่อมต่างๆ ด้วย

เกลือแร่ ที่ควรได้รับเพิ่มขึ้น คือ แคลเซียม ซึ่งมีมากในนม เมล็ดถั่ว ผักใบเขียว เนื้อสัตว์ ผลไม้ เพื่อชดเฉยส่วนที่ถูกทำลายหรือถูกใช้ไป และใช้ป้องกันปัญหาโรคกระดูกเปราะบาง ปริมาณที่ควรได้รับคือ วันละ 1,000-1,500 มิลลิกรัม นอกจากนั้นควรรับประทานอาหารที่มีโปตัสเซียมสูงๆ เช่น น้ำส้มคั้น กล้วย และควรลดปริมาณโซเดียมเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แร่ธาตุอื่นๆ ที่ผู้สูงอายุต้องการ คือแร่ธาตุเหล็กจากเนื้อสัตว์ ไข่ ถั่วเมล็ดแห้ง ตับ จะช่วยป้องกันอาการซีด

น้ำ มีความสำคัญช่วยในระบบย่อยอาหาร และการขับถ่ายของเสีย ความต้องการน้ำของผู้สูงอายุคือประมาณ 1,500 มิลลิลิตร หรือเท่ากับ 6-8 แก้วต่อวัน

เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีผลกระทบต่อการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุอย่างมาก ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร โดยแบ่งการรับประทานอาหารเป็น 4-5 มื้อต่อวัน โดยเพิ่มมื้อสาย และบ่าย ให้มื้อกลางวันเป็นอาหารหลัก เพื่อช่วยลดปัญหาแน่นท้องหลังอาหาร หลีกเลี่ยงอาการที่ทำให้เกิดก๊าซ และท้องอืด ควรเป็นอาหารที่เคี้ยวง่าย รสไม่จัดมาก การรับประทานอาหารขณะร้อนจะกระตุ้น

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ให้อยากอาหารมากขึ้น เช่น แกงจืดร้อนๆ นอกจากนี้ผู้สูงอายุควรลดการดื่มสุรา และงดการสูบบุหรี่ เพราะเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการขาดสารอาหาร

2.3.2 ด้านการออกกำลังกาย

ผู้สูงอายุจำนวนมากที่มีร่างกายอ่อนแอ เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมของร่างกาย ผู้สูงอายุบางท่านเข้าใจว่าวัยสูงอายุเป็นวัยของการพักผ่อน โดยการนั่งพักนอนพักตลอดวัน การอยู่ในสภาพนี้นานๆ จะทำให้กล้ามเนื้อลีบและเล็กลง เคลื่อนไหวเชื่องช้า เกิดอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ร่างกายเจ็บป่วยง่ายและบ่อยขึ้น วิธีการที่ดีที่สุด คือ การบริหารร่างกายตั้งแต่เนิ่นๆ เป็นการป้องกันผลเสียต่างๆ การออกกำลังกายที่กระทำโดยสม่ำเสมอ มีความหนักและความนานที่พอเหมาะ จะให้ผลในการเปลี่ยนแปลงต่ออวัยวะเกือบทุกระบบของร่างกายไปในทางที่ดีขึ้นที่เห็นได้ชัด การออกกำลังกายมีผลโดยตรงต่อจิตใจในการลดความเครียดได้บรรเทาหรือลดความเศร้า ทำให้อารมณ์ และจิตใจดีขึ้น ลดความกระวนกระวายใจ ทำให้เป็นตัวของตัวเอง และสามารถดูแลตนเองได้ ทำให้ความสนใจ ความเอาใจใส่และความจำดีขึ้น ความเจ็บป่วยน้อยลง ลดอุบัติการณ์ของการเกิดโรคทางกายจากความผิดปกติของจิตใจ (Phschosomatic disorders) เพิ่มความมั่นใจ และความพึ่งพอใจในตนเอง ทำให้ความกดดันด้านอามรณ์ลดลง

2.3.3 ด้านการพักผ่อน

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ แบบแผนการนอนของผู้สูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลง โดยทั่วไปผู้สูงอายุใช้เวลานอนเพียง 5-6 ชั่วโมงต่อคืน ระยะเวลาในการนอนจะสั้นลง ตื่นง่ายและหลับยาก ดังนั้นผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องงีบหลับตอนกลางวันบ้าง วันละ 30-60 นาที ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุไม่ต้องการเวลานอนมากก็ตาม แต่การนอนหลับที่แท้จริงก็ยังเป็นสิ่งที่จำเป็นต่อร่างกาย เพราะการนอนกลับเต็มอิ่มทำให้ร่างกายสดชื่นกระปรี้กระเปร่า มีอารมณ์จิตใจแจ่มใส ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงควรดูแลตนเองให้มีการพักผ่อนนอนหลับอย่างเต็มที่ โดยปฏิบัติดังนี้

(1) จัดสภาพแวดล้อมที่เงียบสงบ สบาย รวมทั้งจัดอุปกรณ์การนอนหลับ เช่น ที่นอน หมอนที่สามารถรองรับส่วนต่างๆ ของร่างกายอย่างพอเหมาะ

(2) ทำจิตใจให้สบายก่อนเข้านอนด้วยการสวดมนต์หรือทำสมาธิให้จิตใจสงบ ปราศจากกังวลจะทำให้นอนหลับสบายไม่ฝันร้าย และคุณภาพของการนอนจะดีขึ้น

(3) งดเครื่องดื่มที่มีส่วนประกอบของคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ ซึ่งกระตุ้นสมองทำให้นอนไม่กลับ

(4) รับประทานอาหารที่ให้แคลลอรี่อย่างเพียงพอแก่ร่างกาย จะช่วยให้หลับได้นาน อาหารประเภทโปรตีน เช่น นม เนื้อสัตว์ มีส่วนช่วยให้หลับสบาย

(5) ดื่มเครื่องดื่มอุ่นๆ หรือน้ำผลไม้ก่อนเข้านอนอย่างน้อย 2 ชั่วโมง

(6) อาบน้ำอุ่นก่อนนอน

(7) ฝึกหัดขับถ่ายปัสสาวะในเวลากลางวัน และก่อนนอน เพื่อไม่ให้ปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืน

2.3.4 ด้านการขับถ่าย

การขับถ่ายอุจจาระ เป็นปัญหาที่สร้างความวิตกกังวลให้กับผู้สูงอายุอย่างมาก โดยเฉพาะภาวะท้องผูกเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยมากที่สุด ในระบบทางเดินอาหาร สาเหตุเกิดจากฟัน

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ไม่ดีหรือไม่มีฟัน จึงบดเคี้ยวอาหารที่มีกากได้ไม่ดี ทำให้ผู้สูงอายุไม่อยากรับประทานอาหารที่มีกาก เช่น ผักใบเขียว ผักที่มีเส้นใยเซลลูโลส ภาวะท้องผูกทำให้ผู้สูงอายุเกิดความทุกข์ทรมานต่างๆ เช่น แน่นอึดอัดท้อง เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน วิงเวียนศีรษะ จิตใจไม่เบิกบาน วิตกกังวล นอนไม่หลับ อาจจะปวดท้องมากขึ้น เนื่องจากลำไส้ถูกอุดตันด้วยอุจจาระที่แข็ง เวลาถ่ายอุจจาระทำให้ปวดทวารหนักหรือเกิดอาการเลือดออก อาจทำให้เกิดริดสีดวงทวารได้ ดั้นนั้นเพื่อป้องกันภาวะท้องผูก ผู้สูงอายุควรดูแลตนเองดังนี้

(1) รับประทานอาหารย่อยง่ายที่มีกากหรือเส้นใยอาหารเพิ่มมากขึ้น จะช่วยให้ลำไส้เคลื่อนไหวได้ปกติ ธัญพืชจะเป็นแหล่งที่ดีที่สุดของใยอาหารรองลงมาคือ ถั่วเมล็ดแห้ง ผลไม้ และผัก

(2) ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6 แก้ว ซึ่งจะช่วยให้อุจจาระอ่อนตัวถ่ายออกได้ง่ายขึ้น

(3) การออกกำลังกายที่เหมาะสมตามวัย เช่น การเดิน เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยในการเคลื่อนไหวของลำไส้ ผู้สูงอายุจึงควรมีการออกกำลังกายทุกวัน

(4) ฝึกถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา ห้ามกลั้นอุจจาระ

(5) ส้วมควรเป็นแบบโถนั่งที่มีความสะดวกสบาย และปลอดภัยจากอุบัติเหตุ

(6) หลีกเลี่ยงความเครียด ทำจิตใจให้สบาย สดชื่นแจ่มใส

การถ่ายปัสสาวะบ่อยของผู้สูงอายุ เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นปกติตามวัย ไม่เกี่ยวข้องกับโรคหรือความเจ็บป่วยของร่างกาย ปัญหาจะอยู่ที่รบกวนการนอน เพราะทำให้ตื่นบ่อย การถ่ายปัสสาวะก่อนเข้านอน และงดเครื่องดื่มที่กระตุ้นการขับปัสสาวะ เช่น ชากาแฟ จะทำให้ถ่ายปัสสาวะน้อยลง และนอนหลับได้มากขึ้น และควรงดดื่มน้ำในเวลากลางคืน แต่ดื่มทดแทนในตอนกลางวัน เพื่อป้องกันการขาดน้ำ

2.3.5 ด้านการใช้ยา

การใช้ยาในวัยสูงอายุต้องระวัดระวังมากกว่าการใช้ยาในวัยอื่น ทั้งนี้เนื่องจากในวัยสูงอายุการทำหน้าที่ของร่างกายเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงยา และการขับถ่ายยาลดลง จึงจำเป็นต้องปรับขนาดของยาที่ใช้ให้พอเหมาะ มิฉะนั้นอาจเกิดอาการข้างเคียง หรือเกิดอาการพิษจากยา เป็นอันตรายถึงชีวิตได้

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องใช้ยาอยู่เป็นประจำ ยาบางชนิดสั่งใช้โดยแพทย์ ก็จะมีคำสั่งของแพทย์ชี้แจ้งอยู่แล้วในซองหรือกล่องยา แต่บางครั้งอาจจำเป็นต้องใช้ยาที่ซื้อหามาเองตามร้านขายยา ข้อแนะนำในการดูแลตนเอง เพื่อความปลอดภัยในการใช้ยา คือ

(1) การใช้ยาตามแพทย์สั่ง เมื่อแพทย์สั่งยาชนิดใหม่ ให้ผู้สูงอายุปฏิบัติดังนี้

1. บอกแพทย์ว่าปัจจุบันผู้สูงอายุใช้ยาอะไรอยู่เป็นประจำ (ถ้ามี) เพื่อแพทย์จะได้ทราบและเข้าใจ ทำให้ไม่สั่งยาซ้ำซ้อนกับยาเดิม

2. ผู้สูงอายุเคยมีปัญหาหรือแพ้ยาอะไรบ้าง เช่น เป็นผื่น ท้องอืด มึนงง เป็นต้น ถามแพทย์หรือเภสัชกรว่า ยาที่ได้รับใหม่ทำหน้าที่อะไร อย่างไร และมีอาการข้างเคียงหรือไม่ ควรงดเว้นอาหารหรือยาประจำอะไรหรือไม่

3. เมื่อได้รับยาตามแพทย์สั่งแล้ว ต้องแน่ใจว่าผู้สูงอายุเข้าใจคำแนะนำต่างๆ ชัดเจนดี และปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างถูกต้อง ทั้งในเรื่องชนิด ขนาด

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ระยะเวลา ดังนั้น จึงควรใช้บันทึกช่วยจำ เพื่อให้ได้รับยาครบทุกมื้อ และป้องกันการกินยาซ้ำ ถ้าไม่แน่ใจควรให้ผู้ดูแลหรือญาติเป็นผู้จัดการเรื่องยาให้

4. การเขียนฉลากยาจะต้องเขียนอักษรตัวโต อ่านง่าย การจัดยาแบ่งเป็นมื้อใส่ภาชนะแยกไว้จะช่วยให้ผู้สูงอายุรับประทานได้ง่ายขึ้น

5.การใช้ยาต้องให้ถูกต้อง คือ ถูกชนิด ถูกขนาด ถูกเวลา ถูกวิธี และถูกบุคคล

(2) การซื้อยามาใช้เอง ผู้สูงอายุควรปฏิบัติดังนี้

1. ไม่ควรใช้ยาโดยไม่จำเป็น หรือจัดสินใจใช้ยาด้วยตนเอง หรือไม่ใช้ยาโดยการแบ่งปันยากับเพื่อนที่เป็นโรคหรือมีลักษณะอาหารเหมือนกัน อย่าซื้อยามารับประทานเองเกินกว่า 1 สัปดาห์ โดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์

2. ถ้ากำลังใช้ยาที่แพทย์สั่ง ให้ตรวจสอบกับเภสัชกรผู้จ่ายยาก่อนว่ายาที่ซื้อมาใช้ร่วมกันได้หรือไม่ เพื่อป้องกันการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา

3. หลีกเลี่ยงการซื้อยาพิเศษที่มีราคาแพง ควรใช้ยาเฉพาะยาสามัญประจำบ้านเท่านั้น

(3) การเก็บรักษายา ผู้สูงอายุควรปฏิบัติดังนี้

1. ควรมีที่เก็บยา หรือตู้แยกยาเป็นพิเศษ หรือยาบางชนิดต้องเก็บไว้ในตู้เย็น

2. ยาเม็ดควรเก็บใส่ขวดหรือกล่องปิดฝาให้สนิท อย่าเก็บยาเม็ดหลายอย่างไว้ในขวดหรือกล่องเดียวกัน

3. อย่าเก็บยาใกล้ความร้อนหรือที่แสงแดดส่องถึง หรือเก็บในที่ซึ่งเด็กหยิบได้ง่าย

4. พยายามให้ฉลากยาอยู่กับขวดยาตลอดเวลา

5. ยาหลายอย่างเสื่อมคุณภาพได้ในเวลาอันกำจัด โดยทั่วไป ไม่ควรเก็บยาไว้เกิน 1 ปี ถ้าเลยเวลานี้ไปแล้วควรทิ้งยา

2.3.6 ด้านอุบัติเหตุ

ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย เนื่องจากความเสื่อมของสภาวะร่างกาย อุบัติเหตุที่พบบ่อย คือ การหกล้ม อุบัติเหตุทางการจราจร น้ำร้อนลวก และการสำลัก การเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบที่รุนแรงทางด้านร่างกาย ทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตหรือความพิการที่รุนแรงแก่ผู้สูงอายุจะมีผลกระทบด้านจิตสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ ต้องการพึ่งพาผู้อื่นตลอดเวลาอีกด้วย

2.3.7 ด้านการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย

หลักสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุก็คือ ต้องให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นสามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง โดยพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด และมีความสุขกายสบายใจในบั้นปลายของชีวิต การดูแลผู้ตนเองของผู้สูงอายุนั้นอาจหมายถึง การกระทำที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี คือ มีความสุขความพอใจตามอัตภาพ สามารถทำประโยชน์ทั้งต่อตนเอง และต่อสังคม สิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่เป็นสุข คือ การมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่ง จะต้องเน้นที่จะทำให้ร่างกายอยู่ในสภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ร่วมกับส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถร่วมกิจกรรมต่างๆ ได้ตามที่สภาพร่างกาย จิตใจ และเวลาเอื้ออำนวย (เกรียงศักดิ์ ซื่อเลื่อม และคณะ, 2554)

Ref. code: 25605817035149ZGJ

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ร่างกายของผู้สูงอายุนั้นจะเสื่อมลงอย่างชัดเจน แน่นอนว่าโรคภัยไข้เจ็บที่เป็นโรคประจำตัวก็จะรุนแรงขึ้น ส่วนผู้ที่ยังมีร่างกายแข็งแรง ก็มีสิทธิ์ที่จะเจ็บป่วยในวันที่ร่างกายอ่อนแอลง การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุจึงมักจะเน้นไปที่โรคจากการเสื่อมของอวัยวะต่างๆ อาทิ หัวใจ ไต ช่องท้อง ตับ ลำไส้ มวลกระดูก ด้วยเหตุนี้ การตรวจสุขภาพของผู้สูงอายุจึงต้องอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์เฉพาะทางเป็นประจำทุกปี การตรวจสุขภาพประจำปีเป็นเสมือนขั้นตอนการตรวจสอบว่าปัจจุบันสุขภาพของเรายังดีอยู่หรือไม่ และมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือไม่ เพื่อที่จะได้ป้องกันหรือรักษาได้อย่างถูกต้อง การตรวจสุขภาพประจำปีนั้นควรได้รับการตรวจเท่าที่จำเป็น การตรวจบางรายการอาจไม่จำเป็นต้องตรวจทุกปี แต่การที่ใช้คำว่า “ตรวจสุขภาพประจำปี” เนื่องจากการตรวจบางรายการควรมีการตรวจอย่างน้อยปีละครั้ง หรือกล่าวง่ายๆ คือ เป็นการกระตุ้นเตือนว่าใน 1 ปี ที่ผ่านมาเราควรมีการตรวจประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง และประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค (นภัสชล ฐานะสิทธิ์ และวรางคณา ผลประเสริฐ, 2551)

2.3.8 การดูแลสุขภาพปากและฟัน เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะสูญเสียฟันแท้และต้องใช้ฟันปลอม จึงต้องรักษาสุขภาพฟันและเหงือกไว้ให้ดี ฟันก็จะมีอายุยืนยาวออกไป การทำความสะอาดปากและฟันอย่างสม่ำเสมอเป็นเรื่องสำคัญ จึงควรปฏิบัติ ดังนี้แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และถ้าเป็นไปได้ควรแปรงฟันหลังอาหารทุกครั้ง

2.3.9 การดูแลสุขภาพปาก และฟันปลอม การเสียฟันไป ทำให้จำเป็นต้องใส่ฟันปลอม เพื่อช่วยให้กินอาหารได้สะดวก พูดชัด และเสริมบุคลิกภาพ ทำให้การติดต่อกับผู้อื่นมั่นใจยิ่งขึ้น ผู้สูงอายุควรดูแลฟันปลอม ดังนี้

(1) รักษาฟันปลอมให้สะอาด โดยแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และถอดล้างทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร ฟันปลอมที่สกปรก ทำให้เสียบุคลิกภาพและเสียสุขภาพ

(2) การทำความสะอาดฟันปลอม ควรทำในถาดใส่น้ำ ป้องกันการตกแตกเมื่อหลุดมือ ให้ถอดฟันปลอมออกจากปาก 6-8 ชั่วโมงต่อวัน โดยเก็บแช่ไว้ในน้ำเย็นหรือน้ำยาพิเศษสำหรับฟันปลอม ล้างปาก บ้วนปากทุกเช้า หลังอาหารและก่อนนอน โดยใช้น้ำเกลืออุ่นๆ

2.3.10 การดูแลผิวหนัง และเล็บ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผิวหนังจะบางลง ต่อมไขมันผลิตไขมันได้น้อยลง ทำให้ผิวหนังแห้ง การอาบน้ำที่ถูกต้องจะช่วยให้ผิวหนังสะอาด ชุ่มชื้น และกระตุ้นการไหลเวียนเลือดให้ผิวหนัง แต่สำหรับผู้สูงอายุไม่ควรอาบน้ำบ่อยครั้ง ดังนั้น ควรอาบน้ำวันละ 1 ครั้ง ในวันที่อากาศร้อน ในกรณีที่อากาศเย็น ควรหลีกเลี่ยงการอาบน้ำ เปลี่ยนเป็นเช็ดตัวแทน และควรใช้ครีมทาผิวบางๆสบู่ควรใช้สบู่อ่อนๆ (ph ประมาณ 5.5) เช่น สบู่เด็ก หรือสบู่สำหรับผู้ที่มีปัญหาผิวแห้งโดยเฉพาะ การดูแลความสะอาดเล็บมือ เล็บเท้า ควรดูแลให้สะอาดและตัดให้สั้นอยู่เสมอ

2.3.11 การสระผม ผู้สูงอายุ ไม่ควรสระผมบ่อยๆ เพราะเป็นวัยที่หนังศีรษะแห้งและเปลี่ยนสี ควรสระผมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

2.3.12 การรักษาสุขภาพตา ผู้สูงอายุควรตรวจวัดสายตาทุก 2 ปี และให้รีบปรึกษาแพทย์ถ้ามีอาการผิดปกติดังต่อไปนี้ เจ็บ แดง หรือระคายเคืองในลูกตา มองเห็นภาพซ้อน หรือมองเห็นของเป็นสองสิ่ง เกิดจุดดำหรือมีการบอดเป็นแห่งๆเวลามองดูสิ่งของ เกิดมีอาการแสงไฟ

Ref. code: 25605817035149ZGJ

วาบในลูกตาหรือเห็นมีสีรัศมีรอบขอบดวงไฟ สายตาเสื่อมลงหรือค่อยๆมัวลง ซึ่งไม่ดีขึ้นแม้ใช้แว่นแล้ว มองวัตถุในที่มืดได้ดีกว่าที่สว่าง

2.3.13 การดูแลตนเองเมื่อเป็นข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ ใช้ความร้อนประคบรอบเข่า ลดอาการปวด เกร็ง บริหารกล้ามเนื้อเข่าให้แข็งแรงอยู่เสมอ ใช้สนับเข่าเพื่อกระชับ ลดอาการปวด ใช้ไม้เท้าช่วยเดิน ช่วยลดแรงที่กระทำต่อข้อ หลีกเลี่ยงอิริยาบถที่ไม่เหมาะสม เช่น นั่งพับเพียบ คุกเข่า ขัดสมาธิ นั่งยองๆ ลดน้ำหนักในรายที่อ้วนมาก (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย, 2557)

2.3.14 การดูแลตนเองขณะเป็นโรคหัวใจขาดเลือด ได้แก่ พบแพทย์เพื่อรักษาและปฏิบัติตนตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัดสม่ำเสมอ เลิกสูบบุหรี่เด็ดขาด ถ้ามีน้ำหนักเกินควรลดน้ำหนัก รับประทานอาหารที่มีเส้นใยสูง ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ แต่ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังที่หักโหม หลีกเลี่ยงสิ่งที่จะกระตุ้นให้เกิดอาการโรคหัวใจกำเริบ เช่น อย่าทำงานหักโหมเกินไป อย่ารับประทานอาหารอิ่มเกินไป ระวังอย่าให้ท้องผูก หลีกเลี่ยงการดื่มชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้ตื่นเต้นตกใจหรือการกระทบกระเทือนทางจิตใจ (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย, 2557)

2.3.15 การป้องกันและการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ควบคุมน้ำหนักร่างกายให้พอดีและหมั่นออกกำลังกาย หลีกเลี่ยงอาหารเค็ม หลีกเลี่ยงรับประทานผงชูรส ป้องกันอาการท้องผูก โดยการรับประทานผักผลไม้ให้มาก ดื่มน้ำให้เพียงพอ งดสูบบุหรี่ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ทำให้หงุดหงิด โมโห ตื่นเต้น และนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ควรบริโภคอาหารที่มีไขมัน และคอเลสเตอรอลต่ำ มีเส้นใยอาหารสูง รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ ควรไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ไม่ควรหยุดยาหรือปรับยาด้วยตนเอง หมั่นตรวจวัดความดันโลหิตเป็นประจำ ควรบันทึกลงคู่มือไว้ด้วย สำหรับผู้ที่รับประทานยาขับปัสสาวะ ควรรับประทานส้ม กล้วยเป็นประจำ (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย, 2557)

2.3.16 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ หลีกเลี่ยงสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงการเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ หมั่นตรวจวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ ลดการบริโภคอาหารรสเค็มจัด บริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอลและไขมันต่ำ อาหารที่มีเส้นใยสูง รักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในระดับปกติ ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ถ้าเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน หรือมีภาวะไขมันในเลือดสูงควรรับการรักษาจากแพทย์อย่างต่อเนื่อง

2.3.17 การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง ได้แก่ ตรวจไขมันในเลือดตามคำแนะนำของแพทย์ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภค โดย จำกัดอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง เช่น เครื่องในสัตว์ ไข่แดง ปลาหมึก หอยนางรม ควรรับประทานอาหารประเภทเนื้อปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ลดอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารทอด อาหารที่มีกะทิ ลดการบริโภคน้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม เนย และใช้น้ำมันพืชในการปรุงอาหาร โดยใช้ประมาณ 2 – 3 ช้อนโต๊ะต่อวัน ควรบริโภคอาหารที่มีเส้นใยสูง เช่น ผลไม้สดและผักต่างๆ และถั่วต่างๆ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ งดสูบบุหรี่ และไม่ควรดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ และหลีกเลี่ยงภาวะเครียด (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย, 2557)

Ref. code: 25605817035149ZGJ

2.3.18 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง ได้แก่ ไม่สูบบุหรี่หรือ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีบุหรี่ รับประทานอาหารให้หลากหลาย ที่ประกอบด้วยธัญพืช เช่น ถั่วชนิดต่างๆข้าวกล้อง พืช ผักหลายๆ อย่าง รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ รับประทานผักและผลไม้สดเป็นประจำตามฤดูกาล รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ และเค็มน้อย ลดจำนวนอาหารหมักดอง หรือรมควัน และหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่มีสารก่อมะเร็ง งดการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ทำจิตใจให้ผ่องใส ลดความเครียด และออกกำลังกายเป็นประจำ (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย, 2557)

2.3.19 การป้องกันและการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ ควบคุมอาหารอย่าปล่อยให้อ้วนไม่รับประทานของหวาน งดสูบบุหรี่ ดื่มสุราและของเค็ม ควรรับประทานอาหารไขมันต่ำ อาหารที่มีเส้นใยสูงและออกกำลังกายพอควรอย่างต่อเนื่อง พักผ่อนให้เพียงพอ ทำจิตใจให้ร่าเริง อย่าให้เครียดหรือวิตกกังวล พบแพทย์และตรวจเลือดตามนัด รับประทานยาตามแพทย์สั่งโดยเคร่งครัด และสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ดูแลรักษาเท้าให้สะอาดอยู่เสมอ เพราะเมื่อมีบาดแผลจะทำให้แผลหายช้า มีลูกอมติดตัวไว้ เพื่อป้องกันการหมดสติจากน้ำตาลในเลือดต่ำเกินไปหลังรับประทานยาเบาหวาน ถ้ามีแผลแล้วหายช้าหรือมีความผิดปกติใดๆ ควรปรึกษาแพทย์ทันที (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย, 2557)

2.3.20 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ควรตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ รักษาโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดอย่างต่อเนื่อง ไม่รับประทานยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา สารเสพติดต่างๆ ควรให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารโรคต่างๆ อย่างสม่ำเสมอจะช่วยฝึกความจำ รักษาน้ำหนักตัวให้เหมาะสม พบปะญาติพี่น้องเพื่อนฝูง และเข้าร่วมกิจกรรม ต่างๆ เป็นประจำ กระตุ้นให้ทำกิจกรรมต่างๆ เช่น ออกกำลังกายจะสามารถชะลอความเสื่อมของร่างกายและสมองได้ (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย, 2557)

2.3.21 คำแนะนำสำหรับผู้สูงอายุ

อาการที่ควรรีบไปพบแพทย์ (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย, 2557)

(1) ตัวร้อนจัด ไข้สูง/หนาวสั่น ไข้หลายวันติดต่อกัน ปวดมึนท้ายทอย ปวดหัวร่วมกับคลื่นไส้ อาเจียน ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ชักกระตุก หมดสติ

(2) ไอเรื้อรัง มีเสมหะเขียวข้น หรือปนเลือด หายใจหอบ

(3) บวมตามตัว แขนขา หน้าตา คลำได้ก้อนนูนส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย

(4) อาเจียนรุนแรงหรือติดต่อกัน มีเลือดปนหรือเป็นสีดำ ถ่ายอุจจาระเหลวติดต่อกันหลายครั้งหรือเป็นน้ำ มีมูกเลือดปน หรือเป็นสีดำ

(5) มีเลือดออกทางช่องคลอด หรือมีบาดแผลบริเวณอวัยวะเพศ

(6) ปัสสาวะขัดหรือกะปริดกะปรอย หรือเป็นสีเลือด สีน้ำล้างเนื้อ หรือสีชาเข้ม

(7) เจ็บหน้าอกเหมือนถูกบีบรัด ปวดร้าวไปที่แขนซ้ายหรือต้นคอแน่นหน้าอก นอนราบไม่ได้

(8) ปวดกระบอกตา เจ็บระคายเคืองตา ตามัว เห็นภาพซ้อน หูอื้อ ปวดในหู มีน้ำหนวก มีสิ่งแปลกปลอมเข้าหู

(9) กลืนอาหารลำบาก เหงือกบวม

Ref. code: 25605817035149ZGJ

(10) กล้ามเนื้อ แขนขาอ่อนแรง กล้ามเนื้อกระตุก ปวดบวมแดงร้อนบริเวณข้อต่อ

(11) พูดน้อยลง เบื่ออาหาร ร้องไห้ง่าย บ่นอยากตาย เบื่อชีวิต

(12) ท่าทางหวาดระแวง กลัวคนทำร้าย ไม่ไว้ใจใคร พูดคนเดียว

(13) หลงลืมง่าย จำคนคุ้นหน้าไม่ได้ สับสนเรื่องเวลา และสถานที่

2.3.22 ด้านการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต

จิตใจและสังคมเป็นสิ่งสำคัญยิ่งที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีชีวิตยืนยาวอย่างมีคุณภาพ ภารส่งเสริมสุขภาพจิต ช่วยเสริมความแข็งแกร่งให้แก่จิตใจ ผู้สูงอายุจึงควรดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตโดยปฏิบัติดังนี้

(1) เข้าใจและยอมรับความจริงของการเปลี่ยนแปลง ความไม่แน่นอนต่างๆ เกี่ยวกับสภาวะของตนเอง ครอบครัว และสังคม

(2) ฝึกฝนจิตใจให้อยู่ในหลักธรรม ไม่หลงอยู่ในลาภ ยศ สรรเสริญ ทำความดีเพื่อความดี ให้เกิดความภาคภูมิใจ

(3) ทำตนให้เป็นที่เคารพของคนทั่วไป ด้วยความเมตตากรุณา ซึ่งสามารถแสดงออกได้ทางกาย วาจา ใจ โดยไม่หวังผลตอบแทน และมีความเคารพในความคิดเห็นของบุคคลทั่วไป จะทำให้เข้ากับคนได้ทุกระดับ

(4) ทำสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อครอบครัว สังคมและตนเอง เท่าที่กำลังกาย กำลังสมองจะอำนวยเพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจเป็นที่เคารพรักของคนในครอบครัวและสังคม

(5) ใช้จ่ายให้พอดีกับเศรษฐกิจของตน จะทำให้เกิดความสุขใจโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น

(6) ทดแทนความเหงาและว้าเหว่ด้วยการทำกิจกรรมที่ตนชอบ หรือหาความบันเทิงจากสิ่งที่ตนพอใจ เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ดูแลต้นไม้ ประกอบอาหาร อย่าอยู่เฉยๆ จะทำให้ว้าเหว่ยิ่งขึ้น

(7) ทางสังคม ต้องมีเพื่อนต่างวัย เพื่อพูดคุยและเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ผู้สูงอายุต้องทำตัวให้เป็นที่รักของทุกวัย โดยมีการขัดแย้งให้น้อยที่สุด ทั้งกาย วาจา ใจ ปรับตัวเองให้ทันสมัยกับสังคมปัจจุบัน ไม่ยึดมั่นในความคิดดังเดิม ไม่ยึดถือความเป็นตัวตนของตน แต่ต้องพร้อมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นบ้าง จะทำให้อยู่ร่วมกับบุคลต่างวัยได้ ผู้สูงอายุควรสนใจรับรู้สิ่งใหม่ๆ และรับรู้การเปลี่ยนแปลงของสังคม ปรับตัวให้เข้ากับสังคมที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างมีความสุข ออกสังคมเป็นครั้งคราว เพื่อการพูดคุยสังสรรค์กับบุคลอื่น เช่นไปวัดปฏิบัติธรรม ไปทัศนศึกษาเพื่อเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม และเข้าชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ใกล้บ้านที่สุด เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพ ชะลอความเสื่อมและป้องกันการเจ็บป่วย

(8) ด้านกฎหมาย ผู้สูงอายุควรทำพินัยกรรมไว้ล่วงหน้าตั้งแต่ยังมีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ อาจเป็นพินัยกรรมลับหรือแจ้งให้ผู้อื่นทราบ เพื่อให้บุตรหลานปฏิบัติตามวัตถุประสงค์ของตน เช่น เกี่ยวกับมรดก ทรัพย์สินต่างๆ การปฏิบัติต่อศพ พิธีการจัดงานศพ หรืออื่นๆ

2.3.23 ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม

Regnier and Pynoos ได้กล่าวถึง ข้อที่ควรคำนึงถึงหลักพฤติกรรมทางสิ่งแวดล้อมจำนวน 12 ข้อ (ไตรรัตน์ จารุทัศน์, 2548) ดังนี้

Ref. code: 25605817035149ZGJ

(1) ความเป็นส่วนตัว (Privacy) ผู้สูงอายุได้มีความรู้สึกที่แยกออกมาจากผู้อื่น การเป็นส่วนตัวจากการได้ยินและการมองเห็นเป็นส่วนสำคัญในการเป็นส่วนตัวทางกายภาพ

(2) ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social Interaction) เช่น การสร้างกลุ่มที่อยู่อาศัยที่มีวัยใกล้เคียงกันให้มีกิจกรรมทางสังคมเกิดขึ้น เช่น กิจกรรมนันทนาการ การจับกลุ่มคุย และการพัฒนาความเป็นเพื่อน กิจกรรมทางสังคมจะป้องกันความซึมเศร้า โดยให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนเรื่องราว ปัญหา ประสบการณ์ชีวิตและเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน

(3) การควบคุมทางเลือก และการปกครองตนเอง (Control/ Choice/ Autonomy) การสร้างทางเลือกเป็นสิ่งสำคัญเพราะผู้สูงอายุมักมีความต้องการพิเศษจากคนส่วนใหญ่ พึงพอใจได้ยากกว่าการได้ความรู้สึกว่าสามารถควบคุมสถานการณ์และผลที่จะออกมาได้

(4) การลำดับความสำคัญของพื้นที่ (Orientation/Wayfinding) สร้างสิ่งแวดล้อมที่ลดความสับสนหาทางได้ง่าย สิ่งนี้สำคัญเพราะการรู้สึกหลงทางในอาคารทำให้เกิดความกลัวและไม่ มั่นใจในตนเอง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาการหลงลืมอยู่แล้ว การหลงทางจึงเกิดได้ง่ายในสิ่งแวดล้อมที่ซับซ้อน

(5) ความปลอดภัย (Safety/Security) สร้างสิ่งแวดล้อมที่ให้ความมั่นใจว่ามีความปลอดภัยจากอันตราย การบาดเจ็บ หรือลดความเสี่ยงนั้นลง ผู้สูงอายุมักมีปัญหาทางด้านร่างกาย และการสัมผัสรับรู้ เช่น ปัญหาทางการมองเห็น การควบคุมการทรงตัว การย่อตัว และการเคลื่อนไหวตามข้อต่อ ซึ่งทำให้ล้มได้ง่าย ประกอบกับระดับแคลเซียมในกระดูกที่ลดลงทำให้กระดูกหักได้ง่าย

(6) การเข้าถึงและการใช้งาน (Accessibility and Functioning) พื้นที่ ที่ใช้ได้จริง ตองมีการเข้าถึงได้ง่ายเป็นหลัก

(7) กระตุ้นประสาทสัมผัสและท้าทาย (Stimulation/Challenge) สร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย แต่ท้าทาย สิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นทำให้ผู้สูงอายุตื่นตัว สามารถทำได้จากการใช้สีสัน รูปร่างที่หลากหลาย

(8) ประสาทสัมผัส (Sensory spects) การกระตุ้นสามารถทำได้ เช่น กลิ่นจากครัว และสวน สีสัน และลวดลายจากเฟอรนิเจอร

(9) ความคุ้นเคย (Familiarity) สิ่งแวดล้อมที่อ้างอิงมาจากอดีต หรือได้อิทธิพลมาจากวัฒนธรรมท้องถิ่น สร้างความรู้สึกของความคุ้นเคยและเชื่อมโยง เนื่องจากการย้ายไปสู่สิ่งแวดล้อมที่พักอาศัยใหม่ สร้างความสับสนให้กับผู้สูงอายุ

(10) ความสวยงาม/รูปลักษณ์ (Aesthetics/Appearance) การออกแบบสิ่งแวดล้อมที่น่าดึงดูด และไม่ให้ความรู้สึกเป็นทางการของสถาบัน ภาพลักษณ์โดยรวมของสิ่งแวดล้อมสะท้อนเป็นมุมมองของผู้มาเยี่ยม และเพื่อสมาชิกครอบครัวต่อผู้สูงอายุ

(11) การทำให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล (Personalization) เปิดโอกาสให้สามารถสร้างสิ่งแวดล้อมส่วนตัวได้ สร้างสถานที่ให้มีความเป็นเอกลักษณ์ของผู้พักอาศัยในบ้านพักผู้สูงอายุ การแสดงออกถึงความเป็นตัวของตัวเองในพื้นที่นั้นทำได้อย่างมีข้อจำกัด สิ่งของส่วนตัวที่ใช้ในการตกแต่งมักมีความสำคัญมากกับผู้สูงอายุ สิ่งของสะสมสร้างการกระตุ้นให้นึกถึงความทรงจำเกาๆหรือความผูกผันทางอารมณ์กับเพื่อนและครอบครัวได้

Ref. code: 25605817035149ZGJ

(12) การปรับเปลี่ยน (Adaptability) สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงปรับปรุงได้ง่าย ทำให้การเปลี่ยนไปตามบุคคลได้ง่าย เช่น บางคนมีปัญหาทางด้านสายตา บางคนมีปัญหาที่ข้อต่อ ห้องน้ำ และครัวเป็นห้องสำคัญ ที่มีกิจกรรมการใช้งานจริงจังมากที่สุด จึงควรมีการออกแบบให้มีการปรับเปลี่ยนสำหรับผู้สูงอายุที่มีความต้องการต่างกันได

แนวคิดการออกแบบสภาพแวดล้อม และที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ มีหลักการ 4 ข้อ (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2559) ดังนี้

(1) มีความปลอดภัยทางกายภาพ ความปลอดภัยทางด้านร่างกายและสุขภาพอนามัย เช่น มีที่พักเพียงพอแยกเป็นสัดส่วน มีระบบสาธารณูปโภค และสาธารณูปการที่ดี มีระบบการปกป้องจากภายนอก เช่น เสียง แสงที่ดี จัดให้มีแสงสว่างเพียงพอบริเวณบันได และทางเข้า มีราวจับในห้องน้ำ พื้นกระเบื้องไม่ลื่น มีสัญญาณฉุกเฉินหัวเตียง หรือห้องน้ำ สำหรับขอความช่วยเหลือ เป็นต้น

(2) สามารถเข้าถึงได้ง่าย การมีทางลาดสำหรับรถเข็น ความสูงของตู้ที่ผู้สูงอายุสามารถหยิบของได้สะดวก หรือการจัดให้อยู่ใกล้แหล่งบริการต่างๆ เช่น วัด โบสถ์ ห้องสมุด โรงละคร สถาบันเพื่อการศึกษา บริการด้านสุขภาพ อยู่ภายในระยะที่สามารถเดินถึงได้ และการจัดให้ใกล้แหล่งระบบขนส่งมวลชน และใกล้แหล่งชุมชนเดิมเพื่อให้ญาติมิตรสามารถมาเยี่ยมเยียนได้สะดวก

(3) สามารถสร้างแรงกระตุ้น การตกแต่งสภาพแวดล้อม และที่อยู่อาศัยที่มีความน่าสนใจ การเลือกใช้สีที่เหมาะสม มีความสว่างและชัดเจนจะทำให้การใช้ชีวิตดูกระชุ่มกระชวย ไม่ซึมเศร้า และการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ กระตุ้นให้เกิดการนำความสามารถต่าง ๆ ของผู้สูงอายุมาใช้อย่างเต็มที่ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ใช้ความสามารถที่มี ก่อประโยชน์ให้กับชุมชน เช่น จัดที่อยู่อาศัยผู้สูงอายุไว้ใกล้กับโรงเรียนสอนเด็กเล็กหรือห้องสมุด เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยยืดเวลาให้ผู้สูงอายุสามารถที่จะดำรงชีวิตได้โดยไม่ต้องพึงพาผู้อื่น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

(4) ดูแลรักษาง่าย บ้านสำหรับผู้สูงอายุควรจะออกแบบให้ดูแลรักษาง่าย ด้วยเหตุนี้บ้านทั่วๆไปควรจะเล็ก ถ้าเป็นหลังใหญ่ควรจะมีห้องซึ่งง่ายต่อการปิดเอาไว้เพื่อสะดวกสบายในการดูแลบ้าน อาจมีบานเลื่อนอลูมิเนียมป้องกันพายุ

2.4 แนวคิดและทฤษฎี PRECEDE Framework

PRECEDE Model เป็นทฤษฎีด้านพฤติกรรมพัฒนาโดยลอเรนซ์ กรีน (Lawrence W. Green) ในปี ค.ศ. 1968-1974 (สถิตย์ พงษ์เจตสุพรรณ, 2558) มีวัตถุประสงค์เพื่อนำมาใช้ในการประเมินผลโครงสร้างงานสุขศึกษาต่าง ๆ เนื่องจากในระยะนี้งานด้านสุขศึกษาได้รับการพัฒนาให้เจริญก้าวหน้ามาก แต่ยังขาดความชัดเจนในเรื่องขอบเขตของงาน วิธีการขั้นตอนในการดำเนินการวางแผนและการประเมินผล ที่มีประสิทธิภาพ ต่อมา กรีน และผู้ร่วมงานในมหาวิทยาลัยจอห์น ฮอฟกินส์ (John Hopkins University) ได้พัฒนา PRECEDE สำหรับนำมาใช้ในการวินิจฉัยและประเมินผลโครงการสุขศึกษา และโครงการส่งเสริมสุขภาพอื่น ๆ ซึ่งแนวคิดนี้ได้ให้ความสำคัญต่อปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม และได้เสนอกระบวนการวิเคราะห์ โดยเริ่มจากเป้าหมายและสภาพการณ์ของปัญหาสุขภาพที่เป็นอยู่ย้อนกลับไป

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ยังสาเหตุ ว่าเป็นเพราะปัจจัยใดบ้าง หลังจากนั้น ในปี ค.ศ. 1980 กรีนได้ร่วมกับ มาร์เชลล์ รูเตอร์ (Marshall rueter) ได้พัฒนา PROCEED เพิ่มขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพที่เพิ่มไปจากงานสุขศึกษาดั้งเดิม ที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์การวินิจฉัยด้านการบริหารเป็นขั้นตอนท้ายสุดของ PRECEDE ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานมีวิสัยทัศน์กว้างไกล นอกจากกิจกรรมทางด้านการศึกษาหรือสุขศึกษา แล้วยังจะสามารถก้าวไปถึงความจำเป็นเกี่ยวกับการปฏิบัติการทางการเมือง การจัดการและเศรษฐกิจ ซึ่งมีผลต่อระบบสังคม สิ่งแวดล้อม จนถึงครรลองการดำเนินชีวิตที่มีสุข (Healthful Lifestyles) และจะทำให้มีความสมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ และสังคมมากยิ่งขึ้น หลังจากนั้นได้มีการพัฒนาปรับปรุง PRECEED-PROCEDE Model ต่อมาเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อที่จะสามารถอธิบายพฤติกรรมทางสุขภาพได้อย่างกระชับและสมบูรณ์มากขึ้น แบบจำลอง PRECEDE-PROCEED Model ประกอบด้วย ส่วนประกอบ 2 ส่วน (สุรีย์พันธุ์ วรพงศธร, 2558) คือ

ส่วนที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยปัญหา (Diagnostic Phase) เรียกว่า PRECEDE (Predisposing Enabling and Reinforcing Causes in Educational Diagnosis and Evaluation)

ส่วนที่ 2 เป็นระยะของการพัฒนาแผน ซึ่งจะต้องทำส่วนที่ 1 ให้เสร็จก่อนจึงจะวางแผนและนำไปสู่การดำเนินงานและประเมินผล ส่วนนี้เรียก PROCEED (Policy, Regulatory, and Organization Constructs in Education and Environmenta Development)(Green and Kreuter, 2005 อ้างถึงใน สถิตย์ พงษ์เจตสุพรรณ, 2558) โดยแบ่งเป็นรายละเอียดขั้นตอนที่เริ่มต้นจากเป้าหมายสุดท้าย ที่ต้องการให้เกิดขึ้นซึ่งตามทฤษฎี คือ คุณภาพชีวิตหรือการมีสุขภาพที่ดี มีขั้นตอนพื้นฐานในการวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพ ตั้งแต่การประเมินทางสังคม การประเมินทางระบาดวิทยา พฤติกรรม สภาพแวดล้อม การวิเคราะห์ทางการศึกษาและสิ่งแวดล้อม การวิเคราะห์ทางการบริหารนโยบาย และการปรับกำหนดแนวทาง การปฏิบัติงานตามแผน และการประเมินผล ซึ่งจะกล่าวโดยสรุปดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินทางสังคม (Phase 1: Social Assessment) เป็นการพิจารณาและประเมิน “คุณภาพชีวิต” ซึ่งถือว่า เป็นขั้นตอนแรกของการประเมินโดยการประเมิน สิ่งที่เกี่ยวข้องหรือตัวกำหนดคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วยนักเรียน กลุ่มคนวัยทำงาน เป็นต้น โดยสิ่งที่ประเมินได้จะต้องเป็นตัวชี้วัดและเป็นตัวกำหนดคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มนั้น (สุรีย์พันธุ์ วรพงศธร, 2558)

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินทางระบาดวิทยา (Phase 2: Epidemiological Assessment) เป็นการประเมินว่า มีปัญหาสุขภาพที่สำคัญอะไรบ้าง ซึ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้จะเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาสังคมหรือได้รับผลกระทบจากปัญหาสังคม ในขณะเดียวกันปัญหาสุขภาพก็มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเช่นกัน รวมทั้งเรื่องเกี่ยวกับพันธุกรรม ซึ่งถึงแม้ว่ายังไม่มีข้อมูลยืนยันชัดเจนว่าพันธุกรรมมีผลต่อภาวะสุขภาพอย่างไรบ้างก็ตาม ข้อมูลทางระบาดวิทยาจะชี้ให้เห็นถึงการเจ็บป่วย การเกิดโรคและปัญหาสุขภาพตลอดจนปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิด การเจ็บป่วยและการกระจายของโรค การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยาจะช่วยให้สามารถจักเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงานสุขศึกษาได้อย่างเหมาะสมต่อไป (สุรีย์พันธุ์ วรพงศธร, 2558)

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินทางการศึกษาและสิ่งแวดล้อม (Phase 3: Educational and Ecological Assessment) ในขั้นตอนนี้เป็นการประเมินเพื่อหาปัจจัยต่าง ๆ ทั้งที่เป็นปัจจัยภายใน

Ref. code: 25605817035149ZGJ

บุคคลและภายนอกบุคคล เพื่อนำข้อมูลมาแก้ไขปัญหาประกอบด้วย 3 กลุ่มปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม (สุรีย์พันธุ์ วรพงศธร, 2558)

1. ปัจจัยนำ (Predisposing Factor) หมายถึง ปัจจัยพื้นฐานที่เป็นคุณลักษณะของบุคคลที่ติดตัวมา ซึ่งก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หรือในอีกด้านหนึ่งปัจจัยนี้จะเป็นความพอใจ (Preference) ของบุคคลที่ได้มาจากประสบการณ์การเรียนรู้ (Education Experience) ซึ่งมีผลทั้งการสนับสนุนและยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล อาทิ เช่น ความรู้ทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ นอกจากนี้ ยังรวมไปถึงสภาพทางสังคม เศรษฐกิจ อายุ เพศ ระดับการศึกษา และขนาดของครอบครัว เป็นต้น

2. ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรหรือสิ่งแวดล้อมที่จำเป็นที่เกื้อกูลในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชน รวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ อาทิเช่น ราคาของบริการ ระยะทาง เวลาที่ใช้ สิ่งสำคัญคือการหาง่าย (Availability) และความสามารถที่จะเข้าถึง (Accessibility) แหล่งทรัพยากร รวมทั้งทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรม และกฎหมาย ก็ถือว่าเป็นปัจจัยเอื้อเช่นกัน

3. ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) หมายถึง ปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่า การปฏิบัติหรือพฤติกรรมสุขภาพได้รับการสนับสนุนหรือไม่เพียงใด ลักษณะและแหล่งของปัจจัยเสริมจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับปัญหาในแต่ละเรื่อง เช่น การดำเนินงานสุขศึกษาในโรงเรียนหรือสถานศึกษาในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นนักเรียน ปัจจัยเสริมที่สำคัญ ไดแก่ เพื่อนนักเรียน ครูอาจารย์หรือบุคคลในครอบครัว เป็นต้น ปัจจัยเสริมอาจเป็นการกระตุ้นเตือนการให้รางวัลที่เป็นสิ่งของ คำชมเชย การยอมรับการเอาเป็นแบบอย่าง การลงโทษ การไม่ยอมรับการกระทำนั้น ๆ หรืออาจเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้บุคคลนั้น ๆ ปฏิบัติตามก็ได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะไดรับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง และอิทธิพลของบุคคลต่าง ๆ นี้ ก็จะแตกต่างกันไป ตามพฤติกรรมของบุคคลและสถานการณ โดยอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม นั้น ๆ ก็ได้

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินทางการบริหารนโยบาย และการปรับกำหนดแนวทาง (Phase 4: Administrative Policy Assessment and Intervention Alignment) ขั้นนี้เป็นการประเมินความสามารถและทรัพยากรขององค์กร รวมทั้งด้านการบริหารเพื่อนำไปสู การสร้างแผนงานและดำเนินงานตามแผน อาจจะพบว่า มีปัญหาหลายประการที่ขัดขวางการวางแผนและดำเนินงาน เช่น การจำกัดของทรัพยากรการขาดนโยบายหรือนโยบายไมเหมาะสม ปัญหาด้านเวลา เป็นต้น ซึ่งปัญหาเหล่านี้ อาจจะแก้ไขได้โดยการร่วมมือประสานงานกับหน่วยงาน ส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานระดับสูงขึ้นไป นอกจากนี้ ในขั้นนี้จะเกี่ยวข้องกับการกำหนดกลยุทธ์และวิธีการต่างๆ ที่เหมาะสม โดยพิจารณาถึงสถานที่ที่จะมีโครงการส่งเสริมสุขภาพ เช่น ชุมชน สถานที่ประกอบการโรงงาน โรงเรียน คลินิกสุขภาพ หรือสถานบริการสุขภาพ เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 5 การปฏิบัติงานตามแผน (Phase 5: Implementation) เป็นการดำเนินงานตามกลวิธี วิธีการ และกิจกรรม โดยระบุผู้รับผิดชอบแต่ละเรื่องและประเด็นที่กำหนดไว้

ขั้นตอนที่ 6, 7, 8 การประเมินผล (Phase 6, 7, 8: Evaluation) ขั้นตอนนี้จะมีปรากฏอยู่ในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน

Ref. code: 25605817035149ZGJ

โดยทั้งนี้ต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการประเมินและดัชนีชี้วัดไว้ อย่างชัดเจนแล้ว การประเมินผลจะประกอบด้วย การประเมินใน 3 ระดับ คือ การประเมินโปรแกรมที่มีต่อปัจจัยทั้ง 3 ด้าน การประเมินผลกระทบของโครงการ และท้ายสุดคือ การประเมินผลลัพธ์ของโครงการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.5.1 ด้านปัจจัยส่วนบุคคล

จิตนภา ฉิมจินดา (2555) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสุขในชีวิตอยู่ในระดับมาก รายได้ ความสามารถในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม พัฒนกิจครอบครัวระยะวัยชรา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสุขในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ยังพบว่า พัฒนกิจครอบครัวระยะวัยชรา ความสามารถในการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม ได้ร้อยละ 57.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R^2=0.576, p<.01) (จิตนภา ฉิมจินดา, 2555)

จีรวรรณ ยศแผ่น (2557) ได้ศึกษาบทบาทครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลบ้านสาง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยาพบว่า เพศ อายุ สถานภาพ รายได้ ระดับการศึกษา อาชีพ และโรคประจำตัวผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับบทบาทของครอบครัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ และด้านการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับบทบาทของครอบครัวในการดูแลสุขภาพ ของผู้สูงอายุในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ และด้านการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (จีรวรรณ ยศแผ่น, 2557)

เตือนใจ ทองคำ (2549) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในอำเภอตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว และไม่มีโรคประจำตัว มีพฤติกรรมการดูแลตนเองต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 และผู้สูงอายุที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (เตือนใจ ทองคำ, 2549)

เบญจมาศ นาควิจิตร (2551) ได้ทำการศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ เพศ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัวที่ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาและรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (เบญจมาศ นาควิจิตร, 2551)

Ref. code: 25605817035149ZGJ

เบญจพร สว่างศรี และเสริมศิริ แต่งงาม (2556) ได้ทำการศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิงมีระดับการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าเพศชาย ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-65 ปี มีระดับการดูแลสุขภาพตนเองสูงสุด ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษามีระดับการดูแลสุขภาพตนเองสูงสุด ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสดมีระดับการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าสถานภาพสมรส (เบญจพร สว่างศรี และเสริมศิริ แต่งงาม, 2556)

ปฐญาภรณ์ ลาลุน (2554) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา สยามบรมราชกุมารี พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้ ผู้ป่วยที่มีอายุ ระดับการศึกษา รายได้ที่ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ปฐมาภรณ์ ลาลุน, 2554)

ปิ่นนเรศ กาศอุดม และมัณฑนา เหมชะญาติ (2554) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี โดยการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และผู้ที่เป็นเบาหวาน และความดันโลหิตสูง เน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุหรือแกนนำในชุมชน กิจกรรมสันทนาการ และการจัดการความเครียด พบว่า ผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 65.83 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คู่สมรสเสียชีวิตแล้ว มีการศึกษาระดับประถมศึกษายังประกอบอาชีพอยู่ และมีโรคประจำตัว ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่ มีโรคประจำตัวมากกว่าหนึ่งโรค ซึ่งโรคที่พบมากได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และกระดูกเสื่อม พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.59$, $p < .001$) (ปิ่นนเรศ กาศอุดม และมัณฑนา เหมชะญาติ, 2554)

พระสุรชัย อยู่กาโส (2550) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองท่าเรือ-พระแท่น อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า การศึกษาของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูลตนเองตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (พระสุรชัย อยู่กาโส, 2550)

พิพัฒน์ เพิ่มพูน (2553) ได้ทำการศึกษาความรุนแรงของโรคและพฤติกรรมการดูลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข้าเสื่อมในโรงพยาบาลศิริราช พบว่า ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า ร้อยละ 71 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง โดยพบว่าเพศ และสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับระดับของพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .031 และ.006 ตามลำดับ (พิพัฒน์ เพิ่มพูน, 2553)

พรพรรณ โรจน์ตระกูล (2555) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคผิวหนัง กรณีศึกษาสถาบันโรคผิวหนังกรุงเทพมหานคร พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคผิวหนังอยู่ในเกณฑ์สูง ปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง ส่วนระดับการศึกษา รายได้

Ref. code: 25605817035149ZGJ

มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (พรพรรณ โรจน์ตระกูล, 2555)

พวกผกา ชื่นแสงเนตร (2538) ได้ทำการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เขตพื้นที่พัฒนาอุตสาหกรรม ชายฝั่งทะเลภาคตะวันออก จังหวัดชลบุรี พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มที่ศึกษา มีความพึงพอใจในชีวิต ระดับดีร้อยละ 53.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ได้แก่ อายุ การศึกษา จำนวนรายได้ ความเพียงพอของรายได้ ภาวะสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับคนวัยเดียวกัน ภาวะสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับ 5 ปีก่อน จำนวนโรคประจำตัว บทบาทในสังคม จำนวนสมาชิกในครอบครัว องค์ประกอบของครอบครัว การปฏิบัติศาสนกิจ สัมพันธภาพในครอบครัว และพฤติกรรมการดูแลตนเอง และเมื่อทำการวิเคราะห์เพื่อทำนายความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความเพียงพอของรายได้ ภาวะสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับคนวัยเดียวกัน จำนวนสมาชิกในครอบครัว และอายุ สามารถร่วมทำนายความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ปัจจัยทั้ง 6 ด้าน สามารถร่วมทำนายความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุได้ถูกต้อง ร้อยละ 45.5 (พวกผกา ชื่นแสงเนตร, 2538)

ภรณี ตังสุรัตน์ และวิมลฤดี พงษ์หิรัญญ์ (2556) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาล ตำบลบางเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ระดับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับมาก การเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตามเพศ ระดับการศึกษา ภาวการณ์มีโรคประจำตัวการรับรู้ข่าวสารสุขภาพ และระดับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพแต่ไม่แตกต่างกันตามสถานภาพสมรส (ภรณี ตังสุรัตน์ และ วิมลฤดี พงษ์หิรัญญ์, 2556)

วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว (2557) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 60-69 ปี มากกว่า 50 % มีสถานภาพสมรส มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีรายได้ไม่เกิน 5,000 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่ารายจ่าย แหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่ได้รับจากสวัสดิการจากรัฐ เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน โดยมีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารเป็นพฤติกรรมดีที่สุด และเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุที่มี อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ความพอเพียงของรายได้ และภาวการณ์มีโรคประจำตัวแตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้สูงอายุที่มีเพศ ระดับการศึกษา แหล่งที่มาของรายได้ที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว, 2557)

วิไลพร ขำวงษ์ และคณะ (2554) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้

Ref. code: 25605817035149ZGJ

และฐานะการเงินมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วิไลพร ขำวงษ์ และคณะ, 2544)

วิลาวัลย์ รัตนา (2552) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุราษฎรธานี พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้เรียนหนังสือ มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงกว่า มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (วิลาวัลย รัตนา, 2552)

สถิต พงษ์เจตสุพรรณ (2558) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลท่าตอน อำเภอแม่อาย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอร้อยละ 65 โดยแยกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.23 ด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.06 ด้านการจัดการกับความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.14 ด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.23 ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ เพศ และอายุ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ (สถิตย์ พงษ์เจตสุพรรณ, 2558)

สิริพร สุธัญญา (2550) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสวนรมณีนาถ กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมในระดับสูง และผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาฐานะทางเศรษฐกิจ และสภาพการเป็นอยู่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน ส่วนเพศ และสถานภาพสมรสที่แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ในการศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความพึงพอใจในชีวิแตกต่างกัน ส่วนผู้สูงอายุที่มีเพศ สถานภาพสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจ และสภาพการเป็นอยู่แตกต่างกัน มีความพึงพอใจในชีวิตไม่แตกต่างกัน และพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิต ($r = .740$) (สิริพร สุธัญญา, 2550)

สุขเกษม ร่วมสุข (2553) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจากครอบครัวและเพื่อน การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสุนนทางด้านวัสดุ อุปกรณ์ การเงิน แรงงาน (สุขเกษม ร่วมสุข, 2553)

สุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล (2557) ได้ทำการศึกษาวุฒิวัยของผู้สูงอายุไทย พบว่า วุฒิวัยของผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ โดยการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุด้วยแบบจำลองโพรบิตตามลำดับ พบว่า ปัจจัยกำหนดวุฒิวัยของผู้สูงอายุไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .05 ได้แก่ อายุ เขตที่อยู่อาศัย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อปีการทำงาน การตรวจสุขภาพ การดูแลปรนนิบัติ และการออกกำลังกาย (สุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล, 2557)

สุครี ศิริวงศ์พากร (2556) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการเปิดรับข่าวสารที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการพึ่งตนเองของผู้สูงอายุ ในกรุงเทพมหานคร พบว่า การศึกษา

Ref. code: 25605817035149ZGJ

รายได้ และจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่แตกต่างกัน ทำให้ความสามารถในการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 (สุครี ศิริวงศ์พากร, 2556)

สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล และคณะ (2556) ได้ทำการสำรวจสุขภาวะผู้สูงอายุไทย พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิง มีโอกาสพบพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์มากกว่าเพศชาย 1.5 เท่า (95%CI : 1.4-2.4) ผู้ที่มีสถานภาพสมรส มีโอกาสพบพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ได้มากกว่าผู้ที่โสดหม้าย หย่า แยก 1.5 เท่า (95%CI : 1.1-1.9) ผู้ที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และสูงกว่ามีโอกาสพบพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้เรียน 1.7 เท่า (95%CI : 1.1-2.9) ผู้ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีโอกาสพบพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ได้มากกว่าผู้ที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมฯ 1.4 เท่า (95%CI : 1.1-1.9) ผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมชุมชนบางครั้งมีโอกาสพบพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ได้มากกว่าผู้ที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน 2.0 เท่า (95%CI : 1.6-4.6) ผู้ที่มีและใช้สมุดคู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพ มีโอกาสพบพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ได้มากกว่าผู้ที่ไม่มี หรือมีแต่ไม่ใช้สมุดคู่มือ 2.0 เท่า (95%CI :1.4-2.7) (สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล และคณะ, 2556)

สุปราณี สูงแข็ง (2542) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดอุดรธานีพบว่า เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย จะไปพบแพทย์ที่คลินิกหรือสถานีอนามัย ประมาณเกือบครึ่งหนึ่งซื้อยารับประทานเอง เมื่อเจ็บป่วยมากจะรับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ/เอกชน พฤติกรรมการดูแลตนเองส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง มีการรับประทานอาหาร การขับถ่าย และงดบุหรี่ที่ถูกต้อง ส่วนเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ การยอมรับ การยกย่อง การตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร เงินทอง สิ่งของ และแรงงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (สุปราณี สูงแข็ง, 2542)

สุรจิตต์ วุฒิการณ์, พิสิษฐ์ จอมบุญเรือง และไพศาล สรรสรวิสุทธิ์ (2556) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบางมูลนาก อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร พบว่า ผู้สูงอายุมีอายุอยู่ระหว่าง 60 – 65 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.2 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 39.1 ผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในระหว่างตัวแปร พบว่า ตัวแปรปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรคุณภาพชีวิต และการศึกษายังพบว่า ตัวแปรทั้ง 4 ประกอบด้วย คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กันที่ระดับนัยสำคัญ .05 และเมื่อศึกษาจากค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และปัจจัยนำมีความสัมพันธ์กันมากที่สุด (r = .582) และสัมพันธ์ในทางบวก ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (สุรจิตต์ วุฒิการณ์ และคณะ, 2556)

อิดเรส อาบู (2549) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุขาวไทยมุสลิม ในตำบลกะมิยอ อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี พบว่า อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา บุคคลที่อยู่ร่วมอาศัยที่แตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ที่ .05 ส่วนตัวแปรเพศ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ประวัติการเจ็บป่วย การรับรู้

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค และระดับการปฏิบัติศาสนกิจ จะมีการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน (อิดเรส อาบู, 2549)

เอกรัตน์ เชื้ออินถา (2540) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย พบว่า เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องของกิจกรรมทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05, .001, .01, .001 ตามลำดับ (เอกรัตน์ เชื้ออินถา, 2540)

2.5.2 ด้านปัจจัยนำ

กมล วิเศษงามปกรณ์ และวัชรี ศรีทอง (2559) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลไผ่ท่าโพ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมในระดับเหมาะสมปานกลาง (Mean = 3.56 ± SD.1.26) และพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ได้แก่ 1) การศึกษา 2) สถานภาพสมรส 3) การมีผู้ร่วมอาศัย 4) การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ 5) การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ 6) ความพอเพียงของรายได้ 7) ความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง (กมล วิเศษงามปกรณ์ และวัชรี ศรีทอง,2559)

จีรวรรณ ยศแผ่น (2557) ได้ศึกษาบทบาทครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลบ้านสาง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา พบว่า การช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับบทบาทของครอบครัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ และด้านการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (จีรวรรณ ยศแผ่น, 2557)

เตือนใจ ทองคำ (2549) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในอำเภอตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์ (เตือนใจ ทองคำ, 2549) พบว่า

1. การเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ สามารถร่วมกันทำนาย พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านร่างกายของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 36.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001

2. การเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว โลกทัศน์ต่อชีวิตผู้สูงอายุ และการเห็นคุณค่าในตนเอง สามารถร่วมกันทำนาย พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านจิตใจของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 44.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001

3. การเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ และการเห็นคุณค่าในตนเองสามารถร่วมกันทำนาย พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสังคมของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 37.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001

4. การเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว สามารถร่วมกันทำนาย พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านเศรษฐกิจ และสังคมของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 27.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001

5. การเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ การเห็นคุณค่าในตนเอง โลกทัศน์ต่อชีวิตผู้สูงอายุ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 52.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001

Ref. code: 25605817035149ZGJ

เนตรดาว จิตโสภากุล (2557) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ที่ 6 ตำบลบึงศาล อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก พบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมผ่านสื่อจากแหล่งต่างๆ และการมีและการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปใช้บริการได้สะดวก สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 40.0 (เนตรดาว จิตโสภากุล, 2557)

เบญจมาศ นาควิจิตร (2551) ได้ทำการศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และความสุขของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนด้านการดูแลสุขภาพตนเอง เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 การรับรู้ความสามารถของตนด้านการดูแลสุขภาพตนเอง เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัว และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 54.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 (เบญจมาศ นาควิจิตร, 2551)

พรพรรณ โรจน์ตระกูล (2555) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาสถาบันโรคผิวหนัง กรุงเทพมหานคร พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิต ที่ระดับ .05 และพบว่า การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการศึกษาสามารถร่วมกันพยากรณ์ความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 35.6 (พรพรรณ โรจน์ตระกูล, 2555)

พระสุรชัย อยู่กาโส (2550) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองท่าเรือ-พระแท่น อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ความตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุ และแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุขสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมด้านอโรคยาของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุขสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (พระสุรชัย อยู่กาโส, 2550)

สุนทร โสภณอัมพรเสนีย์ (2551) ได้ทำการศึกษาการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโดยกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ บ้านหนองพลวง ตำบลหนองพลวง อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองการรับรู้พลังอำนาจของตนเอง

Ref. code: 25605817035149ZGJ

และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ก่อนดำเนินการ และหลังดำเนินการ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (สุนทร โสภณอัมพรเสนีย์, 2551)

สวณี เต็งรังสรรค์ (2535) ได้ทำการศึกษาการเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองกับนอกเขตเทศบาลเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่า การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุทั้ง 2 เขต มีความแตกต่างกัน (p-value = .025) และการดูแลสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ต่อสุขภาพตนเอง และปริทัศน์ความเป็นเมืองหรือความเป็นชนบทในระดับต่ำ (p-value < .01 และ p-value = .016 ตามลำดับ) (สวณี เต็งรังสรรค์, 2535)

สุครี ศิริวงศ์พากร (2556) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการเปิดรับข่าวสารที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการพึ่งตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เปิดรับสื่อโทรทัศน์เป็นประจำ เปิดรับสื่อวิทยุกระจายเสียงนานๆ ครั้ง เปิดรับสื่อสิ่งพิมพ์นานๆครั้ง เปิดรับสื่ออินเตอร์เน็ตนานๆครั้ง และเปิดรับสื่อบุคคลบ่อยครั้ง และความสามารถในการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับผู้สูงอายุจากทุกสื่อ ได้แก่ วิทยุโทรทัศน์ วิทยุกระจายเสียง สิ่งพิมพ์ อินเตอร์เน็ต สื่อกิจกรรมและสื่อบุคคล มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (สุครี ศิริวงศ์พากร, 2556)

2.5.3 ด้านปัจจัยเอื้อ

เนตรดาว จิตโสภากุล (2557) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ที่ 6 ตำบลบึงศาล อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก พบว่า การมี และการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข ที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปใช้บริการได้อย่างสะดวก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (เนตรดาว จิตโสภากุล, 2557)

ปฐญาภรณ์ ลาลุน (2554) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา สยามบรมราชกุมารี พบว่า เจตคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การเข้ารับบริการสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ปฐมาภรณ์ ลาลุน, 2554)

มนฑิญา กงลา และจรวย กงลา (2558) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลท่าไฮ อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง ด้านการเข้าถึงสถานบริการในการส่งเสริมสุขภาพ และด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .382, p-value < .001), (r = .310, p-value <0.001) ตามลำดับ (มนฑิญา กงลา และ จรวย กงลา, 2558)

สถิต พงษ์เจตสุพรรณ (2558) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลท่าตอน อำเภอแม่อาย จังหวัดเชียงใหม่

Ref. code: 25605817035149ZGJ

พบว่า ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ (สถิต พงษ์เจตสุพรรณ, 2558)

2.5.4 ด้านปัจจัยเสริม

เนตรดาว จิตโสภากุล (2557) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ที่ 6 ตำบลบึงศาล อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01 (เนตรดาว จิตโสภากุล, 2557)

เบญจมาศ นาควิจิตร (2551) ได้ทำการศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และความสุขของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ ของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัว และการสนับสนุนด้านการดูแล สุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 (เบญจมาศ นาควิจิตร, 2551)

ปฐญาภรณ์ ลาลุน (2554) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา สยามบรมราชกุมารี พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (ปฐมาภรณ์ ลาลุน, 2554)

พรพรรณ โรจน์ตระกูล (2555) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาสถาบันโรคผิวหนัง กรุงเทพมหานคร พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (พรพรรณ โรจน์ตระกูล, 2555)

พระสุรชัย อยู่กาโส (2550) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองท่าเรือ-พระแท่น อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า แรงสนับสุนนจากบุคคลในครอบครัวสามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข และแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและความตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเอง ตามยุทธสาสตร์เมืองไทยแข็งแรง 6 อ. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (พระสุรชัย อยู่กาโส, 2550)

มนฑิญา กงลา และจรวย กงลา (2558) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลท่าไฮ อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี พบว่า ปัจจัยด้านการได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคล และด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .435$, p-value $< .001$), ($r = .468$, p-value $< .001$) ส่วนด้านอายุ และด้านการรับรู้

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ภาวะสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (มนฑิญา กงลา และจรวย กงลา, 2558)

มาริสา ประทุมมา (2550) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น บนพื้นฐานของปัจจัยส่วนบุคคล และการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐาน ด้านช่วงอายุและด้านสภาวะเศรษฐกิจ การเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคม และพบว่า การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (มาริสา ประทุมมา, 2550)

วิลาวัลย รัตนา (2552) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุราษฎรธานี (วิลาวัลย์ รัตนา, 2552) พบว่า

1. การสนับสนับสนุนทางสังคมทุกด้าน ยกเว้นด้านสิ่งอำนวยความสะดวก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้ยังพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมทุกด้านยกเว้นด้านการประเมินพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และสังคม สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 23.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 30.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001

สถิต พงษ์เจตสุพรรณ (2558) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลท่าตอน อำเภอแม่อาย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (สถิตย์ พงษ์เจตสุพรรณ, 2558)

สารภี พุฒคง และคณะ (2552) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการใช้ยาและการรับรู้ พบว่า การสนับสนุนของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการใช้ยา แต่การสนับสนุนของบุคลากรทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคหืด คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการใช้ยาในระดับมาก มีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรคหืดในระดับต่ำ ซึ่งอธิบายได้ว่า เมื่อผู้สูงอายุรับรู้ว่าควบคุมโรคหืดได้น้อย จึงมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองมาก (สารภี พุฒคง และคณะ, 2552)

สุกิจ ทองพิลา และคณะ (2557) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 43 เขตมีนบุรี กรุงเทพมหานคร การได้รับคำแนะนำจากแพทย์

Ref. code: 25605817035149ZGJ

มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (สุกิจ ทองพิลา และคณะ, 2557)

มนตรี ประเสริฐรุ่งเรือง และดุษฎี อายุวัฒน์ (2559) ได้ทำการศึกษาการสร้างทางเลือกในการพึ่งพาตนเองอย่างมีคุณค่าของผู้สูงอายุรุ่นใหม่ พบว่า การพึ่งพาตนเองอย่างมีคุณค่าของผ้สูงอายุ เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างการใช้ความสามารถของผู้สูงอายุเอง ร่วมกับการใช้ประโยชน์จากโครงสร้างทางสังคม ภายใต้การไกล่เกลี่ยเชิงคุณค่าระหว่างค่านิยมทางสังคม และคุณค่าของผู้สูงอายุ และยังพบว่า การสร้างทางเลือกในการพึ่งพาตนเองอย่างมีคุณค่าของผู้สูงอายุเป็นกระบวนการจัดสรรทรัพยากร ภายใต้เงื่อนไขทางสังคม ให้เกิดประสิทธิภาพด้วยการสร้างหน่วยปฏิสัมพันธ์ย่อย (มนตรี ประเสริฐรุ่งเรือง และดุษฎี อายุวัฒน์, 2559)

อินทุกานต์ กุลไว (2552) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทนและการสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ความเข้มแข็งอดทนอยู่ในระดับสูง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง และความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ความเข้มแข็งอดทนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง กับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .73) และการสนับสุนนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .67) ความเข้มแข็งอดทน และการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกันทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 59 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (R^2=.59) (อินทุกานต์ กุลไวย, 2552)

2.5.5 งานวิจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

กันยารัตน์ อุบลวรรณ (2540) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว มีการขับถ่ายปกติ ไม่สูบบุหรี่ นอนหลับกลางคืน 6-8 ชม. มีการป้องกันอุบัติเหตุทั้งภายในและภายนอกบ้าน ไม่มีการตรวจสุขภาพประจำปี เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยจะซื้อยารับประทานเอง แต่ถ้าเจ็บป่วยรุนแรงจะไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้สูงอายุส่วนมากจะมีความรู้สึกโกรธ เสียใจ และหงุดหงิด มีการปฏิบัติตัวโดยการยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น นอกจากนี้พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุ ไม่มีการออกกำลังกาย และดื่มชา กาแฟ และแอลกอฮอล์ (กันยารัตน์ อุบลวรรณ, 2540)

กาญจนา ปัญญาธร (2557) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลและความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดูแลที่ได้รับ : กรณีศึกษาบ้านหนองตะไก้ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี พบว่าผู้สูงอายุมีความเสื่อมของร่างกายทุกระบบ และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 9.38 ต้องพึ่งพาครอบครัวในการดำเนินชีวิต ร้อยละ 54.7 ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ ได้แก่ แว่นสายตา ร้อยละ 26.6 ฟันปลอม ร้อยละ 14.4 และไม้เท้า ร้อยละ 14 พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล พบว่า มีการดูแลด้านร่างกาย โดยดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล อาหาร การออกกำลังกาย และดูแลเมื่อเจ็บป่วย ด้านจิตใจ สอบถามทุกข์สุข ให้ความรักเอาใจใส่ และปฏิบัติต่อผู้สูงอายุด้วยความเคารพ ด้านสังคม สนับสนุนให้พบปะเพื่อนบ้าน และเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ด้านจิตวิญญาณ สนับสนุนให้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และความเชื่อ ความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดูแลที่ได้รับ

Ref. code: 25605817035149ZGJ

อยู่ในระดับมาก ด้านครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และด้านชุมชนมีความพึงพอใจระดับมาก (กาญจนา ปัญญาธร, 2557)

ชาลินี พรตเจริญ (2556) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ในเขตเทศบาลเมืองจันทบุรี พบว่า มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยภาพรวมด้านความถี่ การได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ข้อมูลด้านสุขภาพและการมีโรคประจำตัว พบว่าในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ประชาชนมีสุขภาพดี เจ็บป่วยเป็นบางครั้งหรือนาน ๆ ครั้ง และเมื่อเทียบกับคนที่มีอายุรุ่นราวคราวเดียวกัน จะมีสุขภาพแข็งแรงกว่าหรือเหมือนๆกัน ส่วนประชาชนที่พบว่ามีโรคประจำตัว จะมีการรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐบาล เป็นอันดับแรก รองลงมาคือรักษาที่คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน ซื้อยารับประทานเอง และรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นอันดับสุดท้าย และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองจันทบุรีอยู่ในระดับมาก (ชาลินี พรตเจริญ, 2556)

ณัฐพล สว่างสุนทรเวศย์ (2551) ได้ทำการศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตอำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองมาจากบุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 78.90 มีการดูแลสุขภาพตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การนอนหลับ และการพักหย่อนใจ การออกกำลังกาย การใช้สารเสพติด การรักษาสุขภาพจิตโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับดี การเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพตนเองระหว่างผู้สูงอายุเพศชายกับผู้สูงอายุเพศหญิง และการเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพตนเองระหว่างผู้สูงอายุที่มีอาชีพเดิม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (ณัฐพล สว่างสุนทรเวศย์, 2551)

ทนงศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข, ภาณุวัฒน์ เชิดเกียรติกูล และปณิตา วรรณพิรุณ (2557) ได้ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้และอาชีพของผู้สูงอายุ : การเรียนรู้เพื่อส่งเสริมภาวะพฤฒิพลัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีความรู้เกี่ยวกับแหล่งการเรียนรู้ (60.0%) ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อพัฒนาตนเอง (50.0%) ไม่รู้วิธีการเรียนรู้ (50.0%) และไม่เคยได้รับการฝึกทักษะในการเรียนรู้ (50.0%) ในด้านความต้องการด้านการเรียนรู้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ต้องการพัฒนาวิธีการเรียนรู้ (60.0%) ไม่ต้องการใช้แหล่งเรียนรู้ (50.0%) ไม่ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาตนเอง (50.0%) ไม่ต้องการฝึกนิสัยการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง (50.0%) ไม่ต้องการได้รับการส่งเสริมสนับสนุนการเรียนรู้ (40.0%) แต่มีความต้องการได้รับการพัฒนาทักษะในการเรียนรู้ (55.0%) กลุ่มตัวอย่างนำความรู้ที่ได้จากการเข้าร่วมอบรมโครงการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุเรื่องปัญหาสุขภาพจากการทำงาน ไปใช้ในชีวิตประจำวัน โดยมีการหยุดพักหรือเปลี่ยนอิริยาบถ ระหว่างการทำงานเป็นระยะๆ บางคนเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายโดยการรำกระบองทุกวัน เป็นเวลา 1 เดือน ผลการเปรียบเทียบภาวะพฤฒิพลังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะพฤฒิหลังเรียนรู้สูงกว่าก่อนเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ทนงศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข, ภาณุวัฒน์ เชิดเกียรติกูล, และปณิตา วรรณพิรุณ, 2557)

ทวีศักดิ์ จินดากาศ (2556) ได้ทำการศึกษา ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการดูแลผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่ ตำบลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา พบว่า ปัจจัยที่มีผลกระทบด้านสวัสดิการทางสังคม ด้านเศรษฐกิจและด้านความเป็นอยู่ ในภาพรวมมีความต้องการในระดับปาน

Ref. code: 25605817035149ZGJ

กลาง ด้านสุขภาพอนามัย ด้านขนบธรรมเนียมประเพณี ด้านการศึกษา และด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ในภาพรวมมีความต้องการในระดับมาก (ทวีศักดิ์ จินดากาศ, 2557)

ธีระชัย พรหมคุณ และคณะ (2557) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี ปัจจัยนำ, ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กันในระดับมาก (R=.75) โดยตัวแปรทั้ง 3 กลุ่มนี้ สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ตนเองของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 56.0 และมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ 0.24 ตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษ มี 4 ตัวแปร คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข การเป็นสมาชิกชมรมผู้สุงายุและการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ ได้ร้อยละ 55.0 และมีความคลาดเคลื่อน มาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ 0.24 (ธีระชัย พรหมคุณ และคณะ 2557)

เบญจมาศ นาควิจิตร (2551) ได้ทำการศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ ของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (เบญจมาศ นาควิจิตร, 2551)

พรรณประภา อินทรวิทยนันท์ (2554) ได้ทำการศึกษาการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุเดี่ยวโดยภาคเอกชนในกรุงเทพมหานคร พบว่า รูปแบบการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุเดี่ยวของรัฐที่ผ่านมาจะอยู่ในรูปของสถาบัน (Institutions Care Model) เช่น บ้านพักคนชราบางแค แบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่ ประเภทสามัญ, ประเภทเสียค่าบริการ และประเภทพิเศษ โดยประเภทแรกไม่เสียค่าใช้จ่าย ซึ่งเป็นที่นิยมพักอาศัยของผู้สูงอายุเดี่ยวที่ยากจน ส่วนอีกสองประเภทหลังเสียค่าบริการ ส่วนปัญหาจากการดำเนินนโยบายของรัฐได้แก่ ปัญหาการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ปัญหาการประสานงานระหว่างหน่วยงานของภาครัฐ และนโยบายของรัฐ ไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุเดี่ยว (พรรณประภา อินทรวิทยนันท์, 2554)

วาริษฐา พวงมะลิ (2557) ได้ศึกษาการพัฒนาบทบาทของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพของตนเอง พบว่า การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ด้านการจัดการความเครียด และด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม การพัฒนาบทบาท มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (วาริษฐา พวงมะลิ, 2557)

วิไลพร ขำวงษ์ และคณะ (2554) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 66.1 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกองค์ประกอบมีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านร่างกายคิดเป็นร้อยละ 75.7 ด้านจิตใจร้อยละ 53.7 ด้านสัมพันธภาพทางสังคมร้อยละ 66.0 และด้านสิ่งแวดล้อมร้อยละ 62.6 ตามลำดับ (วิไลพร ขำวงษ์ และคณะ 2544)

วิภาพร สิทธิสาตร์ และสุชาดา สวนนุ่ม (2550) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เขตความรับผิดชอบของ สถานีอนามัยบ้านเสาหิน ตำบลวัดพริก

Ref. code: 25605817035149ZGJ

อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือกลุ่มตัวอย่างมีการปรึกษาแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที เมื่อมีอาการผิดปกติ ค่าเฉลี่ย 3.58 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ มีคนในครอบครัวดูแล และช่วยเหลือ ค่าเฉลี่ย 3.58 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ มีการทำกิจกรรมเพื่อยืดเส้นยืดสาย เช่น แกว่งแขน ยืดขา ค่าเฉลี่ย 3.43 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ รับประทานอาหารรสเค็มจัด ค่าเฉลี่ย 3.80 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ พยายามทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ค่าเฉลี่ย 3.61 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาการจัดการกับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ สามารถที่จะเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีสติ ค่าเฉลี่ย 3.56 (วิภาพร สิทธิสาตร์ และ สุชาดา สวนนุ่ม, 2550)

ศิริรัตน์ รอดแสวง (2559) ได้ทำการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลทุ่งทอง อำเภอหนองบัว จังหวัดนครสวรรค์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50.8 เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.0 มีอายุระหว่าง 60–69 ปี ร้อยละ 74.6 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.0 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 83.1 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับดี ($\overline{X}$ = 2.54, S.D. = 0.24) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก (r = .224, p < .010) การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคสุขภาพช่องปาก (r = .249 , p < .004) การเข้าถึงการบริการการดูแลสุขภาพช่องปาก (r = .578 , p < .001) แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (r = .334 , p< .001) จากเพื่อน (r = .517 , p < .001) จากบุคลากรทางการแพทย์ (r = 0.517, p< .001) และรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก (p = .004) (ศิริรัตน์ รอดแสวง, 2559)

จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับจังหวัดพะเยาที่มี ดัชนีการสูงวัยร้อยละ 120.0 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) ผลกระทบที่ตามมาอันเนื่องมาจากกระบวนการสูงอายุ ซึ่งได้แก่ปัญหาการดูแลสุขภาพของตนเอง อาทิ การรับประทานอาหาร/ยา การออกกำลังกาย การพักผ่อน การจัดการความเครียด การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม และจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ โรคประจำตัว ลักษณะครอบครัว การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว/การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์รวมถึงบุคคลในชุมชน การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งสนับสนุนกรอบแนวคิดการวิจัย ที่ผู้ศึกษาได้มีการนำ แนวคิดของแนวคิด PRECEDE Model (Predisposing reinforcing and enabling constructs in education diagnosis and evaluation model) ซึ่งพัฒนาโดย Green and Krueter (1991) มาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดตัวแปร ผู้ศึกษาสนใจที่จะศึกษา

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ผู้สูงอายุว่ามีปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อจะได้นำผลการศึกษาที่ได้มาเป็นข้อมูลพื้นฐาน สำหรับการวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการวางแผนให้ความรู้ สนับสนุน ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตลอดจนการวางแผนต่อผู้ที่ยังไม่ได้เข้าสู่วัยสูงอายุให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี รวมถึงส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพได้อย่างเหมาะสมเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่สมบูรณ์ในอนาคตข้างหน้า

Ref. code: 25605817035149ZGJ

บทที่ 3
วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) และแบบตัดขวาง (Cross sectional) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา ในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2560 ถึงเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2560

3.1 ลักษณะของสถานที่ที่ใช้เก็บข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้จะดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลในพื้นที่จังหวัดพะเยา ซึ่งเป็นจังหวัดชายแดนตั้งอยู่ทางภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย ทิศเหนือ ติดต่อกับอำเภอพาน อำเภอป่าแดด และอำเภอเทิง จังหวัดเชียงราย ทิศใต้ อำเภองาว จังหวัดลำปาง และอำเภอสองจังหวัดแพร่ ทิศตะวันออก ติดต่อกับอำเภอสองแคว อำเภอท่าวังผา อำเภอน่าน อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน แขวงไชยะบุลี สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ทิศตะวันตก ติดต่อกับอำเภองาว อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง) จังหวัดพะเยามีพื้นที่ประมาณ 6,335.06 ตารางกิโลเมตรหรือ 3,959,412 ไร่ แบ่งเขตการปกครองประกอบด้วย 9 อำเภอ คือเมืองพะเยา แม่ใจ เชียงคำ ดอกคำใต้ ปง จุน เชียงม่วน ภูซาง และภูกามยาว แบ่งเป็น 68 ตำบล 779 หมู่บ้าน (สำนักงานจังหวัดพะเยา, 2558) พื้นที่ดังกล่าวมีสถานบริการด้านสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 2 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง จำนวน 7 แห่ง โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหมขนาดเตียงผู้ป่วย 30 เตียง จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 95 แห่ง ศูนย์การแพทย์และการบริการทางด้านสาธารณสุข มหาวิทยาลัยพะเยา 1 แห่ง และสถานบริการสุขภาพเอกชนที่ให้บริการอีก 157 แห่ง (สำนักงานจังหวัดพะเยา, 2558)

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร

ประชากรที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ เป็นกลุ่มผู้สูงอายุประเภทช่วยเหลือตนเองได้ดี (Well elder) ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 51,180 ราย ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดพะเยา (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2559)

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุประเภทช่วยเหลือตนเองได้ดี (Well elder) โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรการประมาณค่าสัดส่วน ที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนของโดยใช้สูตรของ เครซี่ และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970)

Ref. code: 25605817035149ZGJ

$$n = \frac{NZ^{2}_{\infty/2}\,p(1-p)}{d^{2}(N-1) + Z^{2}_{\infty/2}\,p(1-p)}$$

n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จากการคำนวณ

$Z_{\infty/2}$ คือ สถิติ Z ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.96

p คือ ค่าสัดส่วนที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม (สัดส่วนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่ไม่พึงประสงค์ในภาคเหนือมีค่าเท่ากับ 0.83) (สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล และคณะ 2556)

d คือ ค่าคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ กำหนดเท่ากับ 0.05

N คือ จำนวนประชากรกลุ่มผู้สูงอายุประเภทช่วยเหลือตนเองได้ดี (Well elder) หรือกลุ่มติดสังคม กับกลุ่มติดบ้าน (Home bound elder) ซึ่งมีค่าเท่ากับ 51,180 ราย

$$n = \frac{(51{,}180)(1.96)^2(0.83)(1-0.83)}{(0.05)^2(51{,}180-1) + (1.96)^2(0.83)(1-0.83)}$$

$$n = 216$$

ได้กลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณ เท่ากับ 216 ราย ซึ่งเมื่อรวมกับอัตราการสูญหายไปของกลุ่มตัวอย่าง (attrition rate) 10% จึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 238 ราย

3.2.3 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากในจังหวัดพะเยามีลักษณะเศรษฐกิจ บริบททางสังคม และวัฒนธรรมที่ค่อนข้างแตกต่างกัน จึงใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling technique) ซึ่งมีกระบวนการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มอำเภอแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster Random Sampling) โดยแบ่งอำเภอออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เขตชนบท และเขตชุมชนเมือง (ประชากรตั้ง 10,000 คนขึ้นไป) ดังนี้

1. เขตชนบท ได้แก่ อำเภอปง อำเภอเชียงม่วน และอำเภอภูกามยาว

2. เขตชุมชนเมือง ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอเชียงคำ อำเภอจุน อำเภอดอกคำใต้ อำเภอจุน และอำเภอแม่ใจ

3. ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยจับสลากแบบไม่แทนที่ (Simple random sampling) จากเขตชนบท และเขตชุมชนเมือง เขตละ 1 อำเภอ ได้อำเภอภูกามยาว เป็นตัวแทนอำเภอที่เป็นเขตชนบท และอำเภอเมืองเป็นตัวแทนเขตชุมชนเมือง

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มตำบลจาก 2 อำเภอ มาอย่างละ 2 ตำบล โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยจับสลากแบบไม่แทนที่ (Simple random sampling) ดังนี้

1. ตัวแทนตำบลของอำเภอภูกามยาว ได้แก่ ตำบลห้วยแก้ว และตำบลดงเจน

2. ตัวแทนตำบลของอำเภอเมือง ได้แก่ ตำบลแม่กา และตำบลแม่นาเรือ

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มหมู่บ้านอย่างง่ายโดยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่ มาตำบลละ 1 หมู่บ้าน จาก 4 ตำบล ได้หมู่บ้านที่เป็นตัวอย่างจำนวน 4 หมู่บ้าน **ตามตารางที่ 3.1**

ขั้นตอนที่ 4 คำนวณตัวอย่างผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้านตัวอย่างโดยใช้สูตร

$$\text{จำนวนตัวอย่างแต่ละหมู่บ้าน} = \frac{\text{จำนวนตัวอย่างที่ต้องการ} \times \text{จำนวนประชากรผู้สูงอายุในหมู่บ้าน}}{\text{ประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดของทุกตำบล}}$$

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ตารางที่ 3.1 จำนวนผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้านที่คำนวณได้ มีดังนี้

อำเภอตัวอย่าง	ตำบลตัวอย่าง	หมู่บ้านตัวอย่าง	จำนวนประชากรผู้สูงอายุ	จำนวนตัวอย่าง
เมือง	แม่กา	แม่กาห้วยเคียน	193	81
เมือง	แม่นาเรือ	บ้านไร่	97	41
ภูกามยาว	ห้วยแก้ว	หาดแฟน	120	51
ภูกามยาว	ดงเจน	กว้านเหนือ	154	65
		รวม	**564**	**238**

ขั้นตอนที่ 5 ผู้วิจัยขอรายชื่อผู้สูงอายุ และที่อยู่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สุ่มตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุ เลือกบ้านโดยวิธี Simple random sampling ให้ได้เท่ากับจำนวนตามสัดส่วนของจำนวนผู้สูงอายุในหมู่บ้านนั้นๆ

3.2.4 เกณฑ์สำหรับคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

(1) ประชาชนที่มีภูมิลำเนา ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดพะเยาในปัจจุบัน ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง

(2) เป็นผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรองสมรรถนะผู้สูงอายุเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพบว่าช่วยเหลือตัวเองได้ /ติดสังคม (ADL 12-20 คะแนน) จากนักวิชาการสาธารณสุข ประจำพื้นที่ ที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ ซึ่งได้ขอข้อมูล Secondary data ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ตัวอย่างในการเก็บข้อมูล

(3) เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดีโดยโดยใช้การทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย : MMSE-thai 200 (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554) ในส่วนของ Orientation for Time 5 ข้อ ซึ่งจะทำการประเมินจากผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัย จำนวน 2 ท่าน ในวันที่ทำการลงเก็บข้อมูล

(4) ไม่มีปัญหาในการได้ยิน

3.2.5 เกณฑ์การคัดแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

(1) อาสาสมัครที่มีอาการไม่สุขสบาย เช่น ปวดศีรษะ เป็นไข้ หรืออาการอื่นๆที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย เป็นแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วยคำถามปลายปิด (Closed End Question) และคำถามปลายเปิด (Opened Question) ซึ่งผู้วิจัยนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ แหล่งของรายได้ รายได้ ลักษณะครอบครัว ผู้ที่สามารถพึ่งพาได้ โรคประจำตัว การเป็นสมาชิกชมรมของผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ การมีผู้ที่สามารถพึ่งพาได้เมื่อผู้สูงอายุต้องการ และการมี และใช้คู่มือการส่งเสริมและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบ (Check list) และเติมข้อความ (Open end) จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับ การรับรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพตนเอง การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุของสถิต พงษ์เจตสุพรรณ ซึ่งได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในตำบลแม่สูน อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของ Cronbach ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82 (สถิตย์ พงษ์เจตสุพรรณ, 2558) มาปรับเนื้อหาในข้อคำถามให้มีความเหมาะสม ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 33 ข้อ

ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ (สถิตย์ พงษ์เจตสุพรรณ, 2558) คือ

ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของท่านในระดับน้อยหรือไม่มีเลย
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของท่านในระดับปานกลาง
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของท่านในระดับมาก

เกณฑ์การให้คะแนนลักษณะคำตอบของข้อความแสดงถึงระดับความคิดเห็นของวัยสูงอายุ จากเห็นด้วยมากถึงไม่เห็นด้วย ให้คะแนน 3, 2 และ 1 ตามลำดับ ส่วนในข้อความลำดับที่ 23 และ 25 ในแบบสอบถามในภาคผนวกซึ่งเป็นข้อความตรงกันข้าม จะให้คะแนนกลับกัน ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพของวัยสูงอายุ โดยใช้อันตรภาคชั้น (ชัชวาลย์ เรืองประพันธ์, 2539) ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับคะแนน}}$$

$$= \frac{3-1}{3}$$

$$= 0.67$$

การแปลความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนโดยใช้เกณฑ์การแปลผลของ BEST (สถิตย์ พงษ์เจตสุพรรณ, 2558) ดังนี้

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.66 หมายถึง ผู้สูงอายุเห็นด้วยหรือมีพฤติกรรมเหล่านั่นอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.67-2.33 หมายถึง ผู้สูงอายุเห็นด้วยหรือมีพฤติกรรมพฤติกรรมเหล่านั่นอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 2.34-3.00 หมายถึง ผู้สูงอายุเห็นด้วยหรือมีพฤติกรรมพฤติกรรมเหล่านั่นอยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านจัดการกับความเครียด พฤติกรรมด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมด้านการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย ลักษณะแบบสอบถาม เป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 30 ข้อ

ลักษณะคำถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ (สถิตย์ พงษ์เจตสุพรรณ, 2558) คือ

ปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นเป็นประจำวันหรือตามที่กำหนด

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นเป็นบางวันหรือ 2-3 วัน

ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นนาน ๆ ครั้งหรือไม่เคยปฏิบัติเลย

เกณฑ์การให้คะแนนลักษณะคำตอบของข้อความที่แสดงถึงพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้สูงอายุปฏิบัติทุกครั้ง จนถึงปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หรือไม่เคยปฏิบัติเลย ให้คะแนน 3, 2 และ 1 ตามลำดับ ส่วนในข้อความลำดับที่ 2, 4, 5, 7, 9, 10 และ 16 ในแบบสอบถามในภาคผนวก ซึ่งเป็นข้อความตรงกันข้าม จะให้คะแนนกลับกัน ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้อันตรภาพชั้น (ชัชวาลย์ เรืองประพันธ์, 2539) ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับคะแนน}}$$

$$= \frac{3-1}{3}$$

$$= 0.67$$

การแปลความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนโดยใช้เกณฑ์การแปลผลของ Best (สถิตย์ พงษ์เจตสุพรรณ, 2558) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00–1.66 หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นอยู่ในระดับที่น้อย

ค่าเฉลี่ย 1.67–2.33 หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 2.34–3.00 หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นอยู่ในระดับมาก

Ref. code: 25605817035149ZGJ

3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.4.1 การหาความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Validity) ทางผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย นายแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์ผู้มีความเชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาล และการสาธารณสุข 1 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุขผู้ทำงานด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบความเหมาะสมด้านเนื้อหาโดยการหาค่า (IOC : Index of item objective congruence) หลังจากนั้นนำมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะข้อผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง

3.4.2 การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือทั้ง 3 ส่วน ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทำการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือเป็นประชากรในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 30 ราย แล้วนำเครื่องมือในส่วนที่ 2 และ 3 มาหาความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach 's coefficirnt) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .735, .808

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ทางผู้วิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีผู้ช่วยวิจัย 2 ท่าน ในระหว่าง เดือนเมษายน พ.ศ. 2560 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2560 กระบวนการในการเข้าไปพบกับกลุ่มตัวอย่างนั้น ทางผู้วิจัยได้เข้าไปทำการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุจากผู้ใหญ่บ้าน ในหมู่บ้านที่ได้รับการสุ่มและได้ทำการนัดวัน เพื่อเข้าไปเก็บข้อมูล โดยการนำของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นผู้มีความใกล้ชิดและเข้าใจบริบทและคุ้นเคยกับพื้นที่นั้น เป็นอย่างดี โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

3.5.1 เมื่อคณะกรรมการอนุมัติกลั่นกรองฯอนุมัติข้อเสนอ และโครงร่างวิทยานิพนธ์แล้ว ได้ดำเนินการส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ต่อกรรมการจริยธรรม การวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณา จากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 พิจารณาให้ความเห็นชอบในการดำเนินงานวิจัยเมื่อได้รับหนังสือให้ดำเนินงานวิจัยและเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยได้เข้าพบนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอเมืองพะเยา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้เกี่ยวข้องเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย ชี้แจงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือและขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือ

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ในการดำเนินงานวิจัยและเก็บข้อมูลในเรื่องของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองและอำเภอภูกามยาว จังหวัดพะเยา

3.5.2 ทำการเตรียมแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน 238 ชุด และเตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 2 ท่าน ที่ไม่ได้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นนักวิชาการสาธารณสุข 1 ท่าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 ท่าน เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อป้องกันการลำเอียง (bias) โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบและขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำการฝึก และตรวจสอบวิธีการเก็บข้อมูลตามแนวปฏิบัติที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจนมีความชำนาญ ก่อนการเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริงเพื่อให้ได้แนวปฏิบัติไปในทางเดียวกันกับผู้วิจัย

3.5.3 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ทำการลงพื้นที่หมู่บ้านที่ได้รับการสุ่มตัวอย่างไว้ในแต่ละตำบล นำหนังสือแนะนำตัวจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ถึงหัวหน้าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ใหญ่บ้านในพื้นที่นั้นๆ เพื่อขออนุญาต และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

3.5.4 ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลการวิจัย แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย โดยใช้แนวทางจากเอกสารชี้แจงแนะนำข้อมูล (Information Sheet) และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามข้อสงสัยต่างๆ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยโดยไม่มีการบังคับ

3.5.5 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมตอบแบบสอบถามในงานวิจัย จึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอมด้วยความสมัครใจก่อนทำการเก็บข้อมูล เป็นลายลักษณ์อักษร

3.5.6 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้เวลาเฉลี่ยในการตอบแบบสอบถาม 30 นาที

3.5.7 เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามแต่ละชุดเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วนอีกครั้ง และรวบรวมแบบสอบสัมภาษณ์มาใส่รหัสไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS version 20.0 (ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ในการประมวลผลข้อมูล โดยการหาค่าสถิติต่างๆ มีวิธีการดังนี้

3.6.1 นำแบบสอบถามที่รวบรวมได้มาทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ และความถูกต้องของเครื่องมืออีกรอบ หลักจากนั้นนำข้อมูลที่สมบูรณ์มากำหนดรหัสก่อนที่จะนำไปประมวลผลในขั้นต่อไป

3.6.2 ข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคลที่มีระดับการวัดตัวแปรเป็น Nominal Scale ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ

Ref. code: 25605817035149ZGJ

3.6.3 ข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคลที่มีระดับการวัดตัวแปรเป็น Interval Scale ได้แก่ อายุ รายได้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.6.4 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และปัจจัยโดยรวมตามทฤษฎี กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดพะเยา ใช้การวิเคราะห์ด้วยไค-สแควร์ (Chi-square) การวิเคราะห์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) และการวิเคราะห์ค่าประสิทธิ์สัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient)

3.7 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 ซึ่งผู้วิจัยได้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย ดังนี้

3.7.1 ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างงานวิจัย ต่อคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 เพื่อขออนุมัติดำเนินการศึกษาวิจัย

3.7.2 ผู้วิจัยส่งหนังสือแนะนำตัวตัวจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ และหนังสือดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ หัวหน้าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ใหญ่บ้านเพื่อขอลงพื้นที่ และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.7.3 แนะนำต่อกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และสิทธิประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่างที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ อธิบายโดยใช้เอกสารชี้แจง แนะนำข้อมูล รวมถึงการตอบข้อซักถามจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจดี

3.7.4 ผู้วิจัยจะให้ความเชื่อมั่นแก่กลุ่มตัวอย่างว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะถูกปกปิดเป็นความลับ และจะนำเสนอผลการวิจัยจะออกเป็นภาพรวม ไม่มีส่วนใดของข้อมูลที่จะสามารถระบุถึงกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลได้ และข้อมูลที่ได้นั้นเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ทางการศึกษาวิจัยเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างจะได้รับทราบข้อมูลที่เป็นจริงจากการอธิบายของผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย เมื่อมีข้อสงสัยใดๆ กลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามได้จนหมดข้อสงสัย

3.7.5 กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ในการหยุดหรือยกเลิกการตอบแบบสอบถามได้ทุกเมื่อหากไม่ประสงค์จะตอบแบบสอบถามต่อไป โดยไม่เสียสิทธิประโยชน์ใด ๆ

3.7.6 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความยินยอม พร้อมทั้งให้ลงนามเข้าร่วมวิจัยในหนังสือยินยอม (Information Consent Form) ด้วยความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยจะใช้วิธีการพิมพ์ลายนิ้วมือแทนการเขียนลายมือชื่อ พร้อมทั้งมีพยานในการลงลายมือชื่อกำกับ โดยผู้วิจัยไม่มีการกำหนดระยะเวลาในการตัดสินใจ

Ref. code: 25605817035149ZGJ

บทที่ 4
ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา ผู้วิจัยได้ทำการรวบร่วมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน ทั้งสิ้น 238 ราย ใน 4 หมู่บ้านของจังหวัดพะเยา ซึ่งได้แก่ หมู่บ้านแม่กาห้วยเคียน ตำบลแม่กา อำเภอเมือง หมู่บ้านบ้านไร่ ตำบลแม่นาเรือ อำเภอเมือง หมู่บ้านหาดแฟน ตำบลห้วยแก้ว อำเภอภูกามยาว และหมู่บ้านกว้านเหนือ ตำบลดงเจน อำเภอภูกามยาว ดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยการลงพื้นที่หมู่บ้านที่ได้รับการสุ่มตัวอย่างไว้ในแต่ละตำบล และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคุณสมบัติตามกำหนด ตอบแบบสอบถาม เพื่อรวบรวมข้อมูลด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2560 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2560 ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้ ไม่มีกลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของแบบสอบถาม และนำแบบสอบถามมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจะนำเสนอในรูปตารางประกอบการบรรยายตามลำดับดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การศึกษาปัจจัยสวนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ โรคประจำตัว ลักษณะครอบครัว) ปัจจัยนำ (การรับรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ) การศึกษาปัจจัยเอื้อ (การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ และการมีและการใช้คู่มือการส่งเสริมสุขภาพ) และการศึกษาปัจจัยเสริม (แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ)

ส่วนที่ 3 การศึกษาถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในด้านของการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกายกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม และด้านการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และปัจจัยโดยรวมตามทฤษฎี กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 5 การอภิปรายผลการศึกษา

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ตารางที่ 4.1 สัญลักษณ์ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ ที่ผู้วิจัยนำมาใช้นำเสนอข้อมูลดังต่อไปนี้

สัญลักษณ์	หมายถึง	ความหมาย
$\overline{X}$	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยของข้อมูล
S.D.	หมายถึง	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
n	หมายถึง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
X^2	หมายถึง	ค่าไค-สแควร์
p-value	หมายถึง	ค่าระดับนัยสำคัญ
Min	หมายถึง	ค่าต่ำสุดของข้อมูลชุดนั้น
Max	หมายถึง	ค่าสูงสุดของข้อมูลชุดนั้น
R_c	หมายถึง	ค่าสหสัมพันธ์ซึ่งหาได้จากวิธีแบบเพียร์สัน
R_s	หมายถึง	ค่าสหสัมพันธ์ซึ่งหาได้จากวิธีแบบสเปียร์แมน

Ref. code: 25605817035149ZGJ

4.1 ผลการศึกษา

4.1.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวนทั้งสิ้น 238 ราย โดยนำเสนอเป็นค่าร้อยละ จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ลักษณะของครอบครัว **ดังแสดงในตารางที่ 4.2** พบว่า

(1) ผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 59.2 และเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 40.8

(2) อายุ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้นคือ มีอายุระหว่าง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.9 และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 36.1 อายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุเท่ากับ 68 $\pm$ 6.47 ปี โดยผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยที่สุดคือ 60 ปี และอายุมากที่สุดคือ 92 ปี

(3) การศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 67.6 รองลงมาคือ ไม่ได้รับการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 23.1 และได้รับการศึกษาตั้งแต่ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 9.2

(4) ด้านสถานภาพสมรส พบว่า ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 58.8 รองลงมาคือ สถานภาพหม้าย คิดเป็นร้อยละ 33.2 และสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 5.0

(5) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 71.0 รายได้มากกว่า 1,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 29.0 โดยมีค่ามัธฐานของรายได้อยู่ที่ 700 บาทต่อเดือน รายได้ต่ำสุดอยู่ที่ 600 บาท และ รายได้สูงสุดอยู่ที่ 30,000 บาท

(6) แหล่งที่มาของรายได้ พบว่า ส่วนใหญ่มาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 61.8 รองลงมาได้จากการประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 18.9 และได้จากบุตร/หลาน/ญาติพี่น้อง คิดเป็นร้อยละ 13.4

(7) ความเพียงพอของรายได้ พบว่า ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บคิดเป็นร้อยละ 52.9 รองลงมาคือ รายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 39.5 และรายได้เพียงพอและเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 7.6

(8) ภาวการณ์มีโรคประจำตัว พบว่า ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 68.5 และไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 31.5

(9) โรคประจำตัวของผู้สูงอายุที่เป็น พบว่า ส่วนใหญ่ได้แก่โรค เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง/ไขมันในเส้นเลือด ร้อยละ 49.2 รองลงมาคือโรคข้อเข่าเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 7.6

(10) ลักษณะครอบครัว พบว่า ผู้สูงอายุมีลักษณะครอบครัวเดี่ยวคือ ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว หรืออาศัยอยู่กับคู่สมรส ผู้สูงอายุอยู่ร่วมกับบุตรหรือหลาน ผู้สูงอายุอยู่ร่วมกับคู่สมรสและบุตร ผู้สูงอายุอยู่ร่วมกับญาติที่ไม่มีครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 66.4 และครอบครัวขยายคือการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ที่ประกอบไปด้วยผู้สูงอายุหรือคู่สมรส และครอบครัวของบุตรหลานญาติพี่น้องอยู่ร่วมกัน คิดเป็นร้อยละ 33.6

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ตารางที่ 4.2 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทั่วไป (n=238)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง		จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
	ชาย	97	40.8
	หญิง	141	59.2
อายุ			
	60-69 ปี	152	63.9
	70 ปีขึ้นไป	86	36.1
	Mean = 68.41 ปี, SD. = 6.47 ปี, Min = 60 ปี, Max = 92 ปี		
ระดับการศึกษา			
	ไม่ได้รับการศึกษา	55	23.2
	ประถมศึกษา	161	67.6
	ตั้งแต่มัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป	22	9.2
สถานภาพสมรส			
	โสด	12	5.0
	สมรส	140	58.8
	หม้าย	79	33.2
	หย่า/แยกกันอยู่	7	3.0
รายได้ต่อเดือน			
	ต่ำกว่า 1,000 บาท	169	71.0
	1,000 บาทขึ้นไป	69	29.0
	Median = 700 บาท , Min = 600 บาท , Max = 30,000 บาท		
แหล่งที่มาของรายได้			
	คู่สมรส	8	3.4
	บุตร/หลาน/ญาติพี่น้อง	32	13.4
	ดอกเบี้ย/เงินบำนาญ	3	1.3
	การประกอบอาชีพ	45	18.9
	เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	147	61.8
	อื่นๆ	3	1.3
ความเพียงพอของรายได้			
	ไม่เพียงพอ	94	39.5
	เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	126	52.9
	เพียงพอ และเหลือเก็บ	18	7.6

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทั่วไป (N=238) (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง		จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว			
	ไม่มี	75	31.5
	มี	163	68.5
โรคประจำตัวที่เป็น			
	ไม่มี	75	31.5
	เบาหวาน/ความดัน/ไขมันในเส้นเลือด	117	49.2
	หัวใจ	4	1.7
	โรคข้อเข่าเสื่อม/โรคกระดูกพรุน	23	9.7
	อื่นๆ	19	7.9
ลักษณะครอบครัว			
	ครอบครัวเดี่ยว	158	66.4
	ครอบครัวขยาย	80	33.6

4.1.2 การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล (ลักษณะทั่วไป) ดังในกล่าวมาแล้วในตาราง 4.2 และปัจจัยนำ (การรับรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ) การศึกษาปัจจัยเอื้อ (การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ และการมีและการใช้คู่มือการส่งเสริมสุขภาพ) และการศึกษาปัจจัยเสริม (แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ) ผลการศึกษา ดังแสดงในตารางที่ 4.3 – 4.17

จากตารางที่ 4.3 เป็นผลการศึกษาปัจจัยนำ (การรับรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพ) ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา พบว่า ผู้สูงอายุ มีการรับรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 97.9 รองลงมาคือ มีการรับรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 2.1 โดยมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพ เท่ากับ 2.84 ± 0.19 ถือเป็นระดับสูง

ตารางที่ 4.3 ปัจจัยนำ (การรับรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพตนเอง) ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา

การรับรู้เรื่องของการดูแลสุขภาพตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับปานกลาง (1.67-2.33)	5	2.1
ระดับสูง (2.34-3.00)	233	97.9
รวม	**238**	**100.0**
Mean = 2.84, S.D. = 0.19		

Ref. code: 25605817035149ZGJ

จากตารางที่ 4.4 เป็นผลการศึกษารายข้อ “การรับรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง” เมื่อพิจารณารายข้อคำถามพบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้มากที่สุดในเรื่อง “การรับประทานอาหารจำพวกผัก ผลไม้ และธัญพืช จะช่วยในการขับถ่าย” โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.95 และมีการรับรู้น้อยที่สุดในเรื่องของ “ไม่จำเป็นต้องรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 3 มื้อ เพราะอายุมากแล้ว ร่างกายไม่ต้องการสารอาหารมากเหมือนวัยรุ่น” มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.61

ตารางที่ 4.4 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย การรับรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา

ปัจจัยนำ	ไม่เห็นด้วย n (%)	ไม่แน่ใจ n (%)	เห็นด้วย n (%)	$\overline{X}$	ระดับการดูแลตนเอง
การรับรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพตนเอง					
1. การตรวจสุขภาพประจำปีเป็นสิ่งจำเป็นถึงแม้จะเป็นผู้สูงอายุก็ต้องตรวจทุกปี เช่นกัน	6 (2.5)	16 (6.7)	216 (90.8)	2.88	มาก
2. ไม่จำเป็นต้องรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 3 มื้อ เพราะอายุมากแล้ว ร่างกายไม่ต้องการสารอาหารมากเหมือนวัยรุ่น*	178 (74.8)	26 (10.9)	34 (14.3)	2.61	มาก
3. การรับประทานอาหารจำพวกผัก ผลไม้ และธัญพืช จะช่วยในการขับถ่าย	3 (1.3)	5 (2.1)	230 (96.6)	2.95	มาก
4. การรับประทานอาหารสุกๆดิบๆทำให้เกิดปัญหาแก่สุขภาพได้	21 (8.8)	17 (7.1)	200 (84.0)	2.75	มาก
5. การออกกำลังกายวันละ 30-60 นาที ทำให้ให้มีร่างกายที่แข็งแรง	5 (2.1)	26 (10.9)	207 (81.0)	2.85	มาก
6. ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว	0 (0)	23 (9.7)	215 (90.3)	2.90	มาก
7. ผู้สูงอายุควรมีการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงต่อคืน	1 (0.4)	15 (6.3)	222 (93.3)	2.93	มาก
8. ควรแปรงฟันหรือทำความสะอาดฟันปลอมอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เพื่อช่วยรักษาความสะอาดของช่องปาก	5 (2.1)	15 (6.3)	218 (91.6)	2.89	มาก
9. ควรตรวจตาทุก 1 ปี และรีบปรึกษาแพทย์ถ้ามีอาการผิดปกติเกี่ยวกับดวงตา	9 (3.8)	21 (8.8)	208 (87.4)	2.84	มาก
10. การยอมรับในการเปลี่ยนแปลง เกี่ยวกับสภาวะของตนเอง ครอบครัว และสังคม ช่วยเพิ่มความแข็งแกร่งให้แก่จิตใจ	3 (1.3)	37 (15.5)	198 (83.2)	2.82	มาก

*เป็นข้อความ negative จะให้ค่าคะแนนกลับกัน

Ref. code: 25605817035149ZGJ

จากตารางที่ 4.5 เป็นผลการศึกษา ปัจจัยเอื้อในภาพรวมของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ด้านปัจจัยเอื้อ อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 67.2 รองลงมาคือ มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 31.9 โดยมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ด้านปัจจัยเอื้อ เท่ากับ 2.53 ± 0.26 ถือเป็นระดับสูง

ตารางที่ 4.5 ปัจจัยเอื้อในภาพรวม ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา

ปัจจัยเอื้อ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (1.00-1.66)	2	0.8
ระดับปานกลาง (1.67-2.33)	76	31.9
ระดับสูง (2.34-3.00)	160	67.2
รวม	**238**	**100**
Mean = 2.53, S.D.= 0.26		

จากตารางที่ 4.6 เป็นผลการศึกษา ปัจจัยเอื้อ เรื่อง “การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ” ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ในเรื่อง “การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ” อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 86.1 รองลงมาคือ มีการรับรู้ อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 13.0 โดยมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ในเรื่อง “การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ” เท่ากับ 2.84 ± 0.29 ถือเป็นระดับสูง

ตารางที่ 4.6 ปัจจัยเอื้อ เรื่อง “การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ” ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา

การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (1.00-1.66)	2	0.8
ระดับปานกลาง (1.67-2.33)	31	13.0
ระดับสูง (2.34-3.00)	205	86.1
รวม	**238**	**100.0**
Mean = 2.84, S.D. = 0.29		

จากตารางที่ 4.7 เป็นผลการศึกษารายข้อด้านปัจจัยเอื้อ เรื่อง “การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ” เมื่อพิจารณารายข้อคำถาม พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้มากที่สุดในเรื่อง “ความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/คลินิก/สถานบริการสุขภาพ” โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.92 และมีการรับรู้น้อยที่สุดในเรื่อง “สถานบริการสุขภาพมีขั้นตอนชัดเจน มีอุปกรณ์/เครื่องมือในการรักษาที่ทันสมัยและเพียงพอ มีความสม่ำเสมอในการให้บริการ” โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.78

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ตารางที่ 4.7 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ด้านปัจจัยเอื้อ เรื่อง “การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ” ในจังหวัดพะเยา

ปัจจัยเอื้อ	ไม่เห็นด้วย n (%)	ไม่แน่ใจ n (%)	เห็นด้วย n (%)	$\overline{X}$	ระดับการดูแลตนเอง
การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ					
1. สถานบริการสุขภาพมีเพียงพอต่อความต้องการของท่าน	4 (1.7)	31 (13.0)	203 (85.3)	2.84	มาก
2. สถานบริการสุขภาพมีขั้นตอนชัดเจน มีอุปกรณ์/เครื่องมือในการรักษาที่ทันสมัยและเพียงพอ มีความสม่ำเสมอในการให้บริการ	6 (2.5)	40 (16.8)	192 (80.7)	2.78	มาก
3. ท่านมีความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/คลินิก/สถานบริการสุขภาพ	3 (1.3)	14 (5.9)	221 (92.9)	2.92	มาก

จากตารางที่ 4.8 เป็นผลการศึกษาปัจจัยเอื้อ เรื่อง “สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง”ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ เรื่อง “สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง” อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 59.2 รองลงมาคือ มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 32.8 โดยมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ เรื่อง “สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง” เท่ากับ 2.59 ± 0.43 ถือเป็นระดับสูง

ตารางที่ 4.8 ปัจจัยเอื้อ เรื่อง “สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง” ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา

สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (1.00-1.66)	19	8.0
ระดับปานกลาง (1.67-2.33)	78	32.8
ระดับสูง (2.34-3.00)	141	59.2
รวม	**238**	**100.0**
Mean = 2.59, S.D. = 0.43		

จากตารางที่ 4.9 เป็นผลการศึกษารายข้อ ด้านปัจจัยเอื้อ เรื่อง “สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง” เมื่อพิจารณารายข้อคำถาม พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้มากที่สุดในเรื่อง “สถานบริการมีการทำทางลาด ราวบันได ราวจับในห้องน้ำเพื่อความสะดวกในการใช้บริการของ” โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.68 และมีการรับรู้น้อยที่สุดในเรื่อง “ยาชุดที่ขายตามร้านขายยาทั่วไป

Ref. code: 25605817035149ZGJ

เช่น ยาแก้ปวดข้อ ยาแก้ปวดเมื่อย สามารถซื้อมารับประทานได้เองโดยไม่เป็นอันตราย” โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.54

ตารางที่ 4.9 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ด้านปัจจัยเอื้อ เรื่อง “สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง” ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา

ปัจจัยเอื้อ	ไม่เห็นด้วย n (%)	ไม่แน่ใจ n (%)	เห็นด้วย n (%)	$\overline{X}$	ระดับการดูแลตนเอง
สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ					
1. สถานบริการมีการทำทางลาด ราวบันได ราวจับในห้องน้ำเพื่อความสะดวกในการใช้บริการของท่าน	21 (8.8)	33 (13.9)	184 (77.3)	2.68	มาก
2. ยาชุดที่ขายตามร้านขายยาทั่วไป เช่น ยาแก้ปวดข้อ ยาแก้ปวดเมื่อย สามารถซื้อมารับประทานได้เองโดยไม่เป็นอันตราย*	158 (66.4)	51 (21.4)	29 (12.2)	2.54	มาก
3. บริเวณบ้านที่มีความเสี่ยงต่อการลื่นล้ม ควรมีอุปกรณ์ป้องกัน เช่นราวจับ หรือผ้ายางปูพื้นเพื่อกันลื่น	39 (16.4)	30 (12.6)	169 (71.0)	2.55	มาก

*เป็นข้อความ negative จะให้ค่าคะแนนกลับกัน

จากตารางที่ 4.10 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เป็นสมาชิกชมรม คิดเป็นร้อยละ 81.5 และไม่เป็นสมาชิก คิดเป็นร้อยละ 18.5 ส่วนการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมของทางขมรมทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 31.1 รองลงมาคือ เข้าร่วมกิจกรรมของทางชมรมบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 27.7 และการมี และการใช้คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีสมุดคู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 50.0 รองลงมาคือไม่มีสมุดคู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 38.2

ตารางที่ 4.10 จำนวน และร้อยละ ด้านปัจจัยเอื้อ ในหัวข้อ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ และการมี และการใช้คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา

ปัจจัยเอื้อ	จำนวน	ร้อยละ
การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ		
1.ไม่เป็นสมาชิกชมรม	44	18.5
2.เป็นสมาชิกชมรม	194	81.5

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ตารางที่ 4.10 จำนวน และร้อยละ ด้านปัจจัยเอื้อ ด้านการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ และการมี และการใช้คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา (ต่อ)

ปัจจัยเอื้อ	จำนวน	ร้อยละ
การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ		
1. ไม่ได้เข้าร่วม	44	18.5
2. ทุกครั้ง	74	31.1
3. บางครั้ง	66	27.7
4. นานๆครั้ง	54	22.7
การมีและการใช้คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพ		
1. ไม่มีสมุด	91	38.2
2. มีสมุด และมีการนำไปใช้	119	50.0
3. มีสมุดแต่ไม่มีการนำไปใช้	28	11.8

จากตารางที่ 4.11 เป็นผลการศึกษาปัจจัยเสริมในภาพรวม ของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ด้านปัจจัยเสริมอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 92.0 รองลงมาคือ มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 6.3 โดยมีค่าเฉลี่ยของการรับรู้ด้านปัจจัยเสริม เท่ากับ 2.78 ± 0.29 ถือเป็นระดับสูง

ตารางที่ 4.11 ปัจจัยเสริมในภาพรวม ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา

ด้านปัจจัยเสริม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (1.00-1.66)	4	1.7
ระดับปานกลาง (1.67-2.33)	15	6.3
ระดับสูง (2.34-3.00)	219	92.0
รวม	**238**	**100.0**
Mean = 2.78, S.D. = 0.29		

จากตารางที่ 4.12 เป็นผลการศึกษาปัจจัยเสริม เรื่อง “แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว” ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา พบว่า ผู้สูงอายุ มีการรับรู้ในเรื่อง “แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว” อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 66.4 รองลงมาคือ มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 21.4 โดยมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ในเรื่อง “แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว” อยู่ที่ 2.80 ± 0.42 ถือเป็นระดับสูง

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ตารางที่ 4.12 ปัจจัยเสริม เรื่อง “แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว” ของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา

แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (1.00-1.66)	29	12.2
ระดับปานกลาง (1.67-2.33)	51	21.4
ระดับสูง (2.34-3.00)	158	66.4
รวม	**238**	**100.0**
Mean = 2.80, S.D.= 0.42		

จากตารางที่ 4.13 เป็นผลการศึกษารายข้อด้านปัจจัยเสริม เรื่อง “แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว” เมื่อพิจารณารายข้อคำถาม พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้มากที่สุดในเรื่อง “บุคคลภายในครอบครัวคอยกระตุ้นเตือนให้ท่านไปพบแพทย์ตามนัด” โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.88 และมีการรับรู้น้อยที่สุดในเรื่อง “เมื่อมีปัญหาทางการเงิน บุคคลในครอบครัวจะรับภาระจ่ายค่าใช้จ่ายต่างๆให้ท่าน” โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.71

ตาราง 4.13 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ด้านปัจจัยเสริม เรื่อง “แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว” ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา

ปัจจัยเสริม	ไม่เห็นด้วย n (%)	ไม่แน่ใจ n (%)	เห็นด้วย n (%)	$\overline{X}$	ระดับการดูแลตนเอง
แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว					
1. ท่านได้รับความรัก การเอาใจใส่ หรือกำลังใจจากบุคคลภายในครอบครัวทั้งยามปกติและยามเจ็บป่วย	11 (4.6)	11 (4.6)	216 (90.8)	2.86	มาก
2. บุคคลภายในครอบครัวพร้อมที่จะรับฟังปัญหาและความต้องการของท่าน	11 (4.6)	16 (6.7)	211 (88.7)	2.84	มาก
3. บุคคลในครอบครัวให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมกับวัยและโรคของท่าน	13 (5.5)	23 (9.7)	202 (84.9)	2.79	มาก
4. บุคคลในครอบครัวดูแลให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยาหรือเป็นคนจัดยาให้ท่านรับประทาน	24 (10.1)	16 (6.7)	198 (83.2)	2.73	มาก
5. เมื่อท่านมีปัญหาทางการเงิน บุคคลในครอบครัวจะรับภาระจ่ายค่าใช้จ่ายต่างๆให้ท่าน	21 (8.8)	27 (11.3)	196 (79.8)	2.71	มาก
6. บุคคลภายในครอบครัวช่วยจัดที่อยู่อาศัย และสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเพื่อให้ท่านมีความสะดวกสบาย และปลอดภัย	17 (7.1)	15 (6.3)	206 (86.6)	2.79	มาก

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ตาราง 4.13 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ด้านปัจจัยเสริม เรื่อง “แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว” ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา (ต่อ)

ปัจจัยเสริม	ไม่เห็นด้วย n (%)	ไม่แน่ใจ n (%)	เห็นด้วย n (%)	$\overline{X}$	ระดับการดูแลตนเอง
7. บุคคลภายในครอบครัวคอยกระตุ้นเตือนให้ท่านไปพบแพทย์ตามนัด	5 (2.1)	18 (7.6)	215 (90.3)	2.88	มาก

จากตารางที่ 4.14 เป็นผลการศึกษาปัจจัยเสริม เรื่อง “แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์”ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ในเรื่อง “แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์” อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 86.1 รองลงมาคือ มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 11.8 โดยมีค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้ในเรื่อง “แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์” เท่ากับ 2.77 ± 0.35 ถือเป็นระดับสูง

ตารางที่ 4.14 ปัจจัยเสริม เรื่อง “แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์” ของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา

แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (1.00-1.66)	5	2.1
ระดับปานกลาง (1.67-2.33)	28	11.8
ระดับสูง (2.34-3.00)	205	86.1
รวม	**238**	**100.0**
Mean = 2.77, S.D. = 0.35		

จากตารางที่ 4.15 เป็นผลการศึกษารายข้อ ด้านปัจจัยเสริม ในเรื่อง “แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์” เมื่อพิจารณารายข้อคำถาม พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้มากที่สุดในเรื่อง “เมื่อเจ็บป่วย ท่านได้รับคำแนะนำเรื่องการพักผ่อน หรือการรับประทานอาหาร หรือการใช้ยาจากบุคลากรทางการแพทย์” โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.93 และมีการรับรู้น้อยที่สุดในเรื่อง “บุคลากรทางการแพทย์ให้กำลังใจเมื่อท่านเกิดความท้อแท้ สิ้นหวัง” มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.63

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ตารางที่ 4.15 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ด้านปัจจัยเสริม ในเรื่อง “แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์” ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา

ปัจจัยเสริม	ไม่เห็นด้วย n (%)	ไม่แน่ใจ n (%)	เห็นด้วย n (%)	$\overline{X}$	ระดับการดูแลตนเอง
แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์					
1. เมื่อเจ็บป่วยท่านได้รับคำแนะนำเรื่องการพักผ่อน หรือการรับประทานอาหารหรือการใช้ยาจากบุคลากรทางการแพทย์	3 (1.3)	10 (4.2)	225 (94.5)	2.93	มาก
2. บุคลากรทางการแพทย์คอยกระตุ้นเตือนให้ท่านออกกำลังกาย	4 (1.7)	28 (11.8)	206 (86.6)	2.85	มาก
3. บุคลากรทางการแพทย์ให้คำแนะนำ หรือแจกเอกสารแนะนำการปฏิบัติตัวขณะเจ็บป่วยให้แก่ท่าน	7 (2.9)	33 (13.9)	198 (83.2)	2.80	มาก
4. บุคลากรทางการแพทย์ให้กำลังใจเมื่อท่านเกิดความท้อแท้ สิ้นหวัง	21 (8.8)	46 (18.5)	171 (75.6)	2.63	มาก
5. บุคลากรทางการแพทย์ได้จัดกิจกรรมต่างๆที่เป็นประโยชน์แก่ท่าน	14 (5.9)	44 (18.5)	180 (75.6)	2.70	มาก
6. บุคลากรทางการแพทย์ให้คำแนะนำท่านในเรื่อง การจัดที่อยู่อาศัยเพื่อให้เหมาะสมกับวัย	16 (6.7)	37 (15.5)	185 (77.7)	2.71	มาก

จากตารางที่ 4.16 เป็นผลการศึกษาปัจจัยเสริม เรื่อง “การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ” ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยาพบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ ในเรื่อง “การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ”อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 88.2 รองลงมาคือ มีการรับรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 10.9 โดยมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ในเรื่อง “การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ”เท่ากับ 2.79 ± 0.34 ถือเป็นระดับสูง

ตารางที่ 4.16 ปัจจัยเสริม เรื่อง “การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ” ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา

การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (1.00-1.66)	2	0.8
ระดับปานกลาง (1.67-2.33)	26	10.9
ระดับสูง (2.34-3.00)	210	88.2
รวม	**238**	**100.0**
Mean = 2.79 S.D. = 0.34		

จากตารางที่ 4.17 เป็นผลการศึกษารายข้อ ด้านปัจจัยเสริม ในเรื่อง “การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ” เมื่อพิจารณารายข้อคำถาม พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้มากที่สุดในเรื่อง

Ref. code: 25605817035149ZGJ

“ท่านได้รับข่าวสารการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ”โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.85 และมีการรับรู้น้อยที่สุดในเรื่องของ “ท่านได้อ่านข่าวสารต่าง ๆ จากสื่อวิทยุ โทรทัศน์ หรือหนังสือพิมพ์ หรือ Internet เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ” โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.74

ตาราง 4.17 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ด้านปัจจัยเสริม ในเรื่อง “การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ” ในจังหวัดพะเยา

ปัจจัยเสริม	ไม่เห็นด้วย n (%)	ไม่แน่ใจ n (%)	เห็นด้วย n (%)	$\overline{X}$	ระดับการดูแลตนเอง
การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ					
1. ท่านได้อ่านข่าวสารต่าง ๆ จากสื่อวิทยุ โทรทัศน์หรือหนังสือพิมพ์ หรือ internet เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	11 (4.6)	39 (16.4)	188 (79.0)	2.74	มาก
2. ท่านได้รับข่าวสารต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการประชาสัมพันธ์จากชมรมผู้สูงอายุ	13 (5.5)	37 (15.5)	188 (79.0)	2.74	มาก
3. ท่านได้รับข่าวสารการดูแลสุขภาพจากบุคคลในครอบครัว	10 (4.2)	19 (8.0)	207 (87.8)	2.84	มาก
4. ท่านได้รับข่าวสารการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุข	4 (1.7)	28 (11.8)	206 (86.6)	2.85	มาก

4.1.3 การศึกษาถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยได้ศึกษาเกี่ยวกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมด้านของการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกายกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย

จากตารางที่ 4.18 เป็นผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวมของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 52.5 รองลงมาคือ มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 47.5 ซึ่งค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในภาพรวม ของผู้สูงอายุเท่ากับ 2.33 ± 0.23 ถือเป็นระดับปานกลาง

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ตารางที่ 4.18 ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา

ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับปานกลาง (1.67-2.33)	125	52.5
ระดับสูง (2.34-3.00)	113	47.5
รวม	**238**	**100.0**
Mean = 2.33, S.D. = 0.23		

จากตารางที่ 4.19 เป็นผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 71.4 รองลงมาคือ มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 28.6 ซึ่งค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการบริโภคอาหาร เท่ากับ 2.46 ± 0.20 ถือเป็นระดับสูง

ตารางที่ 4.19 ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา

ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการบริโภคเป็นอาหาร	จำนวน	ร้อยละ
ระดับปานกลาง (1.67-2.33)	68	28.6
ระดับสูง (2.34-3.00)	170	71.4
รวม	**238**	**100.0**
Mean = 2.46, S.D. = 0.20		

จากตารางที่ 4.20 เป็นผลการศึกษารายข้อ ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านบริโภคอาหาร มากที่สุดในเรื่อง “การรับประทานอาหารครบทุกมื้อ” โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.92 และมีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านบริโภคอาหาร น้อยที่สุดในเรื่อง “การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีส่วนผสมของกะทิเป็นส่วนประกอบ” โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.78

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ตารางที่ 4.20 จำนวนร้อยละ และค่าเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา

ด้านการบริโภคอาหาร	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ n (%)	$\overline{X}$	ระดับการดูแลตนเอง
	ทุกครั้ง n (%)	บางครั้ง n (%)			
1. ท่านรับประทานอาหารครบทุกมื้อ	222 (93.3)	15 (6.3)	1 (0.4)	2.92	มาก
2. ท่านดื่มกาแฟแทนอาหารเช้า*	25 (10.5)	57 (23.9)	156 (65.5)	2.55	มาก
3. ท่านรับประทานผักและผลไม้	144 (60.5)	91 (38.2)	3 (1.3)	2.59	มาก
4. ท่านชอบรับประทานอาหารโดยการเติมน้ำปลา ซีอิ้ว ซอส ลงไป*	27 (11.3)	158 (66.4)	53 (22.3)	2.11	ปานกลาง
5. ท่านรับประทานเนื้อสัตว์สุก ๆ ดิบ ๆ*	10 (4.2)	94 (39.5)	134 (56.3)	2.52	มาก
6. ท่านดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว	167 (70.2)	59 (24.8)	12 (5.0)	2.65	มาก
7. ท่านชอบรับประทานอาหารประเภทผัดหรือทอด*	21 (8.8)	185 (77.7)	32 (13.4)	2.05	ปานกลาง
8. ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่มีส่วนผสมของกะทิเป็นส่วนประกอบ	14 (5.9)	159 (66.8)	65 (27.3)	1.78	ปานกลาง
9. ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือเครื่องดื่มชูกำลัง*	8 (3.4)	67 (28.2)	163 (68.5)	2.65	มาก
10. ท่านสูบบุหรี่*	12 (5.0)	16 (6.7)	210 (88.2)	2.83	มาก

*เป็นข้อความ negative จะให้ค่าคะแนนกลับกัน

จากตารางที่ 4.21 เป็นผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่ ผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 43.7 รองลงมาคือ มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 39.5 ซึ่งค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการออกกำลังกาย เท่ากับ 2.19 ± 0.58 ถือเป็นระดับปานกลาง

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ตารางที่ 4.21 ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการออกกำลังกาย ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา

ระดับพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (1.00-1.66)	40	16.8
ระดับปานกลาง (1.67-2.33)	104	43.7
ระดับสูง (2.34-3.00)	94	39.5
รวม	**238**	**100.0**
Mean = 2.19, S.D. = 0.58		

จากตารางที่ 4.22 เป็นผลการศึกษารายข้อ ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการออกกำลังกายมากที่สุดในเรื่อง “ออกกำลังกายโดยการเดิน หรือยืนแกว่งแขน 20-30 นาทีต่อครั้ง” โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.31 และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการออกกำลังกาย น้อยที่สุดในเรื่อง “การอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลัง หรือผ่อนคลายกล้ามเนื้อหลังออกกำลังกายเสร็จทุกครั้ง” โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.16

ตารางที่ 4.22 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการออกกำลังกาย ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา

ด้านการออกกำลังกาย	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ	$\overline{X}$	ระดับการดูแลตนเอง
	ทุกครั้ง n (%)	บางครั้ง n (%)	n (%)		
1. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง	88 (37.0)	115 (48.3)	35 (14.7)	2.22	ปานกลาง
2. ท่านทำการอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังหรือผ่อนคลายกล้ามเนื้อหลังออกกำลังกายเสร็จทุกครั้ง	81 (34.0)	115 (48.3)	42 (17.6)	2.16	ปานกลาง
3. ท่านใช้เวลาในการออกกำลังกายครั้งละไม่ต่ำกว่า 20-30 นาที	91 (38.2)	110 (46.2)	37 (15.5)	2.22	ปานกลาง
4. ท่านออกกำลังกายโดยการเดิน หรือยืนแกว่งแขน 20-30 นาทีต่อครั้ง	99 (41.6)	115 (48.3)	24 (10.1)	2.31	ปานกลาง
5. ท่านตรวจดูเท้าก่อน/หลังการออกกำลังกายเพื่อดูรอยถลอก แผล ร้อยช้ำที่เท้า	71 (29.8)	105 (44.1)	62 (26.1)	2.03	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.23 เป็นผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการจัดการความเครียดของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 44.5 รองลงมาคือ มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 39.9

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ซึ่งค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการจัดการความเครียด เท่ากับ 2.28 ± 0.72 ถือเป็นระดับปานกลาง

ตารางที่ 4.23 ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการจัดการความเครียด ของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา

ระดับพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการจัดการความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (1.00-1.66)	37	15.5
ระดับปานกลาง (1.67-2.33)	95	39.9
ระดับสูง (2.34-3.00)	106	44.5
รวม	**238**	**100.0**
Mean = 2.28, S.D. = 0.72		

จากตารางที่ 4.24 เป็นผลการศึกษารายข้อ ด้านพฤติกรรมการจัดการความเครียดของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการจัดการความเครียดมากที่สุด ในเรื่อง “การรับประทานยาระงับประสาทหรือยานอนหลับ” โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.78 และมีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ด้านการจัดการความเครียดน้อยที่สุด ในเรื่อง “เมื่อรู้สึกเครียดท่านแก้ปัญหาโดยการออกกำลังกาย” โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.88

ตารางที่ 4.24 จำนวน ร้อยละและค่าเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการจัดการความเครียด ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา

ด้านการจัดการความเครียด	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ	$\bar{X}$	ระดับการดูแลตนเอง
	ทุกครั้ง n (%)	บางครั้ง n (%)	n (%)		
1. เวลาเครียดท่านรับประทานยาระงับประสาทหรือยานอนหลับ*	11 (4.6)	31 (13.0)	196 (82.4)	2.78	มาก
2. เมื่อรู้สึกเครียดท่านแก้ปัญหาโดยการออกกำลังกาย	63 (26.5)	85 (35.7)	90 (37.8)	1.88	ปานกลาง
3. เมื่อรู้สึกเครียดท่านแก้ปัญหาโดยการสวดมนต์ไหว้พระหรือนั่งสมาธิ	71 (29.8)	92 (38.7)	75 (31.5)	1.98	ปานกลาง
4. เมื่อท่านรู้สึกเครียดท่านท่านแก้ปัญหาโดยการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์	86 (36.1)	97 (40.8)	55 (23.1)	2.13	ปานกลาง
5. ท่านพูดคุยและปรับทุกข์กับคนบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่นๆ	94 (39.5)	102 (42.9)	42 (17.6)	2.21	ปานกลาง

*เป็นข้อความ negative จะให้ค่าคะแนนกลับกัน

Ref. code: 25605817035149ZGJ

จากตารางที่ 4.25 เป็นผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 71.0 รองลงมาคือ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม อยู่ในระปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 27.3 ซึ่งค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม เท่ากับ 2.50 ± 0.35 ถือเป็นระดับสูง

ตารางที่ 4.25 ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา

ระดับพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (1.00-1.66)	4	1.7
ระดับปานกลาง (1.67-2.33)	65	27.3
ระดับสูง (2.34-3.00)	169	71.0
รวม	**238**	**100.0**
Mean = 2.50, S.D. = 0.35		

จากตารางที่ 4.26 เป็นผลการศึกษารายข้อ ด้านพฤติกรรมการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมมากที่สุดในเรื่อง “แสงสว่างภายในบ้านเพียงพอต่อความต้องการ” โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.92 และระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม น้อยที่สุดในเรื่อง “ภายในห้องน้ำมีราวจับติดพนังเพื่อสามารถใช้งานได้สะดวก” โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.81

ตารางที่ 4.26 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา

ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ	$\overline{X}$	ระดับการดูแลตนเอง
	ทุกครั้ง n (%)	บางครั้ง n (%)	n (%)		
1. ท่านมีการทำความสะอาดบ้านและเก็บสิ่งของให้เป็นที่เรียบร้อยอยู่ประจำ	174 (73.1)	58 (24.4)	6 (2.5)	2.70	สูง
2. ท่านมีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกอย่างครบครัน เช่น แว่นตา เครื่องช่วยในการได้ยิน	123` (51.7)	49 (20.6)	66 (27.7)	2.23	ปานกลาง
3. แสงสว่างภายในบ้านของท่านเพียงพอต่อความต้องการของท่าน	223 (89.5)	11 (4.6)	4 (1.7)	2.92	สูง
4. อากาศภายในบ้านของท่านมีการถ่ายเทได้สะดวก	213 (89.5)	18 (7.6)	7 (2.9)	2.86	สูง

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ตารางที่ 4.26 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา (ต่อ)

ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ	$\overline{X}$	ระดับการดูแลตนเอง
	ทุกครั้ง n (%)	บางครั้ง n (%)	n (%)		
5. ภายในห้องน้ำของท่านมีราวจับติดพนังเพื่อให้ท่านสามารถใช้งานได้สะดวก	87 (36.6)	20 (8.4)	131 (55.0)	1.81	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.27 เป็นผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 45.0 รองลงมาคือ มีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 37.8 ซึ่งค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย เท่ากับ 2.18 ± 0.4 ถือเป็นระดับปานกลาง

ตารางที่ 4.27 ระดับพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย ของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา

ระดับพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (1.00-1.66)	41	17.2
ระดับปานกลาง (1.67-2.33)	90	37.8
ระดับสูง (2.34-3.00)	107	45.0
รวม	**238**	**100.0**
Mean = 2.18, S.D. = 0.42		

จากตารางที่ 4.28 เป็นผลการศึกษารายข้อ ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย มากที่สุดในเรื่องของ “มีการตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อป้องกันการเกิดโรค” โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.67 และมีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย น้อยที่สุดในเรื่องของ “การใช้การแพทย์ทางเลือกในการดูแลสุขภาพ เช่น การนวด การใช้ยาสมุนไพร การฝังเข็ม ”โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.39

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ตารางที่ 4.28 จำนวน ร้อยละและค่าเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ด้านการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา

ด้านการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ n (%)	$\overline{X}$	ระดับการดูแลตนเอง
	ทุกครั้ง n (%)	บางครั้ง n (%)			
1. ท่านมีการตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อป้องกันการเกิดโรค	185 (77.7)	28 (11.8)	25 (10.5)	2.67	สูง
2. ท่านมีการใช้การแพทย์ทางเลือกในการดูแลสุขภาพ เช่น การนวด การใช้ยาสมุนไพร การฝังเข็ม	25 (10.5)	45 (18.9)	168 (70.6)	1.39	ต่ำ
3. เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยอาทิ อาการปวด เมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ เจ็บคอ ท่านสามารถดูแลตนเองเบื้องต้นเพื่อให้หายจากอาการดังกล่าวได้	128 (53.8)	105 (44.1)	5 (2.1)	2.51	สูง
4. เมื่อท่านมีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรง อาทิ หอบเหนื่อย ไข้สูง/หนาวสั่น หรือกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง หรือเจ็บหน้าอกเหมือนถูกบีบรัด ท่านจะไปรับการรักษาจากบุคคลากรทางการแพทย์	159 (66.8)	25 (10.5)	54 (22.7)	2.44	สูง
5. ท่านมีการใช้สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อบันทึก หรือประเมินสุขภาพตนเองเบื้องต้น	88 (37.0)	42 (17.6)	108 (45.4)	1.91	ปานกลาง

Ref. code: 25605817035149ZGJ

4.1.4 การวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

4.1.4.1 ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ โรคประจำตัว ลักษณะครอบครัว) มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้วยสถิติ chi-square พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านสถานภาพสมรสและระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อทำการทดสอบค่าประสิทธิ์สัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (R_S= -0.128) ส่วนระดับการศึกษาของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวก (R_S= 0.128)

ส่วนปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศ อายุ รายได้ โรคประจำตัว ลักษณะครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ **ดังตารางที่ 4.29** เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลแต่ละปัจจัย ผลการศึกษาเป็นดังนี้

(1) ด้านสถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีร้อยละของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมาก มากที่สุด คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 55.1 ส่วนกลุ่มผู้อายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองระดับมาก น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.1 อย่างไรก็ตามเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรส กับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้วยสถิติ chi-square พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value เท่ากับ 0.049 และเมื่อทำการทดสอบค่าประสิทธิ์สัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) พบว่า มีความสัมพันธ์กันทางลบ (R_S= -0.128)

(2) ด้านระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีร้อยละของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมาก มากที่สุด คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาตั้งแต่มัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 68.2 ส่วนกลุ่มผู้อายุที่ได้รับการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองระดับมาก น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.0 อย่างไรก็ตามเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้วยสถิติ chi-square พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value เท่ากับ 0.048 และเมื่อทำการทดสอบค่าประสิทธิ์สัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก (R_S= 0.128)

(3) ด้านเพศ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีร้อยละของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมาก มากที่สุดคือ เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 52.5 ส่วนเพศชายมีร้อยละของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมาก น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.2 อย่างไรก็ตามเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับระดับพฤติกรรมการดูแลด้วยสถิติ chi-square พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value เท่ากับ 0.062

Ref. code: 25605817035149ZGJ

(4) ด้านอายุ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีร้อยละของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมาก มากที่สุดคือ กลุ่มที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 47.7 ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุในช่วง 60 ปี ถึง 69 ปี มีร้อยละของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมาก น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.4 อย่างไรก็ตามเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้วยสถิติ chi-square พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value เท่ากับ 0.964 และเมื่อทำการทดสอบค่าประสิทธิ์สัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation) ซึ่งได้ทดสอบ normal distribution การแจกแจงปกติแล้ว พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก (R_c= 0.068)

(5) ด้านรายได้ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีร้อยละของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมาก มากที่สุดคือ กลุ่มรายได้ตั้งแต่ 1,001 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 50.7 ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท มีร้อยละของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมาก น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.2 อย่างไรก็ตามเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้วยสถิติ chi-square พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value เท่ากับ 0.522 และเมื่อทำการทดสอบค่าประสิทธิ์สัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation) ซึ่งได้ทดสอบ normal distribution การแจกแจงปกติแล้ว พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก (R_c= 0.095)

(6) ด้านโรคประจำตัว พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีร้อยละของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมาก มากที่สุดคือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 49.1 ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว มีร้อยละของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ในระดับมาก น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.0 อย่างไรก็ตามเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการมีโรคประจำตัวกับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้วยสถิติ chi-square พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value เท่ากับ 0.466 และเมื่อทำการทดสอบค่าประสิทธิ์สัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก (R_s= 0.047)

(7) ด้านลักษณะครอบครัว พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีร้อยละของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมาก มากที่สุดคือ กลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่แบบครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 55.0 ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่แบบครอบครัวเดี่ยว มีร้อยละของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมาก น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.7 อย่างไรก็ตามเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะครอบครัวกับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้วยสถิติ chi-square พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value เท่ากับ 0.098 และเมื่อทำการทดสอบค่าประสิทธิ์สัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก (R_s= 0.107)

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ตารางที่ 4.29 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง		สถิติที่ใช้ทดสอบ	p-value
	น้อยและปานกลาง n (%)	มาก n (%)		
เพศ			$X^2 = 3.473$	*0.062*
ชาย	58 (59.8)	39 (40.2)		
หญิง	67 (47.5)	74 (52.5)		
อายุ			$R_c = 0.068$	
			$X^2 = 0.002$	0.964
60-69 ปี	80 (52.6)	72 (47.4)		
70 ปีขึ้นไป	45 (52.3)	41 (47.7)		
ระดับการศึกษา			$R_s = 0.128$	
			$X^2 = 5.020$	0.048
ไม่ได้รับการศึกษา	33 (60.0)	22 (40.0)		
ประถมศึกษา	85 (52.8)	76 (47.2)		
มัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป	7 (31.8)	15 (68.2)		
สถานภาพสมรส			$R_s = -0.128$	
			$X^2 = 3.882$	0.049
โสด	44 (44.9)	54 (55.1)		
คู่	81 (57.9)	59 (42.1)		
รายได้			$R_c = 0.095$	
			$X^2 = 0.410$	0.522
ต่ำกว่า 1,000 บาท	91 (53.8)	78 (46.2)		
สูงกว่ากว่า 1,001 บาท	34 (49.3)	35 (50.7)		
โรคประจำตัว			$R_s = 0.047$	
			$X^2 = 0.532$	0.466
ไม่มี	42 (56.0)	33 (44.0)		
มี	83 (50.9)	80 (49.1)		
ลักษณะครอบครัว			$R_s = 0.107$	
			$X^2 = 2.734$	0.098
ครอบครัวเดี่ยว	89 (56.3)	69 (43.7)		
ครอบครัวขาย	36 (45.0)	44 (55.0)		

Ref. code: 25605817035149ZGJ

4.1.4.2 ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 2 ปัจจัยนำ (การรับรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้วยสถิติ chi-square พบว่า ปัจจัยนำ ด้านการรับรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อทำการทดสอบค่าประสิทธิ์สัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation) ซึ่งได้ทดสอบ normal distribution การแจกแจงปกติแล้ว พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวก (R_c= 0.065) **ดังตารางที่ 4.30** เมื่อพิจารณาปัจจัยนำ ผลการศึกษาเป็นดังนี้

ด้านการรับรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีร้อยละของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมาก มากที่สุดคือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมาก (สูง) คิดเป็นร้อยละ 48.1 ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ ในเรื่องของการดูแลสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง มีร้อยละของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมาก น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 20.0 อย่างไรก็ตาม เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพตนเอง กับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้วยสถิติ chi-square พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value เท่ากับ 0.373 และเมื่อทำการทดสอบค่าประสิทธิ์สัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation) ซึ่งได้ทดสอบ normal distribution การแจกแจงปกติแล้ว พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก (R_c= 0.065)

ตารางที่ 4.30 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา

ปัจจัยนำ	ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง		สถิติที่ใช้ทดสอบ	p-value
	น้อยและปานกลาง n (%)	มาก n (%)		
การรับรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพตนเอง			R_c = 0.065 X^2 = 1.547	0.373
ความรู้ปานกลาง	4 (80.0)	1 (20.0)		
ความรู้มาก	121 (51.9)	112 (48.1)		

Ref. code: 25605817035149ZGJ

4.1.4.3 ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 3 ปัจจัยเอื้อ (การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ และการมี และการใช้คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้วยสถิติ chi-square พบว่า ปัจจัยเอื้อด้านการเป็นสมาชิกชมผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ และการมี และการใช้คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อทำการทดสอบค่าประสิทธิ์สัมพันธ์แบบ สเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) พบว่าการเป็นสมาชิกชมผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ และการมี และการใช้คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (R_s = 0.258, 0.343, 0.210 ตามลำดับ)

ส่วนปัจจัยเอื้อ ด้านการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ **ดังตารางที่ 4.31** เมื่อพิจารณาปัจจัยเอื้อ แต่ละปัจจัยผลการศึกษาเป็นดังนี้

(1) ด้านการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีร้อยละของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมาก มากที่สุดคือ กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรม คิดเป็นร้อยละ 53.6 ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรม มีร้อยละของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมาก น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 20.5 อย่างไรก็ตามเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุกับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้วยสถิติ chi-square พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.001 และเมื่อทำการทดสอบค่าประสิทธิ์สัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ (R_s= 0.258)

(2) การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีร้อยละของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมาก มากที่สุดคือ กลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 73.0 ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุมีร้อยละของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมาก น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.0 อย่างไรก็ตามเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ กับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้วยสถิติ chi-square พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.001 และเมื่อทำการทดสอบค่าประสิทธิ์สัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง (R_s= 0.343)

(3) การมี และการใช้คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีร้อยละของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมาก มากที่สุดคือ กลุ่มที่มี และมีการใช้คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 58.0 ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มี และมีการใช้คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพ มีร้อยละของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมาก น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ

Ref. code: 25605817035149ZGJ

56.5 อย่างไรก็ตามเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการมี และการใช้คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้วยสถิติ chi-square พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value เท่ากับ 0.001 และเมื่อทำการทดสอบค่าประสิทธิ์สัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ (R_s= 0.210)

(4) ด้านการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีร้อยละของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมาก มากที่สุดคือ กลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ง่าย คิดเป็นร้อยละ 51.5 ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ง่ายที่สุด มีร้อยละของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมาก น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.7 อย่างไรก็ตามเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ กับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้วยสถิติ chi-square พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value เท่ากับ 0.617 และเมื่อทำการทดสอบค่าประสิทธิ์สัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation) ซึ่งได้ทดสอบ normal distribution การแจกแจงปกติแล้ว พบว่า มีความสัมพันธ์กันทางลบ (R_c= -0.020)

(5) ด้านสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีร้อยละของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมาก มากที่สุดคือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีสภาพสิ่งแวดล้อมเกี่ยวข้องน้อยถึงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 52.6 ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสภาพสิ่งแวดล้อมเกี่ยวข้องมาก มีร้อยละของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมาก น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.0 อย่างไรก็ตามเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้วยสถิติ chi-square พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value เท่ากับ 0.191 และเมื่อทำการทดสอบค่าประสิทธิ์สัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation) ซึ่งได้ทดสอบ normal distribution การแจกแจงปกติแล้ว พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกันในระดับต่ำ (R_c= 0.084)

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ตารางที่ 4.31 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา

ปัจจัยเอื้อ	ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ		สถิติที่ใช้ทดสอบ	p-value
	น้อยและปานกลาง n (%)	มาก n (%)		
การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ			R_c = -0.020	
			X^2 = 0.250	0.617
เข้าถึงได้ง่าย	16 (48.5)	17 (51.5)		
เข้าถึงได้ง่ายที่สุด	136 (66.3)	69 (33.7)		
สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ			R_c = 0.084	
			X^2 = 1.707	0.191
เกี่ยวข้องน้อยถึงปานกลาง	46 (47.4)	51 (52.6)		
เกี่ยวข้องมาก	79 (56.0)	62 (44.0)		
การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ			R_s = 0.258	
			X^2 =15.809	<0.001
ไม่เป็น	35 (79.5)	9 (20.5)		
เป็น	90 (46.4)	104 (53.6)		
การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ			R_s = 0.343	<0.001
			X^2 = 27.990	
ไม่ได้เข้าร่วม	105 (64.0)	59 (36.0)		
เข้าร่วม	20 (27.0)	54 (73.0)		
การมี และการใช้คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ			R_s = 0.210	
			X^2 = 10.531	0.001
ไม่มีคู่มือ	75 (62.5)	74 (56.5)		
มีคู่มือ และมีการนำไปใช้	50 (42.0)	69 (58.0)		

4.1.4.4 ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 4 ปัจจัยเสริม (ด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม กับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ด้วยสถิติ chi-square พบว่า ปัจจัยเสริม ด้านการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลภายในครอบครัว และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และทำการทดสอบค่าประสิทธิ์สัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation) พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลภายในครอบครัว และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวก กับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (Rc = 0.152, 0.184 ตามลำดับ)

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ส่วนปัจจัยเสริม ด้านแรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ **ดังตารางที่ 4.32** เมื่อพิจารณาปัจจัยเสริมแต่ละปัจจัย ผลการศึกษาเป็นดังนี้

(1) ด้านการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีร้อยละของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมาก มากที่สุดคือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 49.8 ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวระดับน้อยถึงปานกลาง มีร้อยละของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมาก น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.1 อย่างไรก็ตามเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว กับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้วยสถิติ chi-square พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value เท่ากับ 0.031 และเมื่อทำการทดสอบค่าประสิทธิ์สัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation) ซึ่งได้ทดสอบ normal distribution การแจกแจงปกติแล้ว พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก (R_C= 0.152)

(2) ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีร้อยละของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมาก มากที่สุดคือ กลุ่มผู้สูงอายุที่รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 50.5 ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ระดับน้อยถึงปานกลาง มีร้อยละของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมาก น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25.0 อย่างไรก็ตามเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ กับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้วยสถิติ chi-square พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value เท่ากับ 0.011 และเมื่อทำการทดสอบค่าประสิทธิ์สัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation) ซึ่งได้ทดสอบ normal distribution การแจกแจงปกติแล้ว พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก (R_C= 0.184)

(3) ด้านการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีร้อยละของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมาก มากที่สุดคือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 49.8 ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ ระดับน้อยถึงปานกลาง มีร้อยละของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมาก น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.3 อย่างไรก็ตามเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ กับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้วยสถิติ chi-square พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value เท่ากับ 0.080 และเมื่อทำการทดสอบค่าประสิทธิ์สัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation) ซึ่งได้ทดสอบ normal distribution การแจกแจงปกติแล้ว พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก (R_C= 0.073)

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ตารางที่ 4.32 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา

ปัจจัยเสริม	ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง		สถิติที่ใช้ทดสอบ	P-value
	น้อยและปานกลาง n (%)	มาก n (%)		
การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว			R_c = 0.152 *X^2 = 4.672*	0.031
ได้รับแรงสนับสนุนน้อยถึงปานกลาง	17 (73.9)	6 (26.1)		
ได้รับแรงสนับสนุนมาก	108 (50.2)	107 (49.8)		
แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์			R_c = 0.073 *X^2 = 3.074*	0.080
ได้รับแรงสนับสนุนน้อยถึงปานกลาง	22 (66.7)	11 (33.3)		
ได้รับแรงสนับสนุนมาก	103 (50.2)	102 (49.8)		
การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ			R_c = 0.184 *X^2 = 6.430*	0.011
ได้การรับรู้น้อย และปานกลาง	21 (75.0)	7 (25.0)		
ได้รับการรับรู้มาก	104 (49.5)	106 (50.5)		

4.1.4.5 ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 5 ปัจจัยโดยรวมตามทฤษฎีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยโดยรวมตามทฤษฎี กับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ด้วยสถิติ chi-square พบว่า ปัจจัยโดยรวมตามทฤษฎีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และทำการทดสอบค่าประสิทธิ์สัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation) พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวก กับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (R_C = 0.190) **ดังตารางที่ 4.33** เมื่อพิจารณาปัจจัยโดยรวมตามทฤษฎีผลการศึกษาเป็นดังนี้

การศึกษาปัจจัยโดยรวมตามทฤษฎี พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีร้อยละของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมาก มากที่สุดคือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ปัจจัยโดยรวมตามทฤษฎีในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 49.3 ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ด้านปัจจัยโดยรวมตามทฤษฎีในระดับปานกลาง มีร้อยละของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมาก น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 20.0 อย่างไรก็ตามเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยโดยรวมตามทฤษฎีกับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้วยสถิติ chi-square พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value เท่ากับ 0.028 และเมื่อทำการทดสอบค่าประสิทธิ์สัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation) ซึ่งได้ทดสอบ normal distribution การแจกแจงปกติแล้ว พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก (R_C= 0.190)

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ตารางที่ 4.33 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยโดยรวมตามทฤษฎี กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง		สถิติที่ใช้ทดสอบ	P-value
	น้อยและปานกลาง n (%)	มาก n (%)		
ปัจจัยโดยรวมตามทฤษฎี			R_c = 0.190 X^2 = *4.848*	0.028
ระดับปานกลาง (1.67-2.33)	12 (80.0)	3 (20.0)		
ระดับสูง (2.34-3.00)	113 (50.7)	110 (49.3)		

Ref. code: 25605817035149ZGJ

4.2 การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา ผู้วิจัยได้อภิปรายผล จำแนกตามลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และผลการทดสอบสมมติฐาน

4.2.1 ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 60-69 ปี มากที่สุด เมื่อพิจารณาอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่เฉลี่ยที่ 68.41 ปี ซึ่งเป็นผู้สูงอายุตอนต้น หรือที่เรียกว่า Young-old (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) สอดคล้องกับการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่ทำการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ทุก 3 ปี พบว่าในปี พ.ศ.2557 มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 10,014,705 คน เป็นชาย 4,514,815 และหญิง 5,499,890 คน หรือคิดเป็น ชายร้อยละ 45.1 และหญิงร้อยละ 54.9 ของผู้สูงอายุทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

4.2.1.1 สถานภาพสมรส พบว่า ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ทั้งนี้พิจารณาจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ทำให้การเสียชีวิตของคู่สมรสมีน้อย ทำให้พบว่า ผู้สูงอายุมีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 63.5 เป็นผู้ที่มีสถานภาพสมรส ในจำนวนนี้ ร้อยละ 61.0 เป็นผู้ที่มีคู่สมรสอยู่ด้วยกันในครัวเรือน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

4.2.1.2 ระดับการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา หากพิจารณาตามช่วงอายุแล้วนั้น พบว่า ผู้สูงอายุยิ่งมีอายุมากขึ้น ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุก็ยิ่งน้อยลง ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากนโยบายการจัดการศึกษาในช่วงแรกของการปฏิรูประบบการปกครองมาเป็นระบบรัฐธรรมนูญ พ.ศ.2475 ซึ่งรัฐบาลมีนโยบายขยายการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาออกไปให้มากยิ่งขึ้น และให้ความสำคัญกว่าระดับอื่นๆ (รัศมี เกยจอหอ และคณะ, 2558) ประกอบกับในช่วงแรกของการปฏิรูปการศึกษา การขยายโอกาสยังไม่อาจเข้าถึงพื้นที่ในจังหวัดพะเยา ทำให้พื้นจังหวัดพะเยาในช่วงแรกของการปฏิรูป ผู้สูงอายุจังมีระดับการศึกษาอยู่ในชั้นระดับประถมศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ75.7) จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาและต่ำกว่าประถมศึกษา (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

4.2.1.3 รายได้ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท โดยมีค่ามัธยฐานของรายได้อยู่ที่ 700 บาทต่อเดือน ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการขึ้นทะเบียนรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจากทางราชการมาก่อน จึงได้รับเบี้ยยังชีพทุกคน และยังมีบ้างส่วนที่ยังมีการประกอบอาชีพ และได้รับจากบุตรหลาน ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ พร้อมทั้งในพื้นที่ ที่ทำการศึกษายังเป็นพื้นที่ ที่ยังไม่ค่อยได้รับผลกระทบจากสังคมภายนอก หรือความเจริญของสังคมยุคใหม่ ยังมีการเอื้อเฟื้อเพื่อแผ่ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้สูงอายุไม่มีการจับจ่ายใช้สอยมากมาย เพียงแต่ใช้เพื่อความจำเป็น สอดคล้องกับการสำรวจของสำนักวิจัย และสถิติ

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ร่วมกับบริษัทไทยรับประกันภัยต่อ จำกัด ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ หรือคิดเป็นสัดส่วน 33.2% ของผู้สูงอายุทั้งหมด มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 20,000 บาทต่อเดือน (สำนักวิจัย และสถิติ, 2558)

4.2.1.4 โรคประจำตัว พบว่า ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ที่พบมากที่สุด คือ กลุ่มอาการ/โรค NCDs (Non-Communicable diseases) ซึ่งในส่วนนี้ ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยาจากสถานบริการด้านสาธารณสุขของรัฐ รองลงมาคือ โรคข้อเข่าเสื่อม สาเหตุส่วนใหญ่เป็นความเสื่อมแบบปฐมภูมิ หรือไม่ทราบสาเหตุ สอดคล้องกับทฤษฎีระบบประสาทต่อมไร้ท่อและภูมิคุ้มกัน (Neuroendocrine – Immunologic Theory) ที่เชื่อว่ากระบวนการสูงอายุเป็นผลร่วมกัน ของการเปลี่ยนแปลงทั้งระบบประสาท/ต่อมไร้ท่อ และระบบภูมิคุ้มกันที่ทำหน้าที่ลดลง เป็นผลทำให้ เมื่อมีอายุที่มากขึ้น ระบบภูมิคุ้มกัน และระบบอื่นๆภายในร่างกายก็จะทำหน้าที่ได้น้อยลงหรือสูญเสียหน้าที่ในการควบคุมตนเอง (Touhy & Jett, 2010)

4.2.1.5 ลักษณะครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีลักษณะครอบครัวเดี่ยว คือ ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรส และอาศัยอยู่ร่วมกับบุตรหลานทำให้ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาได้เมื่อยามเจ็บป่วยหรือมีปัญหา ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะพื้นที่ ที่ทำการศึกษายังไม่ได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และถึงแม้ผู้สูงอายุจะอาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยวที่อาศัยอยู่กับคู่สมรสหรือกับบุตรเพียงลำพัง แต่บริเวณโดยรอบ จะมีบ้านของญาติพี่น้องทำการอาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกัน ทำให้มีการพึ่งพาอาศัย ดูแลซึ่งกันและกัน

4.2.1.6 การเป็นสมาชิกชมรม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ และส่วนใหญ่มีการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุทุกครั้ง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุที่ทำการศึกษา เป็นกลุ่มผู้สูงอายุประเภทช่วยเหลือตนเองได้ดี (Well elder) ที่มีระดับ Barthel Activities of Daily Living : ADL อยู่ในช่วง 12-20 คะแนน ทำให้ยังพบพฤติกรรมการเข้าหาสังคมประกอบกับการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ผู้สูงอายุแสวงหากิจกรรมเพื่อปฏิบัติในชีวิตประจำวัน โดยการเป็นสมาชิกของชมรม ซึ่งการจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุมักจะจัดขึ้นทุกวันพระของเดือน หรือทุกวันเสาร์ของแต่ละเดือน กิจกรรมส่วนใหญ่จะเน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ โดยมีทั้งจากบุคคลภายนอกมาจัดกิจกรรมให้ หรือแม้กระทั้งผู้สูงอายุจัดกิจกรรมขึ้นมาเองภายในชมรม

4.2.1.7 ด้านการมีคู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุ มีการใช้ และไม่ใช้ประโยชน์จากการมีคู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นจำนวนที่เท่ากันอยู่ที่ร้อยละ 50 อาจเป็นเพราะส่วนใหญ่ได้รับคู่มือแล้วเกิดการสูญหาย หรือจำไม่ได้ว่าทำการเก็บคู่มือไว้ ณ ที่ใด ทำให้ไม่ได้มีการนำสมุดคู่มือการดูแลสุขภาพมาใช้ประโยชน์ สอดคล้องกับการศึกษาของสุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล และคณะ ที่ทำการสำรวจสุขภาวะผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และผู้พิการ พบว่า มีผู้สูงอายุ เพียงร้อยละ 7 เท่านั้น ที่ระบุว่ามีสมุดคู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และยังพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่มีถึงร้อยละ 45 ที่ไม่ได้ใช้สมุดคู่มือเลย (สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล และคณะ, 2556)

Ref. code: 25605817035149ZGJ

4.2.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

4.2.2.1 พฤติกรรมด้านการบริโภค พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมอยู่ที่ 2.46 สอดคล้องกับการศึกษาของ นวนิตย์ จันทร์ชุ่ม ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.4) มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับดีมาก และร้อยละ 28.3 มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับดี (นวนิตย์ จันทร์ชุ่ม, 2553) สอดคล้องกับการรายงานของสุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล และคณะ ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่าเป็นประจำ (ร้อยละ 65) รับประทานผักและผลไม้เป็นประจำ (ร้อยละ 66) ไม่ดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 83) และไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 84) (สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล และคณะ, 2556) โดยการศึกษาในครั้งนี้ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อาทิเช่น รับประทานอาหาร ครบทุกมื้อ (ร้อยละ 93.3) ดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว (ร้อยละ 70.2) รับประทานผักและผลไม้อยู่เป็นประจำ (ร้อยละ 60.5) แต่ยังคงมีบางส่วนที่รับประทานกาแฟแทนอาหารเช้าทุกครั้ง (ร้อยละ 10.2) และยังพบอีกว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงอาหารที่มีส่วนผสมของกะทิเป็นส่วนประกอบ (ร้อยละ 27.3) หลีกเลี่ยงอาหารประเภทผัดหรือทอด (ร้อยละ 13.4) และผู้สูงอายุบางส่วนยังคงมีการรับประทานเนื้อสัตว์สุกๆดิบๆ (ร้อยละ 4.2) อีกทั้งผู้สูงอายุบางส่วนยังคงมีการเติม น้ำปลา ซีอิ๊ว หรือซอสปรุงรสลงไปในอาหารเพื่อเพิ่มรสชาติทุกครั้ง (ร้อยละ11.3) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากวัฒนธรรมการรับประทานอาหารทางภาคเหนือ ที่มักจะมีการรับประทานอาหารสุกๆดิบๆ อาทิเช่น ลาบหมูดิบ หลู้หมูดิบ เป็นต้น ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุเองมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคไข้หูดับหรือที่เรียกกันว่าโรคติดเชื้อสเตรปโตคอกคัส ซูอิส (*Streptococcus suis*) ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือเครื่องดื่มชูกำลังพบว่า เพศชายมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ถึงร้อยละ 73.3 สอดคล้องกับการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557 ที่พบว่าผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงถึงร้อยละ 18.4 และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

4.2.2.2 พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมอยู่ที่ 2.19 สอดคล้องกับการศึกษาของวัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว ที่พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการออกกำลังกาย มีค่า ระดับการปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 1.06 ± 0.45) (วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว, 2557) โดยการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุจะเน้นการออกกำลังกายแบบหลีกเลี่ยงการปะทะ เน้นการเดิน และยืนแกว่งแขนเป็นหลัก (ร้อยละ 41.6) และส่วนใหญ่ออกกำลังกายครั้งละ ไม่ต่ำกว่า 20-30 นาที (ร้อยละ 38.2) และมีการออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 37.0) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้มีการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมซึ่งทางชมรมผู้สูงอายุเองก็ได้มีการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริม และป้องกันให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีหรือคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี และยังพบอีกว่าส่วนใหญ่ไม่รู้หลักของการออกกำลังกาย ดังจะเห็นได้ว่าไม่มีการอบอุ่นร่างกายและผ่อนคลายกล้ามเนื้อหลังการออกกำลังกาย พร้อมทั้งยังไม่มีการตรวจเท้าก่อนและหลังการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นตรวจสอบรอยถลอก แผล ร้อยช้ำที่เท้า สอดคล้องกับทฤษฎีการถดถอย (Disengagement Throry) ที่เชื่อว่าผู้ที่เข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ไม่ควรลดกิจกรรมที่เคยทำอยู่ ควรมี

Ref. code: 25605817035149ZGJ

การทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพกาย สุขภาพจิตต่อไป อีกทั้งสังคมควรคาดหวังให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมในสังคมเช่นเดียวกับวัยผู้ใหญ่ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2555)

4.2.2.3 พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมอยู่ที่ 2.28 สอดคล้องกับการศึกษาของวิภาพร สิทธิสาตร์ และ สุชาดา สวนนุ่ม ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการพัฒนาด้านการจัดการกับความเครียดของผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ สามารถที่จะเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีสติ ค่าเฉลี่ย 3.56 (วิภาพร สิทธิสาตร์ และสุชาดา สวนนุ่ม, 2550) ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุมีกระบวนการจัดการความเครียดที่ถูกต้อง อาทิเช่น เมื่อมีความเครียดหรือมีปัญหา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีกระบวนการแก้ปัญหาหรือมีกิจกรรมให้ทำเพื่อจัดการความเครียด เช่น การพูดคุยกับบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลที่สามารถพึ่งพาได้ถึงปัญหาหรือความเครียดนั้นๆ (ร้อยละ 39.5) อ่านหนังสือ/ดูโทรทัศน์ (ร้อยละ 36.1) สวดมนต์ไหว้พระหรือนั่งสมาธิ (ร้อยละ 29.8) หรือแม้กระทั่ง เมื่อรู้สึกเครียดผู้สูงอายุจะมีการออกกำลังกาย (ร้อยละ 26.5) เป็นการหาวิธีการที่ดี และถูกต้องในการปัญหา แทนการรับประทานยาระงับประสาทหรือยานอนหลับ ซึ่งมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 17.6 ที่ยังมีการรับประทานยาระงับประสาทหรือยานอนหลับทุกครั้ง หรือเพียงบางครั้ง เพื่อบรรเทาภาวะเครียด อาจเนื่องมาจากกลุ่มผู้สูงอายุที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ มีสถานภาพสมรสเดี่ยว อยู่ถึงร้อยละ 36.97 ซึ่งอาจเกิดจากการสูญเสียคู่ชีวิต หรือการอาศัยอยู่เพียงลำพัง ทำให้ไม่สามารถปรึกษา หรือพึ่งพาผู้อื่นได้ จึงเกิดมีพฤติกรรมการรับประทานยาระงับประสาทหรือยานอนหลับขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยของ Active Ageing (The determinants of Active Ageing) ในส่วนของปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงในตัวของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย หรือมีปัจจัยที่เป็นอุปสรรค หรือไม่สามารถออกไปสู่สังคมภายนอกได้ ก็จะมีแนวโน้มแยกตัวซึมเศร้า ซึ่งทำให้มีอัตราการป่วยเพิ่มมากขึ้น (ธนัช กนกเทศ, 2559)

4.2.2.4 พฤติกรรมด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านการจัดการสภาพแวดล้อมอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมอยู่ที่ 2.50 สอดคล้องกับการศึกษาของ ปณิชา แดงอุบุล และคณะ ที่ทำงานศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนครปฐม พบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมในระดับดี (90.8 ±1.07) (ปณิชา แดงอุบล และคณะ, 2556) จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุมีการจัดการแสงสว่างในบ้านให้มีความเพียงพอ (ร้อยละ 89.5) จัดการอากาศภายในบ้านให้มีการถ่ายเทได้สะดวก (ร้อยละ 89.5) และมีการทำความสะอาดบ้านอยู่เป็นประจำ (ร้อยละ 73.1) รวมถึงการมีแว่นสายตา และเครื่องช่วยในการได้ยินเสียงการพูด

4.2.2.5 พฤติกรรมด้านการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลางพบว่า โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.18 สอดคล้องกับการศึกษาของวัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้วที่พบว่าพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย มีค่าระดับการปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 1.41 ± 0.33) (วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว, 2557) ซึ่งเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย อาทิผู้สูงอายุมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ เจ็บคอ ผู้สูงอายุสามารถทำการดูแลรักษาตนเองเบื้องต้นเพื่อให้

Ref. code: 25605817035149ZGJ

หายขาดจากอาการดังกล่าวได้ (ร้อยละ 53.8) แต่ถ้ามีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรง อาทิ หอบเหนื่อย ไข้สูง/หนาวสั่น กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง หรือเจ็บหน้าอกเหมือนถูกบีบรัด ผู้สูงอายุจะไปรับการรักษากับบุคคลากรทางการแพทย์ (ร้อยละ 66.8) และผู้สูงอายุเองส่วนใหญ่ยังมีการตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อป้องกันการเกิดโรค (ร้อยละ 77.7) แต่ส่วนใหญ่ยังไม่มีความรู้ในการนำแพทย์ทางเลือกอาทิเช่น การนวด การใช้ยาสมุนไพร การฝังเข็ม มาช่วยในการส่งเสริม ป้องกัน รักษา หรือแม้กระทั้งการฟื้นฟูสุขภาพของตนเอง (ร้อยละ 10.5) อาจเนื่องมาจากยังมีบุคลากร หรือผู้มีความรู้ทางการแพทย์ทางเลือก จำนวนน้อย ทำให้ยังไม่ค่อยมีการประชาสัมพันธ์ หรือลงไปให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้การแพทย์ทางเลือกในการส่งเสริม และดูแลรักษาตนเอง ถึงแม้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลจะมีหน่วยบริการทางด้านการแพทย์ทางเลือก แต่ก็ยังคงมีบุคคลากรไปประจำอยู่ไม่เต็มพื้นที่ ประกอบกับการไม่ได้ใช้ประโยชน์จากสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อประเมินสุขภาพตนเองเบื้องต้นในเท่าที่ควร

4.2.3 สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ โรคประจำตัว ลักษณะครอบครัว) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านสถานภาพสมรส และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางลบ ส่วนระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ สามารถอภิปรายได้ดังนี้

สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้าม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด ไม่ต้องมีภาระในการดูแลบุคคลอื่น หรือคู่ชีวิตภายในครอบครัว ทำให้มีเวลาในการส่งเสริมป้องกัน และดูแลสุขภาพของตนเองมากกว่า มีโอกาสที่จะเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม พบปะแลกเปลี่ยนการใช้ชีวิตแม้กระทั้ง ความรู้หรือพฤติกรรมที่ดีในการดูแลสุขภาพตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจพร สว่างศรี และเสริมศิริ แต่งงาม ที่ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสดมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าสถานภาพสมรส (เบญจพร สว่างศรี และเสริมศิริ แต่งงาม, 2556)

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ระดับการศึกษา จะช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงแหล่งประโยชน์ และรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ ด้านสุขภาพ ได้ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือมีการศึกษาที่ต่ำกว่า ทำให้มีโอกาสเลือกการรับประทานอาหาร เลือกกิจกรรม หรือวิธีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับตนเองได้มากกว่า อีกทั้งการศึกษาสูงจะทำให้มีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหาต่างๆ ที่สงสัยหรือไม่เข้าใจ ตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ รู้จักที่จะรักษา และดูแลเอาใจใส่ได้อย่างถูกต้อง และดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ (เอกรัตน์ เชื้ออินถา, 2540) ประกอบกับผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มผู้สูงอายุประเภทช่วยเหลือตนเองได้ดี (Well elder) และส่วนใหญ่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ และมีการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ในเรื่องของการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งในตัวชมรมผู้สูงอายุเองก็ไม่ได้แบ่งแยกว่า ผู้สูงอายุท่านใดมีคุณวุฒิสูงกว่ากัน เพียงแต่มองโดยภาพรวมว่าเป็นผู้สูงอายุเหมือนกัน และมองถึงการมีองค์ความรู้ หรือประสบการณ์ที่แตกต่างกัน

Ref. code: 25605817035149ZGJ

สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจพร สว่างศรี และเสริมศิริ แต่งงาม ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษามีระดับการดูแลสุขภาพตนเองสูงสุด รองลงมาคือระดับประถมศึกษา และไม่ได้เรียนหนังสือ (เบญจพร สว่างศรี และเสริมศิริ แต่งงาม, 2556)

ส่วนปัจจัยนำ ด้าน เพศ อายุ รายได้ โรคประจำตัว ลักษณะครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอภิปรายได้ดังนี้

เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาเป็นกลุ่มผู้สูงอายุประเภทช่วยเหลือตนเองได้ดี (Well elder) ที่มีระดับ Barthel Activities of Daily Living : ADL อยู่ในช่วง 12-20 คะแนน ทำให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตนเองในการส่งเสริมสุขภาพได้ ทั้งนี้ความแตกต่างในเรื่องของเพศจึงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ เอกรัตน์ เชื้ออินถา ที่พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่าง ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (เอกรัตน์ เชื้ออินถา, 2540) เมื่อพิจารณาแยกรายเพศ พบว่า

เพศหญิง มีพฤติกรรมการรับประทานครบทุกมื้อ มีการเติม น้ำปลา ซีอิ๊ว หรือซอสปรุงรสลงไปในอาหาร และมีการดื่มน้ำสะอาดอย่างเพียงพอ มากกว่าเพศชาย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการประกอบอาหาร หรืองานบ้านงานครัวเป็นงานของเพศหญิง อีกทั้งสังคมไทยยังกำหนดบทบาทให้เพศหญิงเป็นแม่บ้าน ทำให้งานบ้านเกือบจะทุกอย่างรวมถึงการประกอบอาหารส่วนใหญ่ เพศหญิงเป็นผู้ปฏิบัติ ทำให้ในการประกอบอาหาร อาจมีการเติมซอสปรุงรสต่างๆ เพื่อเพิ่มรสชาติให้อาหารมีความอร่อย สอดคล้องกับการศึกษาของสุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล และคณะ ที่พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิง มีโอกาสพบพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์มากกว่าเพศชาย 1.5 เท่า (สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, และคณะ, 2556)

เพศชาย มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ และการรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ มากกว่าเพศหญิง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ค่านิยมสมัยก่อนที่คิดว่าการสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่แสดงออกถึงความเป็นผู้ชาย ประกอบกับฉากสูบบุหรี่ในหนังไทยสมัยก่อนทำให้สร้างค่านิยมสิงห์อมควัน (ณัฏฐ์ ตุ้มภู่, 2553) สอดคล้องกับการสำรวจของ สำนักสถิติพยากรณ์ ที่พบว่าผู้สูงอายุ มีอัตราการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ถึงร้อยละ 16.6 และ 18.4 ตามลำดับ ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่ของการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก็เพื่อเข้าสังคมสังสรรค์ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) ประกอบกับวัฒนธรรมการรับประทานอาหารของประชาชนในภาคเหนือ ที่มีการนิยมรับประทานอาหารประเภทสุกๆ ดิบๆ ในเวลาที่มีการพบปะสังสรรค์จึงเป็นเหตุให้มีการทำกับข้าวประเภท ลาบหมูดิบ หลู้หมู มาประกอบในการรับประทาน

อายุ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มของผู้สูงอายุมีอายุที่ไม่ห่างกันเท่าไร อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 68 $\pm$ 6.47 ปี ซึ่งถ้าดูจากอายุแล้วยังเป็นผู้สูงอายุตอนต้น (young-old) ประกอบกับกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นกลุ่มผู้สูงอายุประเภทช่วยเหลือตนเองได้ดี (Well elder) อีกทั้งยังเป็นวัยที่ถึงแม้ลูก/หลาน จะให้คำแนะนำหรือเตือนในเรื่องของการปฏิบัติตนแต่ก็ไม่ค่อยให้ความสนใจ เนื่องจากตนมีความคิดว่าตนเองเป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า บุคคลอื่นๆก็ไม่สามารถสั่งหรือสอนตนได้ ตน

Ref. code: 25605817035149ZGJ

เคยทำสิ่งใดมาก่อนก็จะคงปฏิบัติไว้ซึ่งการกระทำนั้น สอดคล้องกับทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ที่เชื่อว่าบุคลิกภาพ และรูปแบบของพฤติกรรมของบุคคลจะไม่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อมีอายุที่มากขึ้น บุคคลๆหนึ่งจะรักษาทุกอย่างไว้ให้คงเดิมมากที่สุด และมีกระบวนการในการปรับตัว (Coping Strategies) แบบเดิมๆเพื่อรักษาความมั่นคงไว้ตลอดชีวิต (Wallace, 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของกิ่งเพชร ศรีเทียน และคณะ ที่พบว่าอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (กิ่งเพชร ศรีเทียน และคณะ, 2555)

รายได้ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ผู้สูงอายุ ไม่จำเป็นต้องจับจ่ายใช้สอยในชีวิตประจำวันมากมาย เนื่องจากบริบท และวัฒนธรรมของพื้นที่ ที่ยังคงไว้ซึ่งความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ซึ่งการจับจ่ายใช้สอยส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุจึงใช้เพียงเพื่อความจำเป็นในชีวิตเท่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาของสถิตย์ พงษ์เจตสุพรรณ ที่พบว่า รายได้ และแหล่งที่มาของรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ (สถิตย์ พงษ์เจตสุพรรณ, 2558)

โรคประจำตัว พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้สูงอายุที่ทำการศึกษาส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว แต่ถ้ามีก็เป็นโรค NCDs ซึ่งเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อโรค NCDs นั้นคิดว่าเป็นโรคที่ไม่ร้ายแรง เพียงรับประทานยาตามที่กำหนด และปรับพฤติกรรมก็สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้ตามปกติ อักนัยหนึ่ง การเป็นมีโรคประจำตัว ก็จะทำให้ตัวของผู้สูงอายุเองหันมาใส่ใจกับพฤติกรรมด้านการดูแลตนเองอยู่เสมอ เพื่อป้องกันตนเองจากโรคภัยที่จะเกิดขึ้นใหม่จากพฤติกรรมหรือสิ่งแวดล้อม และเพื่อส่งเสริมสุขภาพตนเองให้มีสุขภาวะที่สมบูรณ์ ดังจะเห็นได้ว่า จากผลการวิจัยผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีการตรวจสุขภาพประจำปี ถึงร้อยละ 77 เพื่อหาสาเหตุหรือป้องกันโรค ที่อาจจะเกิดขึ้น ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวก็มีพฤติกรรม ในการส่งเสริม และป้องกันตนเองให้ห่างไกลจากการเจ็บป่วยดังกล่าว สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem ในเรื่องการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (universal self-care requisites) ที่เป็นกระบวนการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งชีวิต และสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองต้องปรับเปลี่ยนไปตามอายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยต่างๆ เพื่อรักษาไว้ซึ่งโครงสร้าง หน้าที่ หรือสวัสดิภาพของบุคคล (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

ลักษณะครอบครัว พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจาก กระบวนการเป็นผู้สูงอายุ ที่ยังมีการยึดติดกับอัตตาของตน ยังมีความคิดที่ว่าตนเป็นผู้ใหญ่ยังยึดติดกับอำนาจหรือฐานะทางสังคมที่ผู้อื่นหยิบยื่นให้ ประกอบกับวิถีชีวิตในสังคมไทยในปัจจุบันที่ทุกคนในครอบครัวต่างมีหน้าที่ ที่ต้องรับผิดชอบ ไม่ว่าจะเป็นครอบครัวเดี่ยวหรือขยายบริบทก็ไม่แตกต่างกันมากนัก ตามสังคมไทยในปัจจุบัน ประกอบกับกลุ่มผู้สูงอายุที่ทำการศึกษา เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ทำให้ผู้สูงอายุเองมีพฤติกรรมสุข วิถีสุขภาพในการที่จะส่งเสริมให้ตนเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (Active Ageing) สอดคล้องกับการศึกษาของ เตือนใจ ทองคำ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวการณ์พักอาศัยต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน (เตือนใจ ทองคำ, 2549)

Ref. code: 25605817035149ZGJ

4.2.4 สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยนำ (การรับรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

การรับรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากพื้นที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี จริงอยู่ที่ ผู้ที่มีการรับรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพตนเองมาก จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดี แต่ในวัยของผู้สูงอายุเอง การรับรู้สิ่งใดสิ่งหนึ่ง ถ้าผู้สูงอายุไม่มีความสนใจ ก็จะทำให้ความรู้ที่ได้รับมาไม่มีประโยชน์ ทั้งนี้การที่ผู้สูงอายุมีความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองมากหรือน้อยจึงไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งขึ้นอยู่ที่ว่าเมื่อผู้สูงอายุรู้แล้วมีการนำไปปฏิบัติหรือไม่ เพราะในทางปฏิบัติ พฤติกรรมของบุคคลนั้นเปลี่ยนแปลงได้ยาก สองคล้องกับทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ที่เชื่อว่าบุคลิกภาพ และรูปแบบของพฤติกรรมของบุคคลจะไม่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อมีอายุที่มากขึ้น บุคคลๆหนึ่งจะรักษาทุกอย่างไว้ให้คงเดิมมากที่สุด และมีกระบวนการในการปรับตัว (coping strategies) แบบเดิมๆเพื่อรักษาความมั่นคงไว้ตลอดชีวิต (Wallace, 2008)

4.2.5 สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยเอื้อ (การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ และการมี และการใช้คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษา พบว่า จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้วยสถิติ chi-square และการทดสอบค่าประสิทธิ์สัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation) พบว่า ปัจจัยเอื้อด้านการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ และการมี และการใช้คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุสามารถอภิปรายได้ดังนี้

การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรม อาจเนื่องมาจาก การเป็นสมาชิกชมรม ทำให้ผู้สูงอายุได้พบปะ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความรู้ที่ตนเองมีกับบุคคลอื่นประกอบกับ ในส่วนของชมรมเองก็ได้มีกิจกรรมที่ป้องกันหรือกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้สอดคล้องกับการที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ซึ่งได้กำหนดกรอบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรแต่ละประเภทภายใต้กรอบแนวคิด Active Ageing ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา โดยกำหนดเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การส่งเสริมให้เกิดการมีสุขภาพดี การให้โอกาสเข้ามามีส่วนร่วม และการจัดให้มีหลักประกันในชีวิตที่เหมาะสม (World Health Organization, 2002 อ้างถึงใน ธนัช กนกเทศ, 2559) สอดคล้องกับการศึกษาของกมล วิเศษงามปกรณ์ และวัชรี ศรีทอง ที่พบว่าการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ จะทำให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ สอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มที่กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็น

Ref. code: 25605817035149ZGJ

การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำ ซึ่งการดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่เรียนรู้และจดจำไว้ได้จากสังคม สิ่งแวดล้อมและการติดต่อสื่อสาร ผู้ป่วย คนชรา คนพิการ หรือทารกต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลจากบุคคลอื่น เพื่อสามารถที่จะกลับมารับผิดชอบดูแลตนเองได้ ตามความสามารถที่มีอยู่ขณะนั้น (พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ, 2555) ดังนั้น สิ่งสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ นอกเหนือจากตัวของผู้สูงอายุเองแล้ว บุคคลทางด้านสาธารณสุข ไม่เว้นแต่บุคคลอื่นๆ ภายในครอบครัวหรือชุมชน ย่อมมีส่วนช่วยและส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม จะทำให้ผู้สูงอายุวัยเดียวกันได้พบปะสังสรรค์แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเป็นศูนย์กลางในการจัดกิจกรรมของผู้สูงอายุ รวมทั้งทางชมรมผู้สูงอายุเอง ยังมีกิจกรรมที่เป็นการส่งเสริมการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ ให้ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ มีงานอดิเรก และมีกิจกรรมสันทนาการที่เหมาะสมตามความสนใจ ทำให้ผู้สูงสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข สอดคล้องกับการศึกษาของชนะ สมัครการ และสุพัฒนา คำสอน ที่พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 74.1 มีการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง และการเข้าถึงบริการชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ (r= 0.148, p-value = 0.03) (ชนะ สมัครการ และสุพัฒนา คำสอน, 2559) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของกมล วิเศษงามปกรณ์ และวัชรี ศรีทอง ที่พบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (กมล วิเศษงามปกรณ์ และวัชรี ศรีทอง, 2559)

การมี และการใช้คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่าความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยพบว่าผู้ที่มีคู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และมีการนำไปใช้ประโยชน์จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก การที่ผู้สูงอายุมีการนำคู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองไปใช้ประโยชน์ จะทำให้ผู้สูงอายุ สามารถประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และสภาวะสุขภาพของตนเองเบื้องต้นได้ อันจะเป็นการป้องกันและส่งเสริม เพื่อไม่ให้เกิดโรค หรือภาวะอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นตามมาได้ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุเองมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ สอดคล้องกับการศึกษาของสุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล และคณะ ที่พบว่า การมีและใช้สมุดคู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยสัมพันธ์เชิงบวกที่สำคัญต่อการที่ผู้สูงอายุ จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (OR=1.1 95%CI : 1.4-2.7) (สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล และคณะ, 2556)

ส่วนปัจจัยเอื้อ ด้านการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สามารถอภิปรายได้ดังนี้

การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจาก พื้นที่ทำการศึกษานั้น

Ref. code: 25605817035149ZGJ

มีสถานบริการที่เพียงพอต่อความต้องการของผู้สูงอายุ มีกระบวนการและวิธีการในการตรวจรักษาที่ชัดเจน ประกอบกับกระบวนการสร้างนำซ่อมของกระทรวงสาธารณสุข เน้นการบริการเชิงรุกมากกว่าเชิงรับของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเน้นการดูแลตนเองเป็นสำคัญ ผู้สูงอายุสามารถรักษาดูแลตนเองในยามเจ็บป่วยเบื้องตนได้ ทำให้การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุนั้นไม่ต้องเน้นพึ่งการบริการของรัฐเพียงอย่างเดียวเช่นแต่ก่อน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สถิต พงษ์เจตสุพรรณ ที่พบว่า การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (สถิต พงษ์เจตสุพรรณ, 2558) ขัดแย้งกับการศึกษาของ ปฐมาภรณ์ ลาลุน ที่พบว่า การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ปฐมาภรณ์ ลาลุน, 2554)

สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จากการศึกษาในครั้งนี้ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไม่ได้เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา อาจเนื่องมาจากการศึกษาในครั้งนี้ผู้สูงอายุเองเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี มีความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่จะส่งผลต่อสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ดี ประกอบกับส่วนใหญ่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ทำให้ตัวของผู้สูงอายุเองมีกระบวนการหรือแบบแผนวิธีการในการประพฤติปฏิบัติตน ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมภายนอกตนเอง และร่วมเรียนรู้ถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลง และกลวิธีในการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมในปัจจุบัน สอดคล้องกับการศึกษาของปณิชา แดงอุบล และคณะ ที่ทำงานศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนครปฐม ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมในระดับดี (90.8 ±1.07) แต่ตัวแปรด้านสิ่งแวดล้อมไม่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุได้ (ปณิชา แดงอุบล และคณะ, 2556) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของเสาวนิจ นิจอนันต์ชัย และมาลี สันตฎิรศักดิ์ ที่พบว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ไม่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (เสาวนิจ นิจอนันต์ชัย และมาลี สันตฎิรศักดิ์, 2553)

4.2.6 สมมติฐานที่ 4 ปัจจัยเสริม (แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยเสริม ด้านการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลภายในครอบครัว และด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ สามารถอภิปรายได้ดังนี้

แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งการที่ผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลภายในครอบครัวที่เป็นสถาบันที่มีความใกล้ชิด ก็จะเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และควบคุมหรือปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้ตอบสนองความต้องการของตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาศ นาควิจิตร ที่พบว่า การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เบญจมาศ นาควิจิตร, 2551)

Ref. code: 25605817035149ZGJ

การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จากการศึกษาในครั้งนี้กลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี อีกทั้งส่วนใหญ่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ จึงเป็นโอกาสที่ผู้สูงอายุจะได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ นอกเหนือจากการได้รับจากสื่อต่างๆ บุคคลภายในครอบครัวตลอดจน บุคลากรทางด้านสาธารณสุข เพราะบุคคลที่เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุนั้น ต่างมีความหลากหลายทางด้านอาชีพ และประสบการณ์ที่เคยผ่านมา ทำให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในด้านการดูแลสุขภาพตนเอง จะเห็นได้จากผลการศึกษาที่พบว่าการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับงานวิจัยของสุคี ศิริวงศ์พากร ที่พบว่าพฤติกรรมการเปิดรับข่าวของผู้สูงอายุจากทุกสื่อ ได้แก่ วิทยุโทรทัศน์ วิทยุกระจายเสียง อินเตอร์เน็ต สิ่งพิมพ์ สื่อกิจกรรม สื่อบุคคล มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการการพึ่งตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุคี ศิริวงศ์พากร, 2556) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ มนฑิญา กงลา และจรวย กงลา ที่พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิต (มนฑิญา กงลา และจรวย กงลา, 2558)

ส่วนปัจจัยเสริม ด้านแรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 สามารถอภิปรายได้ดังนี้

แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจาก การศึกษาในครั้งนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี ทำให้มีความคิดหรือแนวคิดค่อนข้างที่จะเป็นตัวของตนเอง ประกอบกับการยังเป็นผู้สูงอายุที่ยังเป็นผู้สูงอายุตอนต้น ซึ่งพึ่งผ่านวัยการทำงานและคิดว่าตนผ่านการใช้ชีวิตมากกว่าผู้อื่น ดังนั้นแรงกระตุ้นจากบุคคลภายนอกซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์อาจไม่มีน้ำหนักพอเท่ากับบุคคลภายในครอบครัว ที่จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลง หรือแม้กระทั้งการขัดขวางพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสถิต พงษ์เจตสุพรรณ ที่พบว่า แรงสนับสุนนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (สถิต พงษ์เจตสุพรรณ, 2558) ขัดแย้งกับการศึกษาของเบญจมาศ นาควิจิตร ที่พบว่าการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เบญจมาศ นาควิจิตร, 2551)

4.2.7 สมมติฐานที่ 5 ปัจจัยโดยรวมตามทฤษฎี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยโดยรวมตามทฤษฎี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ สามารถอภิปรายได้ดังนี้

ปัจจัยโดยรวมตามทฤษฎี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยพบว่า จากการศึกษาในครั้งนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้ในเรื่องปัจจัยโดยรวมตามทฤษฎีอยู่ในระดับมาก ประกอบกับการที่ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี ย่อมมีกระบวนการ

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ในการแสวงหาสิ่งที่ดีเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองในการ ที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ทั้งนี้การแสวงหาหรือการมีพฤติกรรมที่ดีในการดูแลสุขภาพ ย่อมอาศัยทั้งปัจจัยภายในตนเองที่เป็นองค์ความรู้แต่ดังเดิม และปัจจัยภายนอกตนเองที่เป็นองค์ความรู้ใหม่ๆ หรือสิ่งที่เอื้อ หรือเสริมต่อการมีพฤติกรรมการมีสุขภาพที่ดี ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่มากมายที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับแนวคิดของ Lawrence W. Green และ Marshall W. Kreuter ที่กล่าวว่าพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล เป็นผลมาจากอิทธิพลร่วมของปัจจัยทั้ง 3 ดังกล่าวมาแล้ว คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ ดังนั้นในการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใดๆ จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงอิทธิพลจากปัจจัยดังกล่าวร่วมกันเสมอ โดยไม่ควรนำปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งมาพิจารณาโดยเฉพาะ สอดคล้องกับการศึกษาของวันชัย เยี่ยงกุลเชาว์ ที่พบว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ร้อยละ 42.1 (วันชัย เยี่ยงกุลเชาว์, 2558)

Ref. code: 25605817035149ZGJ

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (DescriptiveResearch) และแบบตัดขวาง (cross sectional) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดพะเยา ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงระยะเวลา เดือนเมษายน พ.ศ. 2560 ถึงเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2560

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถาม 33 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนแบบประมาณค่า 3 อันดับ 3) แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วน แบบประมาณค่า 3 นำเครื่องมือในส่วนที่ 2 และ 3 มาหาความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach 's coefficirnt) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .735, .808 ข้อมูลที่ได้นำมาประมวลผลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 20.0 (ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์) และได้ทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับคะแนนการรับรู้ด้านปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมโดยการแจกจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมด้านการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย

4. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และปัจจัยโดยรวมตามทฤษฎี กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา

Ref. code: 25605817035149ZGJ

5.2 ผลการวิจัย

5.2.1 ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่เฉลี่ยอยู่ที่ 68.41 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส มีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา มีค่ามัธยฐานของรายได้อยู่ที่ 700 บาท/เดือน ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ กลุ่มอาการ/โรค NCDs (Non-Communicable diseases) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยว

5.2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

5.2.2.1 ด้านปัจจัยนำ ในหัวข้อ “การรับรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ” พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 97.9 มีการรับรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยระดับ เท่ากับ 2.84 ± 0.19 เมื่อพิจารณารายข้อคำถามพบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้มากที่สุดในเรื่อง “การรับประทานอาหารจำพวกผัก ผลไม้ และธัญพืช จะช่วยในการขับถ่าย” โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.95 และมีระดับการรับรู้น้อยที่สุด ในเรื่องของ “ไม่จำเป็นต้องรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 3 มื้อ เพราะอายุมากแล้ว ร่างกายไม่ต้องการสารอาหารมากเหมือนวัยรุ่น” มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.61

5.2.2.2 ด้านปัจจัยเอื้อ ในหัวข้อ “การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ” พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 86.1 มีระดับการรับรู้ ในเรื่อง “การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ” อยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.84 ± 0.29 เมื่อพิจารณารายข้อคำถามพบว่า ผู้สูงอายุมีระดับการรับรู้มากที่สุดในเรื่อง “ความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/คลินิก/สถานบริการสุขภาพ” โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.92 และมีระดับการรับรู้น้อยที่สุดในเรื่อง “สถานบริการสุขภาพมีขั้นตอนชัดเจน มีอุปกรณ์/เครื่องมือในการรักษาที่ทันสมัย และเพียงพอ มีความสม่ำเสมอในการให้บริการ” โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.78 ส่วนหัวข้อ “สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง” พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ ในเรื่อง “สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง” อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 59.2 โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.59 ± 0.43 เมื่อพิจารณารายข้อคำถามพบว่า ผู้สูงอายุมีระดับการรับรู้มากที่สุดในเรื่อง “สถานบริการมีการทำทางลาด ราวบันได ราวจับในห้องน้ำเพื่อความสะดวกในการใช้บริการของท่าน” โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.68 และมีระดับการรับรู้น้อยที่สุดในเรื่อง “ยาชุดที่ขายตามร้านขายยาทั่วไป เช่น ยาแก้ปวดข้อ ยาแก้ปวดเมื่อย สามารถซื้อมารับประทานได้เอง โดยไม่เป็นอันตราย” โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.54 ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 81.5 มีการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุทุกครั้ง ร้อยละ 31.1 ผู้สูงอายุมีคู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพ และส่วนใหญ่ไม่มีการนำไปใช้ ร้อยละ 50

5.2.2.3 ด้านปัจจัยเสริม ในหัวข้อ “แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว” พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 66.4 มีระดับการรับรู้ในเรื่อง “แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว” อยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.80 ± 0.42 เมื่อพิจารณารายข้อคำถามพบว่า ผู้สูงอายุมีระดับการรับรู้มากที่สุดในเรื่อง “บุคคลภายในครอบครัวคอยกระตุ้นเตือนให้ท่านไปพบแพทย์ตามนัด” โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.88 และมีระดับการรับรู้น้อยที่สุดในเรื่อง “เมื่อมีปัญหาทาง

Ref. code: 25605817035149ZGJ

การเงิน บุคคลในครอบครัวจะรับภาระจ่ายค่าใช้จ่ายต่างๆให้ท่าน” โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.71 ส่วนหัวข้อ “แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์” พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ในเรื่อง “แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์” อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 86.1 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.77 ± 0.35 เมื่อพิจารณารายข้อคำถาม พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับการรับรู้มากที่สุดในเรื่อง “เมื่อเจ็บป่วย ท่านได้รับคำแนะนำเรื่องการพักผ่อน หรือการรับประทานอาหาร หรือการใช้ยาจากบุคลากรทางการแพทย์” โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.93 และมีระดับการรับรู้น้อยที่สุดในเรื่อง “บุคลากรทางการแพทย์ให้กำลังใจเมื่อท่านเกิดความท้อแท้ สิ้นหวัง” มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.63 และหัวข้อ “การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ”พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ ในเรื่อง “การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ”อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 88.2 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.79 ± 0.34 เมื่อพิจารณารายข้อคำถาม พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับการรับรู้มากที่สุดในเรื่อง “ท่านได้รับข่าวสารการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุข”โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.85 และมีระดับการรับรู้น้อยที่สุดในเรื่องของ “ท่านได้อ่านข่าวสารต่าง ๆ จากสื่อวิทยุ โทรทัศน์หรือหนังสือพิมพ์ หรือ internet เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ” โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.74 บุคคลที่สามารถพึ่งพาได้ส่วนใหญ่จะเป็นบุตร/หลาน

5.2.3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา ประกอบด้วยพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม และด้านการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย ในด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 71.4 มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับสูง ซึ่งค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการบริโภคอาหาร เท่ากับ 2.46 ± 0.20 ในด้านการอกกำลังกาย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 43.7 มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการออกกำลังกาย เท่ากับ 2.19 ± 0.58 ในด้านการจัดการความเครียด พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 44.5 มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการจัดการความเครียด เท่ากับ 2.28 ± 0.72 ในด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 71.0 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับสูง ซึ่งค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม เท่ากับ 2.50 ± 0.35 และในด้านการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 45.0 มีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย เท่ากับ 2.18 ± 0.42 เมื่อพิจารณารายข้อคำถาม พบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยทั่วไป ดังนี้

5.2.3.1 พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานอาหาร ครบทั้ง 3 มื้อ ดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว มีการดื่มกาแฟแทนอาหารเช้าบ้างเป็นบางครั้ง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมรับประทานผักและผลไม้อยู่เป็นประจำ ชอบรับประทานอาหารประเภทผัดหรือทอด

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ชอบรับประทานอาหารที่มีส่วนผสมของกะทิเป็นส่วนประกอบ และผู้สูงอายุบางส่วนยังคงมีการรับประทานเนื้อสัตว์สุกๆดิบๆ อีกทั้งยังคงมีการเติม น้ำปลา ซีอิ๊ว หรือซอสปรุงรสลงไปในอาหาร ส่วนใหญ่ ไม่ดื่มเครื่องดื่มชูกำลังหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ และส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่

5.2.3.2 พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายเพียงบางครั้ง และส่วนใหญ่ออกกำลังกาย ครั้งละไม่ต่ำกว่า 20-30 นาที จะเน้นการออกกำลังกายแบบหลีกเลี่ยงการปะทะ เน้นการเดิน และยืนแกว่งแขนเป็นหลัก ซึ่งมีการออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ เพียงบางครั้ง มีการอบอุ่นร่างกาย และผ่อนคลายกล้ามเนื้อหลังการออกกำลังกาย มีการตรวจเท้าก่อน และหลังการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นตรวจสอบรอยถลอกแผล ร้อยช้ำที่เท้า ปฏิบัติเพียงบางครั้ง

5.2.3.3 พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด พบว่า เมื่อมีความเครียดหรือมีปัญหา ผู้สูงอายุส่วนจะมีกระบวนการแก้ปัญหาหรือมีกิจกรรมทำ อาทิเช่น การออกกำลังกาย การสวดมนต์ ไหว้พระ นั่งสมาธิ อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ หรือแม้กระทั่งการพูดคุยกับบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลที่สามารถพึ่งพาได้ถึงปัญหาหรือความเครียด มีส่วนน้อยที่มีการรับประทานยาระงับประสาทหรือยานอนหลับ เพื่อบรรเทาภาวะเครียด

5.2.3.4 พฤติกรรมด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการทำความสะอาดบ้านอยู่เป็นประจำ เพื่อทำให้อากาศภายในบ้านมีการถ่ายเทได้สะดวก แสงสว่างในบ้านมีความเพียงพอ และยังมีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกเพื่อการดำเนินในชีวิตประจำวัน อาทิเช่น ส่วนใหญ่ภายในห้องน้ำของผู้สูงอายุ จะมีราวจับติดผนัง เพื่อความสะดวกในการใช้งาน เพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นภายในห้องน้ำ รวมถึงการมีแว่นสายตา และเครื่องช่วยในการได้ยินเสียงการพูด

5.2.3.5 พฤติกรรมด้านการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย พบว่า เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่นปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ เจ็บคอ ผู้สูงอายุสามารถทำการดูแลรักษาตนเองเบื้องต้นเพื่อบรรเทาอาการดังกล่าวได้ แต่ถ้ามีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงอาทิ หอบเหนื่อย ไข้สูง/หนาวสั่น กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง หรือเจ็บหน้าอกเหมือนถูกบีบรัด ผู้สูงอายุจะไปรับการรักษากับบุคคลากรทางด้านสาธารณสุข และส่วนใหญ่มีการตรวจสุขภาพประจำปี แต่ยังไม่ค่อยนำการแพทย์ทางเลือก อาทิเช่น การนวด การใช้ยาสมุนไพร การฝังเข็ม มาช่วยในการส่งเสริม ป้องกัน รักษา หรือแม้กระทั่งการฟื้นฟูสุขภาพของตนเอง ประกอบกับการไม่ได้ใช้ประโยชน์จากสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ

Ref. code: 25605817035149ZGJ

5.3 ผลการทดสอบสมมติฐาน

5.3.1 สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ โรคประจำตัว ลักษณะครอบครัว) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนี้

จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้วยสถิติ chi-square พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านสถานภาพสมรสของผู้สูงอายุ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) และทำการทดสอบค่าประสิทธิ์สัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (R_s = -0.128) ส่วนระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (R_s = 0.128)

ส่วนปัจจัยนำ ด้าน เพศ อายุ รายได้ โรคประจำตัว ลักษณะครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

5.3.2 สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยนำ (การรับรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนี้

จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ กับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้วยสถิติ chi-square พบว่า การรับรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) และเมื่อทำการทดสอบค่าประสิทธิ์สัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation) ซึ่งได้ทดสอบ normal distribution การแจกแจงปกติแล้ว พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก (R_c= 0.065)

5.3.3 สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยเอื้อ (การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ และการมีและการใช้คู่มือการส่งเสริมและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้วยสถิติ chi-square พบว่า ปัจจัยเอื้อ ด้านการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ และการมี และการใช้คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) และเมื่อทำการทดสอบค่าประสิทธิ์สัมพันธ์แบบ สเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) พบว่าการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ และการมี และการใช้คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (R_s = 0.258, 0.343, 0.210 ตามลำดับ)

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ส่วนปัจจัยเอื้อ ด้านการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

5.3.4 สมมติฐานที่ 4 ปัจจัยเสริม (การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม กับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้วยสถิติ chi-square พบว่า ปัจจัยเสริม ด้านการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลภายในครอบครัว และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และทำการทดสอบค่าประสิทธิ์สัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation) พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลภายในครอบครัว และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (R_C = 0.152, 0.184 ตามลำดับ)

5.3.5 สมมติฐานที่ 5 ปัจจัยโดยรวมตามทฤษฎี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยโดยรวมตามทฤษฎี กับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ด้วยสถิติ chi-square พบว่า ปัจจัยโดยรวมตามทฤษฎีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และทำการทดสอบค่าประสิทธิ์สัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation) พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวก กับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (R_C = 0.190)

5.4 ข้อเสนอในการวิจัยครั้งต่อไป

5.4.1 ศึกษาเพิ่มเติมในส่วนของการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุระหว่างชุมชนเมือง กับผู้สูงอายุในเขตชนบท

5.4.2 ศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับงานวิจัยเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อให้ทราบถึงพฤติกรรม และการดำรงชีวิต การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เพื่อความครอบคลุมในเรื่องราวต่างๆ

5.4.3 ศึกษาตัวแปรเพิ่มเติม อาทิ อาชีพ หรือโรคประจำตัวที่เป็น แทนโรคประจำตัวที่มีเพื่อดูความสัมพันธ์ระหว่างโรคประจำตัวที่เป็นกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

5.4.4 ศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา หรือภาคเหนือตอนบน

5.4.5 ศึกษาเพิ่มเติม ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับ ADL (Activities of Daily Living)ที่แตกต่างกัน เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อระดับ ADL และหาแนวทางส่งเสริมและป้องกันสุขภาพของผู้สูงอายุ

Ref. code: 25605817035149ZGJ

5.4.6 ศึกษาเพิ่มเติม ในส่วนของอายุช่วงก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ เพื่อหาปัจจัยในการป้องกันหรือปัจจัยที่ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

5.5 ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

5.5.1 จากผลการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เพราะการศึกษาจะเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพตนเอง และเป็นการลดช่องว่างของความไม่เท่าเทียม ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องจึงควรสนับสนุนให้มีกระบวนการหรือโครงการในการที่จะให้ผู้สูงอายุเกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน เพราะองค์ความรู้เดิมของผู้สูงอายุ บวกกับองค์เข้ารู้ใหม่ๆ ย่อมเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ต่อตัวของผู้สูงอายุ ในการดูแลสุขภาพตนเอง

5.5.2 จากผลการศึกษา แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้อง ควรให้ความสนใจหรือมีกระบวนการในการดูแลหรือติดตามผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส เพื่อป้องกันและส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

5.5.3 จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคู่มือการส่งเสริม และดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แต่ไม่ค่อยมีการนำไปใช้ประโยชน์ ทำให้อาจส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองลดลง เพราะคู่มือการส่งเสริมและดูแลสุขภาพ จะเป็นการประเมิน และการบันทึกภาวะสุขภาพของตนเองเบื้องต้น ดังนั้นบุคลากรทางด้านสาธารณสุขควรมีการกระตุ้นเตือน ให้ผู้สูงอายุมีการใช้คู่มือการส่งเสริมและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อการดูแลสุขภาพ และประเมินสุขภาพตนเองในเบื้องต้น

5.5.4 จากผลการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พบว่า สิ่งที่น่าเป็นห่วงมากที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ การซื้อยาตามร้านขายยาทั่วไปมาใช้เอง ซึ่งเป็นสิ่งที่อันตรายและควรระวัง หากผู้สูงอายุมีความรู้ไม่เพียงพอกับการใช้ยา จะทำให้เกิดกระบวนการ การใช้ยาไม่ถูกตามหลัก “five rights” หรือ “5 r” ในการบริหารยา (drug administration) ซึ่งประกอบด้วย right patient, right drug, right dose, right route, right time ดังนั้นบุคคลภายในครอบครัวหรือผู้ที่เกี่ยวข้องจึงควรให้คำแนะนำ และมีการให้ความรู้ในเรื่องของการใช้ยาแก่ผู้สูงอายุ หรือถ้าจำเป็นที่จะต้องใช้ยานั้นจริง ก็ควรพาผู้สูงอายุไปรับการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์แผนปัจจุบันก่อน เพื่อประโยชน์สูงสุด คือการใช้ยาที่ถูกต้องแก่ผู้สูงอายุ และลดอัตราการดื้อยาในโรคทั่วไป

5.5.5 การเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรม และการเข้าร่วมกิจกรรมของทางชมรมผู้สูงอายุที่ได้จัดขึ้นถือได้ว่าเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ อีกทั้งยังเป็นช่องทางการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และด้านอื่นๆ ดังนั้นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชน จึงควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมให้มากที่สุด

5.5.6 แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ถือสิ่งสำคัญอันดับต้นๆของการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เพราะสถาบันครอบครัว เป็นสถาบันที่มีความใกล้ชิดกับตัวของผู้สูงอายุมากที่สุด การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว นอกจากจะเป็นทางด้านวัตถุ/สิ่งของ การได้รับกำลังใจหรือแม้กระทั้งคำแนะนำ ก็จะเป็นแรงกระตุ้นหรือแรงผลักดันให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรม

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ในการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้น ดังนั้นบุคคลภายในครอบครัวควรให้ความสำคัญกับการมีปฏิสัมพันธ์กันภายในครอบครัว เพราะหากผู้สูงอายุได้รับกำลังใจ หรือคำแนะนำที่ดีจากบุคคลภายในครอบครัว จะทำให้ผู้สูงอายุเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหรือปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และอยู่ในสังคมตลอดช่วงชีวิตที่เหลือได้อย่างมีความสุข

5.5.7 การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้สูงอายุนั้น นอกจากการได้รับจากบุคคลภายในครอบครัวหรือบุคลากรทางการแพทย์แล้วนั้น สื่อต่างๆก็มีความสำคัญ สื่อจำเป็นต้องมีการวิเคราะห์ และความต้องการของผู้สูงอายุที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียคนสำคัญ เพราะถ้าผู้สูงอายุมีการเข้าถึงสื่อได้ง่ายและถูกต้อง ก็จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

5.5.8 ในด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย บุคคลภายในครอบครัวหรือผู้ที่เกี่ยวข้องควรให้คำแนะนำหลักในการออกกำลังกายแก่ผู้สูงอายุ ให้มีการออกกำลังกายด้วยวิธีการที่ถูกต้องและเหมาะสมกับวัย อันจะเป็นการนำไปสู่สุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ

5.5.9 การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ก็เป็นสิ่งสำคัญอันดับต้นๆ ที่จะป้องกันการเกิดอุบัติเหตุที่อาจจะเกิดขึ้น ดังนั้นบุคคลภายในครอบครัวควรให้เอาใจใส่กับการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ อาทิเช่น ภายในห้องน้ำควรที่ราวจับให้กับผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการลื่นล้มที่อาจจะเกิดขึ้น

Ref. code: 25605817035149ZGJ

รายการอ้างอิง

กันยารัตน์ อุบลวรรณ. (2540). *พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคกลางของประเทศไทย*. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่). มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะพยาบาลศาสตร์.

กาญจนา ปัญญาธร. (2557). *พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล และความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดูแลที่ได้รับ : กรณีศึกษาบ้านหนองตะไก้ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี.* การประชุมใหญ่และนำเสนอผลงานวิชาการระดับชาติ เรื่อง สหวิทยาการ : ความหลากหลายทางวัฒนธรรมสู่ประชาคมอาเซียน, 351-364.

กิ่งเพชร ศรีเทียน สุภาดา คำสุชาติ และกิตติ เหลาสุภาพ. (2555). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุจังหวัดสกลนคร. *วารสารวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, 4*(1), 28-37.

กลุ่มสถิติประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *รายงานผลเบื้องต้นสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2557.* กรุงเทพฯ: สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ

กุลยา ตันติผลาชะ. (2556). *สุขภาพสูงวัยดูแลได้ด้วยตนเอง.* นนบทุรี: เบรน-เบส บุ๊คส์ จำกัด.

เกรียงศักดิ์ ซื่อเลื่อม, สมชาย วิริภิรมย์กูล, ปราณี สุทธิสุคนธ์ และจำรูญ มีขนอน. (2554). คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุไทย. *วารสารควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 37*(3), 222-228.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2548). *พหุลักษณ์ทางการแพทย์ : มุมมองของมานุษยวิทยากับความหลากหลายของวัฒนธรรมสุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เจ.เอส.การพิมพ์.

คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2557). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.).

จิตนภา ฉิมจินดา. (2555). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม.* (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน). มหาวิทยาลัยคริสเตียน, คณะพยาบาลศาสตร์.

จีรวรรณ ยศแผ่น. (2557). *การศึกษาบทบาทครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุตำบลบ้านสาง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา.* (ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยพะเยา, คณะแพทยศาสตร์.

จุฑามณี สมบูรณ์สิทธ์. (2547). *หญิงชรา ความจน คนชายขอบ : ชีวิตริมฟุตบาทของหญิงชราขอทาน.* (วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะศิลปศาสตร์.

เฉลิมพล แจ่มจันทร์. (2555). ข้อพิจารณามโนทัศน์ใหม่ของ “นิยามผู้สูงอายุ” และ “อายุเกษียณ” ในประเทศไทย. *วารสารประชากร, 4*(1), 131-150.

ชัชวาลย์ เรืองประพันธ์. (2539). *สถิติพื้นฐาน.* ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ชาลินี พรตเจริญ. (2556). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองจันทบุรี.* (รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา, สาขาวิชาการจัดการภาครัฐและภาคเอกชน.

ณัฐพล สว่างสุนทรเวศย์. (2551). การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 17*(3), 834-841.

เตือนใจ ทองคำ. (2549). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ในอำเภอตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์.* (ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศิลปากร, คณะศึกษาศาสตร์, สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน.

ไตรรัตน์ จารุทัศน์. (2548). *โครงการศึกษามาตรฐานขั้นต่ำสำหรับที่พักอาศัย และสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ.* สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) มูลนิธิสาธารณสุขแหงชาติ (มสช.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

ทนงศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข, ภาณุวัฒน์ เชิดเกียรติกูล และ ปณิตา วรรณพิรุณ. (2557). *การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้และอาชีพของผู้สูงอายุ : การเรียนรู้เพื่อส่งเสริมภาวะพฤฒิพลัง.* โครงการวิจัยประเภทงบประมาณเงินรายได้จากเงินอุดหนุนรัฐบาล ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2557. มหาวิทยาลัยบูรพา.

ทวีศักดิ์ จินดากาศ. (2557). *ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการดูแลผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตำบลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา.* (รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยพะเยา, สาขาวิชานโยบายสาธารณะ.

ธนัช กนกเทศ. (2559). *สังคมวิทยาสาธารณสุข* (พิมพ์ครั้งที่ 1). พิษณุโลก: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร

ธนาคารเพื่อการส่งออก และนำเข้าแห่งประเทศไทย. (2549). *ประชากรยุค Baby Boom ทั่วโลกที่เริ่มเข้าสู่วัยเกษียณ ส่งผลกระทบอะไรบ้าง และเป็นโอกาสในการทำธุรกิจอย่างไร.* สืบค้นเมื่อ 9 พฤศจิกายน 2559, จาก http://www.exim.go.th/doc/research/article/7326.pdf.

ธีระชัย พรหมคุณ, พจนีย์ เสงี่ยมจิตต์, และ เสนอ ภิรมจิตรผ่อง. (2557). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 7*(1), 133-145.

นวนิตย์ จันทร์ชุ่ม. (2553). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุเขตบางขุนเทียน กรุงเทพมหานคร สืบค้นเมื่อ 9 ตุลาคม 2560, จาก http://intranet.dop.go.th/intranet_older/.../a+Üa+ùa+äa+°a+¦a+í%20a+¬a+¦a+úa+¡a+ç.docx

นภัสชล ฐานะสิทธิ์, และวรางคณา ผลประเสริฐ. (2551). การตรวจสุขภาพประจำปีสำหรับผู้สูงอายุ. สืบค้นเมื่อ 29 มกราคม 2560, จาก http://www.stou.ac.th/stoukc/elder/main4_2.html

Ref. code: 25605817035149ZGJ

นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์, และ ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 11*(1), 63-74.

นอรีนี ตะหวา และปวิตร ชัยวิสิทธิ์. (2559). การจัดการสภาพแวดล้อมและที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 5*(1)*,* 31-39

เนตรดาว จิตโสภากุล. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ที่ 6 ตำบลบึงศาล อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี, 6*(3), 171-178.

บรรลุ ศิริพานิช. (2540). งานผู้สูงอายุในประเทศไทย. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 20*(2), 11-13.

เบญจพร สว่างศรี และ เสริมศิริ แต่งงาม. (2556). การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ, 1*(2), 128-137.

เบญจมาศ นาควิจิตร. (2551). *ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร.* (วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์.

ปฐมาภรณ์ ลาลุน. (2554). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา สยามบรมราชกุมารี.* (วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, คณะพลศึกษา, สาขาวิชาสุขศึกษา.

ประนอม โอทกานนท์. (2554). *ชีวิตที่สมบูรณ์ของผู้สูงอายุไทย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัทแอคทีฟ พริ้นท์ จำกัด.

ปิ่นนเรศ กาศอุดม และ มัณฑนา เหมชะญาติ. (2554). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 22*(2), 61-70.

ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2554). *การพยาบาลปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ : การนำไปใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 1). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ. (2555). *ทฤษฎี ปรัชญา ความรู้สู่การปฏิบัติในงานพยาบาลอนามัยชุมชน.* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

พรพรรณ โรจน์ตระกูล. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคผิวหนัง กรณีศึกษาสถาบันโรคผิวหนัง กรุงเทพมหานคร. *วารสารกองการพยาบาล, 39*(1), 79-91.

Ref. code: 25605817035149ZGJ

พรรณธร เจริญกุล. (2555). *การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ Care of Elderly* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ศูนย์ฝึกอบรมปฐมพยาบาลและสุขภาพอนามัย สภากาชาดไทย.

พรรณประภา อินทรวิทยนันทร์. (2554). *การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุเดี่ยวโดยภาคเอกชนในกรุงเทพมหานคร.* (ดุษฎีนิพนธ์). มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต, บัณฑิตวิทยาลัย.

พระสุรชัย อยู่กาโส. (2550). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองท่าเรือ-พระแท่น อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี* (ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศิลปากร, คณะศึกษาศาสตร์, สาขาวิชาพัฒนศึกษา.

พวกผกา ชื่นแสงเนตร. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่าง สัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมการดูแลตนเองและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เขตพื้นที่พัฒนาอุตสาหกรรมชายฝั่งทะเลตะวันออก จังหวัดชลบุรี.* (วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล,คณะสาธารณสุขศาสตร์, สาขาวิชาอนามัยครอบครัว.

พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2556). *ความดันโลหิตสูง (Hypertension).* สืบค้นเมื่อ 3 ธันวาคม 2559, จาก http://haamor.com/th/%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B8%94%E0%B8%B1%E0%B8%99%E0%B9%82%E0%B8%A5%E0%B8%AB%E0%B8%B4%E0%B8%95%E0%B8%AA%E0%B8%B9%E0%B8%87/

พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2557). *เบาหวาน (Diabetes mellitus).* สืบค้นเมื่อ 2 ธันวาคม 2559, จาก http://haamor.com/th/%E0%B9%80%E0%B8%9A%E0%B8%B2%E0%B8%AB%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%99/

พิพัฒน์ เพิ่มพูน. (2553). *ความรุนแรงของโรคและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลศิริราช.* (วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศิลปากร, คณะเภสัชศาสตร์, สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ.

ภรณี ตังสุรัตน์ และ วิมลฤดี พงษ์หิรัญญ์. (2556). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบางเมือง อำเภอเมืองจังหวัดสุมทรปราการ. *วารสารเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการและงานวิจัย, 20,* 57-69.

มนฑิญา กงลา และ จรวย กงลา. (2558). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลท่าไฮ อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี. การประชุมวิชาการและเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ "สร้างสรรค์และพัฒนา เพื่อก้าวหน้าสู่ประชาคมอาเซียน" ครั้งที่ 2,* 101-107.

มนตรี วิลาชัย, และ ศิริพร สุขศรี. (2556). การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสุขของผู้สูงอายุในพื้นที่ ต.ห้วยแก้ว อ.ภูกามยาว จ.พะเยา. *ผลงานวิชาการ และงานวิจัยด้านสาธารณสุขจังหวัดพะเยา,* 90-98.

มหาวิทยาลัยมหิดล. (2559). ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2559. *สารประชากร 25.*

Ref. code: 25605817035149ZGJ

มาริสา ประทุมมา. (2550). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น.* (วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศิลปากร, คณะเภสัชศาสตร์, สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2557). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557.* กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.).

รัศมี เกยจอหอ. (2558). *The Evolution of Educational Reform in Thailand*. สืบค้นเมื่อ 2 กันยายน 2560, จาก http://www.kruinter.com/file/40620150830222710-[kruinter.com].pdf

รศรินทร์ เกรย์, อุมาภรณ์ ภัทรวาณิชย์, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, และ รวดี สุวรรณนพเก้า. (2556). *มโนทัศน์ใหม่ของนิยามผู้สูงอายุ : มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคม และสุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 1) นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์. (2547). *การพยาบาลผู้สูงอายุ : ปัญหาระบบประสาทอื่นๆ.* กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

วรรณภา อรุณแสง. (2553). *แนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).

วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว. (2557). *พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี*. (รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบรูพา, วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ, สาขาวิชาการบริหารทั่วไป.

วาริษฐา พวงมะลิ. (2557). *การพัฒนาบทบาทผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเอง.* (สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยพะเยา, คณะแพทยศาสตร์.

วิไลพร ขำวงษ์, จตุพร หนูสวัสดิ์, วรารัตน์ ประทานวรปัญญา และ จิดาภา ศิริปัญญา. (2544). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 5*(2), 32-40.

วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ศาสตร์ และศิลป์ การพยาบาลผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 1). โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิภาพร สิทธิสาตร์ และ สุชาดา สวนนุ่ม. (2550). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เขตความรับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านเสาหิน ตำบลวัดพริก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก.* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, พิษณุโลก.

วิลาวัลย์ รัตนา. (2552). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี*. (ศึกษามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, คณะมนุษยศาสตร์, สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ.

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ศิริรัตน์ รอดแสวง. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตตำบลทุ่งทอง อำเภอหนองบัว จังหวัดนครสวรรค์. *นเรศวรวิจัย: วิจัยและนวัตกรรมกับการพัฒนาประเทศ, 12,* 786-797.

สกุณา บุญนรากร. (2552). *การสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมทุกช่วงวัย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา : เทมการพิมพ์.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2548). *แนวคิดพื้นฐานในการพยาบาลดูแลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตรมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. (2551). *เอกสารประกอบการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการเสริมสร้างแนวคิดและการปรับปรุงโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในเขต.* สืบค้นเมื่อ 3 ธันวาคม 2559 จาก http://bsris.swu.ac.th/health/doc/knowledge/self_care.pdf.

สถิตย์ พงษ์เจตสุพรรณ. (2558). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลท่าตอน อำเภอแม่อาย จังหวัดเชียงใหม่.* (สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยพะเยา, คณะแพทยศาสตร์.

สมจิต หนุเจริญกุล. (2537). *การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: วีเจ พริ้นติ้ง.

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (2553). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552.* กรุงเทพฯ: บริษัท ทีคิวพี จำกัด.

สวณี เต็งรังสรรค์. (2535). *เปรียบเทียบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองกับนอกเขตเทศบาลเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น.* กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุครี ศิริวงศ์พากร. (2556). *พฤติกรรมการเปิดรับข่าวสาร ที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการพึ่งตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร.* มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร, คณะเทคโนโลยีสื่อสารมวลชน.

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2559). *คู่มือการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: 618/1 ถนนนิคมมักกะสัน แขวงมักกะสัน เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400.

สารภี พุฒคง, อรสา พันธ์ภักดี, พรทิพย์ มาลาธรรม และ ธีระศักดิ์ แก้วอมตวงศ์. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการใช้ยาและการรับรู้. *Ramathibodi Nursing Journal, 17*(3).

สำนักงานจังหวัดพะเยา. (2558). *บรรยายสรุปจังหวัดพะเยา.* สืบค้นเมื่อ 15 ตุลาคม 2559, จาก http://www.phayao.go.th/au/all_phayao_2558.pdf

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2557.* กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.

Ref. code: 25605817035149ZGJ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. (2559). *ข้อมูลประชากร*. สืบค้นเมื่อ 3 ธันวาคม 2559, จาก http://203.157.102.156/hdc/reports/page.php?cat_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0

สำนักวิจัยและสถิติ. (2558). *ผู้สูงอายุไทย : เป็นอยู่อย่างไร*. สืบค้นเมื่อ 2 กันยายน 2560 จาก, http://www.thairelife.co.th/upload/os/publication/filet_20140926153933.pdf

สิริพร สุธัญญา. (2550). *พฤติกรรมการดูแลตนเองกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ในสวนรมณีนาถ กรุงเทพมหานคร.* (ศึกษามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, คณะมนุษยศาสตร์, สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ.

สุกิจ ทองพิลา, นิตติยา น้อยสีภูมิ และ สุกัญญา เลาหรัตนาหิรัญ. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 43 เขตมีนบุรี กรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข,* 75-84.

สุขเกษม ร่วมสุข. (2553). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ. *วารสารบัณฑิตวิทยาลัย พิชณทรรศ์, 5*(2), 126-133.

สุครี ศิริวงศ์พากร. (2556). *พฤติกรรมการเปิดรับข่าวสาร ที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการพึ่งตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร.* คณะเทคโนโลยีสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร, ปทุมธานี.

สุชาดา ทวีสิทธิ์, มาลี สันภูวรรณ์ และ ศุทธิดา ชวนวัน. (2556). *ประชากรและสังคมในอาเซียน: ความท้าทายและโอกาส* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุทธิพงศ์ บุญผดุง. (2554). *การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในท้องถิ่นโดยใช้โรงเรียนเป็นฐานตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง (ระยะที่ 1).* มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, กรุงเทพฯ.

สุนทร โสภณอัมพรเสนีย์. (2551). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโดยกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ บ้านหนองพลวง ตำบลหนองพลวง อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา.* (สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.

สุปราณี สูงแข็ง. (2542). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดอุดรธานี.* (สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์.

สุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล. (2557). วุฒิวัยของผู้สูงอายุไทย. *วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 17*(เดือนมกราคม-ธันวาคม 2557), 231-248.

สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, ธีระ ศิริสมุด, แก้วกุล ตันติพิสิฐกุล, ยศ ตีระวัฒนานนท์ และ ลี่ลี อิงศรีสว่าง. (2556). *รายงานการสำรวจสุขภาวะผู้สูงอายุไทย ปี 2556* ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และผู้พิการ (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: โรงพิมพ์วัชรินทร์ พี.พี.

Ref. code: 25605817035149ZGJ

สุรจิตต์ วุฒิการณ์, พิสิษฐ์ จอมบุญเรือง, และไพศาล สรรสรวิสุทธิ์. (2556). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบางมูลนาก อำเภอบางมูลนากจังหวัดพิจิตร.* การประชุมสัมมนาวิชาการนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติและนาชาติ เครือข่ายบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือ ครั้งที่ 15.

สุรีย์พันธุ์ วรพงศธร. (2558). PRECEDE – PROCEED. สืบค้นเมื่อ 20 ตุลาคม 2559, จาก http://www.hepa.or.th/presentation58/PRECEDE%E2%80%93PROCEED%20Model%20%E0%B8%9C%E0%B8%A8.%E0%B8%94%E0%B8%A3.%E0%B8%AA%E0%B8%B8%E0%B8%A3%E0%B8%B5%E0%B8%A2%E0%B9%8C%E0%B8%9E%E0%B8%B1%E0%B8%99%E0%B8%98%E0%B8%B8%E0%B9%8C%20%E0%B8%A7%E0%B8%A3%E0%B8%9E%E0%B8%87%E0%B8%A8%E0%B8%98%E0%B8%A3.pdf.

เสาวนิจ นิจอนันต์ชัย และมาลี สันติถิรศักดิ์. (2553). การสนับสนุนทางสังคม และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในจังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารกองการพยาบาล, 37*(2), 64-76.

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. (2557). *สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.

อดุลย์ วิริยเวชกุล, ปรีชา อุปโยคิน, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, และคณะ. (2540). *รายงานการวิจัยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยในประเด็นการเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ เขตที่ศึกษาในเขตภาคกลาง.* กรุงเทพฯ: แอล ที เพรส.

อิดเรส อาบู. (2549). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุขาวไทยมุสลิมในตำบลกะมิยอ อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี.* (วิทยาศาสตรบัณฑิต). วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร.

อินทุกานต์ กุลไวย. (2552). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทน และการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ.* (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช.

เอกรัตน์ เชื้ออินถา. (2540). *พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย.* (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะพยาบาลศาสตร์.

Barrow Georgia M. & Smith Patricia A. .(1979). *Aging, ageism, and society*. Minnesota: West Publishing Company.

Birren James, & Vern Bengtson. (1998). *Emergent theories of aging*. New York: Springer Publishing Company.

Ref. code: 25605817035149ZGJ

Callen, B. L., & Wells, T. J. (2004). Views of community-dwelling, old-old people on barriers and aids to nutritional health. *journal of Nursing Scholarship, 35*(3), 257-262.

Chao, S. Y., Lan, Y. H., Tso, H. C., Chung, C. M., Neim, Y. M., & Jo Clark, M. (2008). Predictors of psychosocial adaptation among elderly residents in long-term care setting. *Journal of Nursing Research, 12*(2), 149-158.

Gerard, R. W. (1995). *Handbook of aging and the individual*. Illinois: The University of Chicago Press.

Krejcie, R.V. & Morgan, D.W. (1970). *Determining Sample Size for Research Activities*. Retrieved 2016 Dec 12, from https://home.kku.ac.th/sompong/guest_speaker/KrejcieandMorgan_article.pdf

Touhy, T.A., & Jett, K. F. (2010). *Ebersole and Hess' geriatric nursing and health aging* (3rd ed.). St.Louis: Mosby Elsevier.

Wallace, M. (2008). *Essentials of Gerontological Nursing*. New York: Springer.

WHO. (2015). Ageing and health. Retrieved 2016 Sep 12, from http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/en/

WHO, & Lindmeier Christian. (2014). "Ageing well" must be a global priority. Retrieved 2016 Sep 12, from http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/lancet-ageing-series/en/

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ภาคผนวก

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ภาคผนวก ก
ผลการพิจารณาของคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มธ. ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มธ. ชุดที่ 3 **โทร.** 0 2-986-9813 ต่อ 7373
ที่ ศธ 0516.25 /EC 523 **วันที่** 11 พฤษภาคม 2560
เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาของคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มธ. ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์

เรียน นายพงศธร ศิลาเงิน

ตามที่ ท่านได้เสนอโครงร่างการวิจัยเรื่อง "ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา" รหัสโครงการที่ 062/2560 เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ นั้น

บัดนี้ คณะอนุกรรมการฯ ได้พิจารณา**อนุมัติให้การรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนให้กับโครงการวิจัยของท่านเรียบร้อยแล้ว** ทั้งนี้ได้แนบเอกสารใบรับรองการพิจารณามาพร้อมนี้ และข้อกำหนดของการรับรองโครงการวิจัย คือ เมื่อครบระยะเวลา 6 เดือน นับจากวันที่ได้รับอนุมัติ ให้ผู้วิจัยส่งรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงาน มายังสำนักงานคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มธ. ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ อาคารราชสุดา ชั้น 1 (ภายในศูนย์วิจัยฯ คณะพยาบาลศาสตร์) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และโปรดดำเนินการตามข้อกำหนดดังกล่าวด้วย จักขอบคุณยิ่ง

(ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทกานนท์)
ประธานคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มธ. ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์

Ref. code: 25605817035149ZGJ

AF 01_12

คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์
อาคารราชสุดา ชั้น 1 ภายในศูนย์วิจัยฯ คณะพยาบาลศาสตร์ ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12121
โทรศัพท์: 0-2986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร: 0-2516-5381 E-mail: ecsctu3@nurse.tu.ac.th

COA No. 272/2560

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ : 062/2560

ชื่อโครงการวิจัย : ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา

: FACTORS ASSOCIATED WITH SELF-CARE BEHAVIORS AMONG ELDERLY, PHAYAO PROVINCE.

ผู้วิจัยหลัก : นายพงศธร ศิลาเงิน

หน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 ได้พิจารณาโดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม..... ลงนาม.....

(ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทกานนท์) (อาจารย์ ดร.สารรัตน์ วุฒิอาภา)

ประธานคณะอนุกรรมการ อนุกรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 4 พฤษภาคม 2560 **วันหมดอายุ** : 3 พฤษภาคม 2561

กำหนดส่งรายงานความก้าวหน้า: ครั้งที่ 1: 4 พฤศจิกายน 2560

เอกสารที่คณะอนุกรรมการรับรอง

1) โครงการวิจัย
2) ข้อมูลสำหรับประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
3) ประวัติผู้วิจัย
4) เอกสารเครื่องมือต่างๆ ที่ใช้ในการวิจัย เป็นต้นว่า แบบสอบถาม
5) เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น เอกสารประชาสัมพันธ์ เป็นต้น

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ภาคผนวก ข
หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือ

ที่ ศธ 0516.53/๐๐๖๗

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง
อ.ห้างฉัตร จ.ลำปาง 52190

๑ กุมภาพันธ์ 2560

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน นายสถิตย์ พงษ์เจตสุพรรณ
นักบริหารงานสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนตำบลแม่สูน อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่

ด้วย นายพงศธร ศิลาเงิน เลขทะเบียน 5817035149 นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง ซึ่งกำลังดำเนินการศึกษาวิจัย เรื่อง "ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.อดิศักดิ์ สัตย์ธรรม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย

ในการนี้ นักศึกษามีความประสงค์จะขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย แบบสอบถามของท่าน เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลท่าตอน อำเภอแม่อาย จังหวัดเชียงใหม่"

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อรนุช ภาชื่น)
รองคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ ประจำศูนย์ลำปาง
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

งานการนักศึกษา ศูนย์ลำปาง
โทรศัพท์ 054-268701 ต่อ 5601

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ภาคผนวก ค
คำสั่งแต่งตั้งอาจารย์ที่ปรึกษา

คำสั่งคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ที่ 294 /2559

เรื่อง แต่งตั้งอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

****

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ อนุมัติให้ นายพงศธร ศิลาเงิน เลขทะเบียน 5817035149 นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งทำวิทยานิพนธ์ในหัวข้อเรื่อง "เปรียบเทียบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา" และขอแต่งตั้งอาจารย์ที่ปรึกษาการทำวิทยานิพนธ์ให้นักศึกษาดังกล่าวดังนี้

1. รองศาสตราจารย์ ดร.อดิศักดิ์ สัตย์ธรรม	อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลภัสรดา หนุ่มคำ	อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

โดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ มีหน้าที่ ดังนี้

1) รับผิดชอบและควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ให้สอดคล้องกับหัวข้อที่ได้รับอนุมัติ
2) ให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาแก่นักศึกษาเกี่ยวกับเนื้อหาทางทฤษฎี แนวคิดและวิธีการศึกษา รวมทั้งการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น
3) ให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาแก่นักศึกษาเกี่ยวกับการเขียนรายงานวิทยานิพนธ์
4) ติดตามการดำเนินการศึกษาให้เป็นไปตามแผนงาน และรับผิดชอบในการประเมินผลการศึกษาวิจัยของนักศึกษาทุกภาคการศึกษาจนกว่าการทำวิทยานิพนธ์จะแล้วเสร็จ
5) ผู้ที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลักต้องให้ความเห็นชอบในการขอสอบเค้าโครงและการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ และต้องร่วมเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2559

(อาจารย์ ดร.ชัยยุทธ ชาลิตนิธิกุล)
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ภาคผนวก ง
คำสั่งแต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือ

ที่ ศธ 0516.53/ 0024

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง
อ.ห้างฉัตร จ.ลำปาง 52710

24 มกราคม 2560

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน นายแพทย์เทพนฤมิตร เมธนาวิน
รองหัวหน้าศูนย์บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด

ด้วย นายพงศธร ศิลาเงิน เลขทะเบียน 5817035149 นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง ซึ่งกำลังดำเนินการศึกษาวิจัย เรื่อง "ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.อดิศักดิ์ สัตย์ธรรม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย ซึ่งในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้จำเป็นต้องให้ผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่จะใช้ในการวิจัย ก่อนที่จะนำไปเก็บข้อมูลในขั้นตอนต่อไป

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้พิจารณาเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ และให้ข้อเสนอแนะในการนำไปปรับปรุงและพัฒนาเครื่องมือวิจัย อันจะส่งผลให้งานวิจัยมีคุณภาพต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อรนุช ภาชื่น)
รองคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ ประจำศูนย์ลำปาง
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

งานการนักศึกษา ศูนย์ลำปาง
โทรศัพท์ 054-268701 ต่อ 5601

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ที่ ศธ 0516.53/ 0025

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง
อ.ห้างฉัตร จ.ลำปาง 52710

24 มกราคม 2560

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน อาจารย์ ดร. ทวีวรรณ ศรีสุขคำ
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด

ด้วย นายพงศธร ศิลาเงิน เลขทะเบียน 5817035149 นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง ซึ่งกำลังดำเนินการศึกษาวิจัย เรื่อง "ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.อดิศักดิ์ สัตย์ธรรม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย ซึ่งในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้จำเป็นต้องให้ผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่จะใช้ในการวิจัย ก่อนที่จะนำไปเก็บข้อมูลในขั้นตอนต่อไป

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้พิจารณาเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ และให้ข้อเสนอแนะในการนำไปปรับปรุงและพัฒนาเครื่องมือวิจัย อันจะส่งผลให้งานวิจัยมีคุณภาพต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อรนุช ภาชื่น)
รองคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ ประจำศูนย์ลำปาง
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

งานการนักศึกษา ศูนย์ลำปาง
โทรศัพท์ 054-268701 ต่อ 5601

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ที่ ศธ 0516.53/0026

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง
อ.ห้างฉัตร จ.ลำปาง 52710

24 มกราคม 2560

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน นายรัฐวัฏ ผาแสนเถิน
นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแก้ว จังหวัดพะเยา

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด

ด้วย นายพงศธร ศิลาเงิน เลขทะเบียน 5817035149 นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง ซึ่งกำลังดำเนินการศึกษาวิจัย เรื่อง "ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.อดิศักดิ์ สัตย์ธรรม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย ซึ่งในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้จำเป็นต้องให้ผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่จะใช้ในการวิจัย ก่อนที่จะนำไปเก็บข้อมูลในขั้นตอนต่อไป

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้พิจารณาเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ และให้ข้อเสนอแนะในการนำไปปรับปรุงและพัฒนาเครื่องมือวิจัย อันจะส่งผลให้งานวิจัยมีคุณภาพต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อรนุช ภาชื่น)
รองคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ ประจำศูนย์ลำปาง
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

งานการนักศึกษา ศูนย์ลำปาง
โทรศัพท์ 054-268701 ต่อ 5601

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ภาคผนวก จ
เอกสารชี้แจง แนะนำข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย
เอกสารชี้แจงแนะนำข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย
(Participant Information Sheet)

โครงการวิจัย (ไทย)	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา
โครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ)	FACTORS RELATED TO SELF-CARE BEHAVIORS AMONG ELDERLY OF PHAYAO PROVINCE
ชื่อผู้วิจัย	นายพงศธร ศิลาเงิน นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย	สาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยาโทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 0-5446-6666 ต่อ 3313-3315 โทรศัพท์มือถือ 084-5980034 E-mail : silangirn@hotmail.com

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้สูงอายุมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในพื้นที่หมู่บ้านแม่กาห้วยเคียน ตำบลแม่กา อำเภอเมือง หมู่บ้านบ้านไร่ ตำบลแม่นาเรือ อำเภอเมือง หมู่บ้านหาดแฟน ตำบลห้วยแห้ว อำเภอภูกามยาว และหมู่บ้านกว้านเหนือ ตำบลดงเจน อำเภอภูกามยาว จังหวัดพะเยา ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างละเอียด เพื่อท่านจะได้ทราบเหตุผล และรายละเอียดของการวิจัยในครั้งนี้ และท่านสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อความเข้าใจที่ชัดเจน ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องทำการวิจัย

จากสถานการณ์ในปัจจุบันการสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก ในประเทศไทยเองนั้น ผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2557 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็น ร้อยละ 14.9 ของประชากรทั้งหมด การสูงวัยหรือวัยสูงอายุนั้นมีการเปลี่ยนแปลงในตนเองอย่างมาก ปัญหาที่จะตามมาจากกระบวนการสูงวัย เช่น ปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกาย ปัญหาทางด้านจิตใจ และปัญหาสุขภาพทางด้านสังคม จากการสำรวจสุขภาวะผู้สูงอายุไทย ปี 2556 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ทั้ง 5 ด้าน คือ เป็นผู้สูงอายุที่ออกกำลังกาย รับประทานผักผลไม้สด และ ดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่าเป็นประจำ ต้องไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และไม่สูบบุรี่ เป้าหมายที่กำหนดไว้ คือ ร้อยละ 30 แต่พบผู้สูงอายุมีเพียงร้อยละ 24.5 ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด โดยผู้สูงอายุผู้หญิง มีสัดส่วน

Ref. code: 25605817035149ZGJ

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่าผู้สูงอายุชาย ซึ่งปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ดังนั้นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องของผู้สูงอายุ จึงเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

จากข้อมูลสนับสนุนข้างต้นทำให้มองเห็นได้ชัดเจนถึงปัญหา และการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมของผู้สูงอายุ ทางผู้วิจัยจึงมีความประสงค์ที่จะศึกษาวิจัย เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ทั้งด้านปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกบุคคล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา และใช้เป็นข้อเสนอเชิงนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน เพราะชีวิตที่มีสุขภาพที่ดีเป็นชีวิตที่เป็นปรารถนาของคนทุกคน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1.7.1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

1.7.2 เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ โรคประจำตัว ลักษณะครอบครัว) ปัจจัยนำ (การรับรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ) ปัจจัยเอื้อ (การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม และการมีและการใช้คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ) ปัจจัยเสริม (แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ) และปัจจัยโดยรวมตามทฤษฎีของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา

1.7.3 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

รายละเอียดของอาสาสมัครวิจัย

อาสาสมัครวิจัยในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุประเภทช่วยเหลือตนเองได้ดี (Well elder) ผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่างที่ได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอนจากผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตร การประมาณค่าสัดส่วนที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนของโดยใช้สูตรของ Krejcie and Morgan ได้กลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณเมื่อรวมกับอัตราการสูญหายไปของกลุ่มตัวอย่าง จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 238 ราย ทำการขอทะเบียนรายชื่อ และที่อยู่ของผู้สูงอายุ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำการสุ่มตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุ เลือกบ้านโดยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบมีระบบ ให้ได้เท่ากับจำนวนตามสัดส่วนของจำนวนผู้สูงอายุในหมู่บ้าน

ผู้วิจัยจะทำหนังสือขอดำเนินงานในการวิจัย และเก็บข้อมูล ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอเมืองพะเยา และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้เกี่ยวข้องใน

Ref. code: 25605817035149ZGJ

พื้นที่หมู่บ้านแม่กาห้วยเคียน ตำบลแม่กา อำเภอเมือง หมู่บ้านบ้านไร่ ตำบลแม่นาเรือ อำเภอเมือง หมู่บ้านหาดแฟน ตำบลห้วยแห้ว อำเภอภูกามยาว และหมู่บ้านกว้านเหนือ ตำบลดงเจน อำเภอภูกามยาว จังหวัดพะเยา เพื่อประชาสัมพันธ์ และขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือ ขั้นตอนในการดำเนินการ และกระบวนการในเก็บข้อมูล

การเข้าไปพบกับกลุ่มตัวอย่างนั้น ทางผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัย จะทำการลงพื้นที่หมู่บ้านที่ได้รับการสุ่มตัวอย่างไว้ในแต่ละตำบล นำหนังสือแนะนำตัวจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ถึงหัวหน้าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ใหญ่บ้านในพื้นที่ เพื่อขออนุญาตทำการนัดวัน และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โดยการนำของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นผู้มีความใกล้ชิด เข้าใจบริบท และคุ้นเคยกับพื้นที่นั้นเป็นอย่างดี

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ท่านจะได้รับแบบสอบถามจากผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัย โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที ในการตอบแบบสอบถาม จึงใคร่ขอความกรุณาท่านในการตอบข้อคำถาม ซึ่งแบบสอบถามฉบับนี้ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ จำนวน 13 ข้อ ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 33 ข้อ ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจำนวน 30 ข้อ โดยระหว่างการทำแบบสอบถามเมื่อมีข้อสงสัยใดๆ ท่านสามารถซักถามได้จนหมดข้อสงสัย ให้เข้าใจอย่างถ่องแท้ จากการอธิบายของผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ก่อนตอบคำถาม ทั้งนี้การตอบคำถามเหล่านี้ ไม่มีถูกหรือผิด และจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อตัวท่าน หากท่านไม่สามารถเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัย จะใช้วิธีการพิมพ์ลายนิ้วมือแทนการเขียนลายมือชื่อ พร้อมทั้งมีพยานในการลงลายมือชื่อกำกับ โดยผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยไม่มีการกำหนดระยะเวลาในการตัดสินใจ

ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับ

ความร่วมมือของท่านในครั้งนี้จะมีคุณค่า และมีประโยชน์อย่างยิ่ง ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการส่งเสริม และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยการนำผลการศึกษาไปวางแผนในการจัดกิจกรรมการดูแล และการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้และของผู้สูงอายุอื่นๆต่อไป

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ และสิทธิ์**ถอนตัว**ออกจากการวิจัยเมื่อใด ก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในการดำเนินชีวิต การได้รับบริการทางด้านสุขภาพอื่นๆของท่าน และไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัย**ได้ตลอดเวลา** และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว **เพื่อให้ท่านทบทวนว่า ยังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่**

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ผู้วิจัยจะ**ให้ความเชื่อมั่น**แก่กลุ่มตัวอย่างว่า **ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะถูกปกปิดเป็นความลับ** และจะ**นำเสนอผลการวิจัยออกเป็นภาพรวม** โดยข้อมูลต่างๆ จะให้รหัสตัวเลข ซึ่งจะมีการเก็บรักษาไว้เป็นอย่างดี ผู้วิจัย และอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่จะสามารถเข้าถึงข้อมูลนี้ได้ การเผยแพร่ข้อมูลอาจมีการตีพิมพ์ในหนังสือวารสารวิชาการสาธารณสุข วารสารทางการแพทย์และการพยาบาล การเผยแพร่ข้อมูลดังกล่าว จะกระทำเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ และจะมีการเผยแพร่ข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น โดยข้อมูลที่เผยแพร่เป็นข้อมูลที่ไม่มีการระบุชื่อ และแหล่งที่มาของข้อมูล ผู้ที่รับทราบข้อมูล ไม่สามารถเชื่อมโยงไปถึงผู้ให้ข้อมูลได้ ไม่มีส่วนใดของข้อมูลที่จะสามารถระบุถึงกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลได้ **การเก็บข้อมูลต่างๆนั้น จะดำเนินการโดยไม่รบกวนเวลาทำงานของท่าน ดังนั้น จึงไม่มีค่าตอบแทน หรือค่าป่วยการใดๆ ในการเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้**

ความรับผิดชอบของผู้วิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ท่านสามารถติดต่อ เพื่อขอรับคำแนะนำ หรือเมื่อเกิดความสงสัยในทุกกรณี ท่านสามารถติดต่อผู้ทำวิจัย **นายพงศธร ศิลาเงิน** นักศึกษาปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์ **หมายเลขโทรศัพท์ 08-4598-0034 ตลอด 24 ชั่วโมง** หรือ **0-5446-6666 ต่อ 3313-3315 ซึ่งมีอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ จำนวน 2 ท่าน ได้แก่ รศ.ดร.อดิศักดิ์ สัตย์ธรรม ติดต่อได้ที่ 08-1309-6596 และ ผศ.ดร.ลภัสรดา หนุ่มคำ สามารถติดต่อได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ 08-8251-4341**

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 อาคารราชสุดา ชั้น 1 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิตโทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร 02-5165381

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ภาคผนวก ฉ
หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย
Informed Consent Form

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา

ทำที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

เลขที่ อาสาสมัครวิจัย.....
ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
ชื่อผู้วิจัย นายพงศธร ศิลาเงิน
ที่อยู่ที่ติดต่อ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา 19 ม.2 ต.แม่กา อ.เมือง จ. พะเยา
โทรศัพท์ 08 4598 0034

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียด เกี่ยวกับที่มา และวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย ที่จะได้รับ รวมทั้งสิทธิ์ในการเข้าร่วมโครงการ หรือปฏิเสธโดยไม่มีผลกระทบใดๆจากการวิจัย ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ และ**ผู้วิจัยได้ตอบคำถาม และอธิบายข้อสงสัย**ด้วยความเต็มใจ จนข้าพเจ้า**เข้าใจเป็นอย่างดี**

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมสละเวลา *ตอบแบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา จำนวน 76 ข้อ หนึ่งครั้ง รวม 30 นาที* เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครวิจัยทั้งหมด เช่น แบบสอบถาม จะถูกทำลาย

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะ**ถอนตัว**ออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล**ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในการดำเนินชีวิตของข้าพเจ้า รวมถึงการได้รับบริการทางด้านสุขภาพอื่นๆ และไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น (ข้าพเจ้าอนุญาตให้ผู้วิจัยเปิดเผยข้อมูลต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้ตามที่เห็นสมควร ซึ่งกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็น ด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น) ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวตนของข้าพเจ้า ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใดๆ ที่มีสาเหตุจากการศึกษาดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการดูแลช่วยเหลือโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น โดยผู้รับผิดชอบโครงการวิจัยนี้คือ นายพงศธร ศิลาเงิน สามารถติดต่อได้ที่ สาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา หมายเลขโทรศัพท์ 08-4598-0034 หรือ 0-5446-6666 ต่อ 3313-3315

Ref. code: 25605817035149ZGJ

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่: คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 อาคารราชสุดา ชั้น 1 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร 02-5165381

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัยไว้แล้ว

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้วิจัยหลัก
วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....
(.....)
อาสาสมัครวิจัย
วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....
(.....)
พยาน
วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....
(.....)
พยาน
วันที่...../...../.....

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ภาคผนวก ช
แบบสอบถามการวิจัย

ลงชื่อผู้เก็บแบบสอบถาม ..... **เลขที่ .....**

โทรศัพท์ผู้เก็บแบบสอบถาม ..... **ตำบล .....**

หมู่บ้าน.....

แบบสอบถามงานวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา

คำชี้แจงแบบสอบถาม

แบบสอบถามชุดนี้ มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา ข้อมูลที่รวบรวมได้จะนำเสนอเป็นภาพรวมโดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่าน และจะเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุโดยตรง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา **ดังนั้นผู้สูงอายุทุกท่านจึงมีส่วนสำคัญมากที่จะทำให้การวิจัยในครั้งนี้บรรลุผล ดังนั้นจึงใคร่ขอความ**กรุณาให้ข้อมูลแต่ละข้อให้ตรงกับความเป็นจริงอย่างครบถ้วน

แบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 33 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำนวน 30 ข้อ

ผู้ศึกษาวิจัยขอขอบคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้ ที่ให้ความร่วมมือ และกรุณาเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถามนี้

นายพงศธร ศิลาเงิน
ผู้ศึกษาวิจัย

Ref. code: 25605817035149ZGJ

แบบสอบถาม

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา

.....

<u>ส่วน 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ</u>

<u>คำชี้แจง</u> โปรดเติมเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ให้ตรงกับความจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้สมบูรณ์ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ขอความกรุณาตอบทุกข้อ

1. เพศ
   ☐1.ชาย ☐2.หญิง
2. อายุปัจจุบันของท่าน.....ปี น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร
3. สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ
   ☐1.ไม่เป็นสมาชิก ☐2.เป็นสมาชิก
   3.1 การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุของท่าน
   ☐1.ทุกครั้ง
   ☐2.บางครั้ง
   ☐3.นานๆครั้ง
4. ระดับการศึกษาสูงสุด
   ☐1.ไม่ได้เรียน ☐2.ประถมศึกษา
   ☐3.มัธยมศึกษาตอนต้น หรือเทียบเท่า ☐4.มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือเทียบเท่า
   ☐5.อนุปริญญา หรือเทียบเท่า ☐6.ปริญญาตรี
   ☐7.สูงกว่าปริญญาตรี ☐8.อื่นๆ (ระบุ).....
5. สถานภาพสมรส
   ☐1.โสด ☐2.สมรส ☐3.หม้าย ☐4.หย่า/แยกกันอยู่
6. ท่านมีรายได้หรือไม่
   ☐1.ไม่มี ☐2.มี รายได้เฉลี่ย..... บาท/เดือน
7. แหล่งที่มาของรายได้
   ☐1.คู่สมรส ☐2.บุตร/หลาน/ญาติพี่น้อง
   ☐3.ดอกเบี้ย/เงินบำนาญ ☐4.การประกอบอาชีพ
   ☐5.เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐6.อื่นๆ.....
8. ความเพียงพอของรายได้
   ☐1.ไม่เพียงพอ ☐2.เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ☐3.เพียงพอและเหลือเก็บ
9. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ **(ถ้าไม่มีให้ข้ามคำถามไปที่ข้อ 11)**
   ☐1.ไม่มี ☐2.มี

Ref. code: 25605817035149ZGJ

10. โรคประจำตัวที่ท่านเป็น
    - ☐1.โรคเบาหวาน
    - ☐2.โรคความดันโลหิตสูง
    - ☐3.ไขมันในเส้นเลือด
    - ☐4.มะเร็ง
    - ☐5.โรคหัวใจ
    - ☐6.โรคข้อเข่าเสื่อม
    - ☐7.โรคกระดูกพรุน
    - ☐8.อื่นๆ.....
11. ปัจจุบันท่านพักอาศัยอยู่กับใคร
    - ☐1.อาศัยอยู่ตามลำพัง ☐2.อาศัยอยู่กับคู่สมรส
    - ☐3.อาศัยอยู่กับลูกหลาน/ญาติพี่น้อง ☐4.อาศัยอยู่กับคนอื่น
    - ☐5.อื่นๆ.....
12. บุคคลที่ท่านสามารถพึ่งพาได้เมื่อท่านต้องการ หรือเมื่อยามเจ็บป่วย
    - ☐1.ไม่มี
    - ☐2.มี ได้แก่.....
13. ท่านมีการใช้คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
    - ☐1.มีสมุดคู่มือและมีการนำไปใช้ ☐2.มีสมุดคู่มือแต่ไม่มีการนำไปใช้
    - ☐3.ไม่มีสมุดคู่มือ

Ref. code: 25605817035149ZGJ

<u>ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ</u>

<u>คำชี้แจง</u> โปรดเติมเครื่องหมาย ✓ลงใน ☐ตามความคิดเห็นของท่าน เพียงคำตอบเดียว เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดขอความกรุณาตอบทุกข้อ

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของท่านในระดับน้อยหรือไม่มีเลย

ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของท่านในระดับปานกลาง

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของท่านในระดับมาก

ข้อ	รายการ	ระดับความคิดเห็น		
		ไม่เห็นห้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย
1.	สถานบริการสุขภาพมีเพียงพอต่อความต้องการของท่าน			
2.	สถานบริการสุขภาพมีขั้นตอนชัดเจน และมีอุปกรณ์/เครื่องมือในการรักษาที่ทันสมัยและเพียงพอ มีความสม่ำเสมอในการให้บริการ			
3.	ท่านมีความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/คลินิก/สถานบริการสุขภาพ			
4.	สถานบริการมีการทำทางลาด ราวบันได ราวจับในห้องน้ำเพื่อความสะดวกในการใช้บริการของท่าน			
5.	ท่านได้รับความรัก การเอาใจใส่ หรือกำลังใจจากบุคคลภายในครอบครัวทั้งยามปกติและยามเจ็บป่วย			
6.	บุคคลภายในครอบครัวพร้อมที่จะรับฟังปัญหาและความต้องการของท่าน			
7.	บุคคลในครอบครัวให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมกับวัยและโรคของท่าน			
8.	บุคคลในครอบครัวดูแลให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยาหรือเป็นคนจัดยาให้ท่านรับประทาน			
9.	เมื่อท่านมีปัญหาทางการเงิน บุคคลในครอบครัวจะรับภาระจ่ายค่าใช้จ่ายต่างๆให้ท่าน			
10.	บุคคลภายในครอบครัวช่วยจัดที่อยู่อาศัย และสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเพื่อให้ท่านมีความสะดวกสบาย และปลอดภัย			
11.	เมื่อเจ็บป่วยท่านได้รับคำแนะนำเรื่องการพักผ่อน หรือการรับประทานอาหารหรือการใช้ยาจากบุคลากรทางการแพทย์			
12.	บุคลากรทางการแพทย์คอยกระตุ้นเตือนให้ท่านออกกำลังกาย			

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ข้อ	รายการ	ระดับความคิดเห็น		
		ไม่เห็นห้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย
13.	บุคลากรทางการแพทย์ให้คำแนะนำหรือแจกเอกสารแนะนำการปฏิบัติตัวขณะเจ็บป่วยให้แก่ท่าน			
14.	บุคลากรทางการแพทย์ให้กำลังใจเมื่อท่านเกิดความท้อแท้ สิ้นหวัง			
15.	บุคลากรทางการแพทย์ได้จัดกิจกรรมต่าง ๆที่เป็นประโยชน์แก่ท่าน			
16.	บุคลากรทางการแพทย์ให้คำแนะนำท่านในเรื่อง การจัดที่อยู่อาศัยเพื่อให้เหมาะสมกับวัย			
17.	บุคคลภายในครอบครัวคอยกระตุ้นเตือนให้ท่านไปพบแพทย์ตามนัด			
18.	ท่านได้อ่านข่าวสารต่าง ๆ จากสื่อวิทยุ โทรทัศน์หรือหนังสือพิมพ์หรือ internet เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ			
19.	ท่านได้รับข่าวสารต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการประชาสัมพันธ์จากชมรมผู้สูงอายุ			
20.	ท่านได้รับข่าวสารการดูแลสุขภาพจากบุคคลในครอบครัว			
21.	ท่านได้รับข่าวสารการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุข			
22.	การตรวจสุขภาพประจำปีเป็นสิ่งจำเป็นถึงแม้จะเป็นผู้สูงอายุก็ต้องตรวจทุกปี เช่นกัน			
23.	ยาชุดที่ขายตามร้านขายยาทั่วไป เช่น ยาแก้ปวดข้อ ยาแก้ปวดเมื่อย สามารถซื้อมารับประทานได้เองโดยไม่เป็นอันตราย			
24.	บริเวณบ้านที่มีความเสี่ยงต่อการลื่นล้ม ควรมีอุปกรณ์ป้องกัน เช่น ราวจับ หรือผ้ายางปูพื้นเพื่อกันลื่น			
25.	ไม่จำเป็นต้องรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 3 มื้อ เพราะอายุมากแล้ว ร่างกายไม่ต้องการสารอาหารมากเหมือนวัยรุ่น			
26.	การรับประทานอาหารจำพวกผัก ผลไม้ และธัญพืช จะช่วยในการขับถ่าย			
27.	การรับประทานอาหารสุกๆดิบๆทำให้เกิดปัญหาแก่สุขภาพได้			
28.	การออกกำลังกายวันละ 30-60 นาที ทำให้ให้มีร่างกายที่แข็งแรง			
29.	ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว			
30.	ผู้สูงอายุควรมีการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงต่อคืน			
31.	ควรแปรงฟันหรือทำความสะอาดฟันปลอมอย่างน้อยวันละ2 ครั้ง เพื่อช่วยรักษาความสะอาดของช่องปาก			

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ข้อ	รายการ	ระดับความคิดเห็น		
		ไม่เห็นห้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย
32.	ควรตรวจตาทุก 1 ปี และรีบปรึกษาแพทย์ถ้ามีอาการผิดปกติเกี่ยวกับดวงตา			
33.	การยอมรับในการเปลี่ยนแปลง เกี่ยวกับสภาวะของตนเอง ครอบครัว และสังคม ช่วยเพิ่มความแข็งแกร่งให้แก่จิตใจ			

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดเติมเครื่องหมาย ✓ ลงใน □ ตามความคิดเห็นของท่าน เพียงคำตอบเดียว เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ขอความกรุณาตอบทุกข้อ

ปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นเป็นประจำวันทุกวันหรือตามที่กำหนด

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นเป็นบางวันหรือ 2-3 วัน

ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นนานๆ ครั้ง หรือไม่เคยปฏิบัติเลย

ข้อ	รายการ	ระดับความคิดเห็น		
		ปฏิบัติทุกครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1.	ท่านรับประทานอาหารครบทุกมื้อ			
2.	ท่านดื่มกาแฟแทนอาหารเช้า			
3.	ท่านรับประทานผักและผลไม้			
4.	ท่านชอบรับประทานอาหารโดยการเติมน้ำปลา ซีอิ้ว ซอสลงไป			
5.	ท่านรับประทานเนื้อสัตว์สุก ๆ ดิบ ๆ			
6.	ท่านดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว			
7.	ท่านชอบรับประทานอาหารประเภทผัดหรือทอด			
8.	ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่มีส่วนผสมของกะทิเป็นส่วนประกอบ			
9.	ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือเครื่องดื่มชูกำลัง			
10.	ท่านสูบบุหรี่			
11.	ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง			
12.	ท่านทำการอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังหรือผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หลังออกกำลังกายเสร็จทุกครั้ง			
13.	ท่านใช้เวลาในการออกกำลังกาย ครั้งละไม่ต่ำกว่า 20-30 นาที			
14.	ท่านออกกำลังกายโดยการเดิน หรือยืนแกว่งแขน 20-30 นาทีต่อครั้ง			
15.	ท่านตรวจดูเท้าก่อน/หลังการออกกำลังกายเพื่อดูรอยถลอก แผล ร้อยช้ำที่เท้า			
16.	เวลาเครียด ท่านจะรับประทานยาระงับประสาทหรือยานอนหลับ			

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ข้อ	รายการ	ระดับความคิดเห็น		
		ปฏิบัติทุกครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
17.	เมื่อรู้สึกเครียดท่านแก้ปัญหาโดยการออกกำลังกาย			
18.	เมื่อรู้สึกเครียดท่านแก้ปัญหาโดยการสวดมนต์ ไหว้พระหรือนั่งสมาธิ			
19.	เมื่อท่านรู้สึกเครียดท่านท่านแก้ปัญหาโดยการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์			
20.	ท่านพูดคุยและปรับทุกข์กับคนบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่นๆ			
21.	ท่านมีการทำความสะอาดบ้าน และเก็บสิ่งของให้เป็นที่เรียบร้อยอยู่ประจำ			
22.	ท่านมีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกอย่างครบครัน เช่น แว่นตา เครื่องช่วยในการได้ยิน			
23.	แสงสว่างภายในบ้านของท่านเพียงพอต่อความต้องการของท่าน			
24.	อากาศภายในบ้านของท่านมีการถ่ายเทได้สะดวก			
25.	ภายในห้องน้ำของท่านมีราวจับติดพนังเพื่อให้ท่านสามารถใช้งานได้สะดวก			
26.	ท่านมีการตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อป้องกันการเกิดโรค			
27.	ท่านมีการใช้การแพทย์ทางเลือกในการดูแลสุขภาพ เช่น การนวด การใช้ยาสมุนไพร การฝังเข็ม			
28.	เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยอาทิ อาการปวด เมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ เจ็บคอ ท่านสามารถดูแลตนเองเบื้องต้นเพื่อให้หายจากอาการดังกล่าวได้			
29.	เมื่อท่านมีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรง อาทิ หอบเหนื่อย ไข้สูง/หนาวสั่น หรือกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง หรือเจ็บหน้าอกเหมือนถูกบีบรัด ท่านจะไปรับการรักษาจากบุคคลากรทางการแพทย์			
30.	ท่านมีการใช้สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อบันทึกหรือประเมินสุขภาพตนเองเบื้องต้น			

Ref. code: 25605817035149ZGJ

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล นายพงศธร ศิลาเงิน

วัน เดือน ปีเกิด 2 เมษายน 2533

วุฒิการศึกษา แพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิต (พท.ป.) (เกียรตินิยมอันดับ2)
คณะสาธารณสุขสาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
จังหวัดพิษณุโลก

ที่อยู่ปัจจุบัน สาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยพะเยา 19 ม. 2 ต.แม่กา อ.เมือง
จ.พะเยา 56000
เบอร์โทรศัพท์ 084-5980034
E-mail : silangirn@hotmail.com

ตำแหน่ง ผู้ช่วยสอน
สาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

ประสบการณ์ทำงาน

2555 – ปัจจุบัน ผู้ช่วยสอน
สาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

Ref. code: 25605817035149ZGJ