



HE017

การทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุตามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

Predication of Health Status of the Elderly according to Health Care Behavior

ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาสภาพปัญหาและทำนายภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ บ้านหนองแวง หมู่ 8 ตำบลท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้สูงอายุ ขอนแก่น จำนวน 82 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 3 ด้าน คือ 1) ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล 2) ด้านการสนับสนุนทางสังคม 3) ด้านการดูแลสุขภาพ โดยใช้ทฤษฎีอวัยวะด้านความสัมพันธ์ และ ทฤษฎี สรีรวิทยาด้านความเครียดและการปรับตัว แบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 การสนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ 3 การดูแลสุขภาพ และส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะปลายเปิด เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ มีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.67-1.00 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า สภาพปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุหมู่บ้านหนองแวง หมู่ 8 ตำบล ท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่า 1) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามแบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน (Barthel ADL index) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 97.56 2) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามแบบประเมินความแข็งแรงเชิงปฏิบัติดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL index) พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุดำรงชีวิตได้อย่างอิสระในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 95.12 3) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ด้านด้านความเครียดและการปรับตัว ปัจจัยที่สำคัญอันดับหนึ่งคือ เมื่อมีความรู้สึกไม่สบายใจ มักจะฟังธรรมะ ฟังเพลง และหากิจกรรมที่ให้ผ่อนคลาย ระดับปานกลาง รองลงมา รู้สึกว่านอนไม่หลับ หงุดหงิด กระวนกระวายใจ เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ ระดับปานกลาง 4) คะแนนทำนายภาวะสุขภาพผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างพบว่าสุขภาพทางกาย ด้านความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ที่ 18.73 ด้านความแข็งแรงเชิงปฏิบัติจุฬาเอดีแอลอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ที่ 8.79 สุขภาพด้านจิตใจ ด้านความเครียดและการปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ที่ 2.18

คำสำคัญ : การทำนายภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

¹อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย



Abstract

The purpose of this research was studied about the problems and predicted the health of the elderly at Ban Nong waeng Village No. 8, Thapra sub-district, Muang District, Muang District, Khon Kaen. The number of 82 people from simple sampling. Study from Health care behavior in 3 aspects included 1) Personal Attributes 2) Social Support 3) Health Care by Organ Theory and Physiological Theory. Questionnaire is divided into 4 parts. Part 1: The personal attributes questionnaire, Part 2: Social Support, Part 3: Health Care and part 4 : Open end feedback. The Research tool was a questionnaire and quality of tool were test in content validity was 0.67-1.00 and reliability was .89. The Data were analyzed by statistical descriptive statistics, percentage, average and the standard deviation. The research result found that Health problems of the elderly from Ban Nong waeng Village No. 8, Thapra sub-district, Muang District, Muang District, Khon Kaen were 1) Health Care Behavior according to the assessment, their ability to perform routine daily (Barthel ADL index). The Most of the elderly want to rely on each other in mild level; the percentage of 97.56 2) Health care behaviors according to the assessment of abilities practicing Chula ADL Index (Chula ADL index). It was found that the most of the elderly live independently in the community; the percentage of 95.12 3) Health care behaviors of stress and adaptation .The very important of this factor was when feeling uncomfortable, the elderly were often listen to the Dharma, listening to music and find activities to relax in moderate levels. The second was feeling irritated, irritated, unable to sleep. When they were not good feeling, moderate. 4) The score of predict the health status of the elderly found that the physical health aspect, that was the ability to perform the routine at a good level. The overall average is 18.73. The practical ability Chula ADL was good level. The overall average is 8.79. Mental health, stress and adaptation aspect were moderate level. The overall average is 2.18

Keywords : The elderly , Health care behaviors , Predication of Health Status

1. บทนำ

สังคมโลกปัจจุบันกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุซึ่งประชากรโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นจำนวน 72.3 ล้านคน ในปี 2568 ซึ่งประเทศที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก

5 ประเทศ คือ อิตาลี ญี่ปุ่น กรีซ เยอรมนี และ สวิสเซอร์แลนด์ ประเทศเหล่านี้มีลักษณะทางประชากรที่สำคัญ เช่น อัตราเกิดต่อประชากรพันคนค่อนข้างต่ำ และมีอัตราตายต่อประชากรพันคนต่ำเช่นกัน แต่มีอายุขัยเฉลี่ยค่อนข้างสูง ญี่ปุ่นเป็น



ประเทศเดียวในภูมิภาคเอเชียที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุมากที่สุดในโลกเท่ากับประเทศอิตาลีในยุโรป (ร้อยละ 25) และที่น่าสนใจคือ คนญี่ปุ่นเป็นคนที่มียุขัยเฉลี่ยหรือมีอายุยืนยาวมากที่สุดในโลกด้วย โดยมีอายุขัยเฉลี่ย 82 ปี และปัจจุบันสังคมไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรผู้สูงอายุ เนื่องจากอัตราการเกิดและอัตราการตายลดลงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ประชากรไทยโดยเฉลี่ยมีอายุยืนยาวขึ้นเช่นกันโดยประชากรไทยจะเพิ่มขึ้นเป็น 70.65 ล้านคน ในปี 2568 และจะค่อยๆ ลดลง เป็น 70.63 ล้านคน ในปี 2573 จำนวนประชากรวัยเด็ก (อายุ 0-14 ปี) จะลดลงอย่างสม่ำเสมอเหลือเพียง 9.54 ล้านคนในปี 2573 (ชมพูนุท พรหมภักดี, 2556)

ทฤษฎีผู้สูงอายุได้กล่าวถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงของร่างกายพบว่าเมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น ร่างกายจะเสื่อมถอยและอ่อนแอลง จิตใจมีการแปรปรวน และเป็นโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น เช่น เบาหวาน ความดันโลหิต ไตวาย ซึ่งโรคดังกล่าวส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ซึ่งยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีและแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุพึ่งตนเองได้ไม่ติดบ้านติดเตียงซึ่งมีผู้ได้พยายามศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน บริบทต่างๆ ที่ใช้แบบประเมินและปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน เบญจพร สว่างศรี และเสริมศิริ แต่งงาม (2556) ศึกษาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าระดับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยภาพรวมทั้งด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพอยู่ในระดับปาน

กลาง กมล วิเศษงามปภณ์ และวิชรี ศรีทอง (2559) ศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในตำบลไผ่ท่าโพ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมในระดับเหมาะสมปานกลาง และพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุได้แก่ การศึกษา สภาพสมรส การมีผู้ร่วมอาศัย การเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ ความพอเพียงของรายได้ ความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง และแรงสนับสนุนจากครอบครัว บุคลากรสาธารณสุขและชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภรณ์ ตั้งสุรัตน์ และวิมลฤดี พงษ์หิรัญญ์ (2558) พบว่าระดับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของตำบลบางเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ โดยรวมยังอยู่ในระดับปานกลาง และมีข้อเสนอแนะด้านส่งเสริมสุขภาพ โดยให้ความรู้และคำแนะนำด้านความรู้ และคำแนะนำในเรื่องการรับประทานอาหารเสริมหรืออาหารบำรุงสุขภาพ การแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และการผ่อนคลายหลังการออกกำลังกายทุกวัน และ เนตรดาว จิตโสภากุล (2557) พบว่าปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนสุขภาพของผู้สูงอายุ การมีและการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปใช้บริการได้อย่างสะดวก การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมผ่านสื่อจากแหล่งต่างๆ และการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขที่



ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปใช้บริการได้สะดวก สามารถร่วมกันทำน่ายพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 40.00 ซึ่งการศึกษาของพิมพ์พิสุทธิ์ บัวแก้ว และรติพร ถึงฝั่ง (2559) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยและอำนาจในการทำน่ายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ 1) ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อปี สถานภาพสมรส เขตที่อยู่อาศัย และจำนวนบุตร 2) การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การได้รับเงิน การได้รับอาหาร การได้รับสิ่งของ การได้รับการติดต่อสื่อสาร และการทำกิจกรรมกับครอบครัว และ 3) การดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพการ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิตสามารถร่วมกันทำน่ายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยได้ร้อยละ 11.2 แสดงให้เห็นว่าสามารถใช้ปัจจัยดังกล่าวทำน่ายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนได้เพื่อทราบแนวโน้ม สภาพภาวะสุขภาพ นำไปสู่การบริหารจัดการด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างเหมาะสมกับแต่ละบริบท

ข้อมูลผู้สูงอายุ บ้านหนองแวง หมู่ที่ 8 ตำบลท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งอยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านหนองบัวดีหมี ตำบลท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ได้สำรวจสภาพผู้สูงอายุ ณ วันที่ 22 สิงหาคม พ.ศ. 2560 (งานส่งเสริมสุขภาพ รพสต.บ้านหนองบัวดีหมี , 2560) พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุตามเกณฑ์ทั้งหมดจำนวน 102 คน เป็นเพศชายจำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 49.01 เพศหญิงจำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 50.98 มีผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังจำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 22.54 และไม่ป่วยรวมถึงไม่มีข้อมูลด้านสุขภาพ คิดเป็นจำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ

77.45 โรคที่พบจำแนกได้ดังนี้ โรคที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 91.30 รองลงมาคือ เบาหวาน จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 43.47 โรคปอด จำนวน 1 คน โรคผิวหนังโรค จำนวน 1 คน โรคหัวใจจำนวน 1 คน โรคไต จำนวน 1 คน โดยคิดเป็นร้อยละ 4.34 ตามลำดับจากจำนวนผู้สูงอายุ 79 คน ที่ไม่ป่วยและไม่มีข้อมูลการเจ็บป่วย แสดงถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ ดังนั้นเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีคุณภาพ และหน่วยบริการสุขภาพสามารถจัดระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนได้ครอบคลุมตามระดับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงมองเห็นและตระหนักถึงความสำคัญในการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ บ้านหนองแวง หมู่ที่ 8 ตำบลท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เพื่อทำน่ายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุตามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในชุมชนได้อย่างครอบคลุมต่อไป

2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อศึกษาสภาพพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หมู่บ้านหนองแวง หมู่ 8 ตำบลท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

2.2 เพื่อทำน่ายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หมู่บ้านหนองแวง หมู่ 8 ตำบลท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

3. แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยการทำน่ายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุตามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ผู้วิจัยได้



ศึกษาแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ พฤติกรรม สุขภาพของผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคม การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ และ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสามารถสรุปแนวคิดทฤษฎีได้ดังนี้

3.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

3.1.1 ผู้สูงอายุ หมายถึง คนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปโดยนับตามปีปฏิทิน ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีภาวะเสื่อมถอยด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต รวมทั้งผู้เกษียณอายุจากการทำงานเมื่อนับตามสภาพเศรษฐกิจ (retirement age) และ ผู้ที่สังคมยอมรับว่าสูงอายุจากการกำหนดของสังคมหรือวัฒนธรรมด้วย (WHO ,1982), (ผ่องพรรณ อรุณแสง ,2555), (ฤทธิชัย แกมมณาค และสุภัทษา พันเลิศพาณิชย์, 2559)

3.1.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่มีความซับซ้อน มีความแตกต่างกันในการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการด้านสรีระวิทยาและจิตใจในแต่ละบุคคล การอธิบายกระบวนการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุให้ชัดเจน จึงต้องใช้ร่วมกันหลายๆ ทฤษฎี อธิบายปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้กระบวนการชราเกิดได้เร็วขึ้น ได้แก่ ภาวะโภชนาการที่ไม่เหมาะสม การสัมผัสแสง มลพิษต่างๆ ภาวะเครียด การตอบสนองต่อความเครียด และโรคต่างๆที่เกิดขึ้น จากการสรุปนำทฤษฎีทางการสูงอายุมานำเป็นกรอบแนวคิด 3 แนวคิด ได้แก่ 1) ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theory) ได้อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของร่างกายมนุษย์แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ทฤษฎีด้านพันธุกรรม ทฤษฎีอวัยวะ ทฤษฎีสรีรวิทยา 2) ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory) เชื่อว่า การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ และพฤติกรรมของ

ผู้สูงอายุนั้น เป็นการปรับตัวเกี่ยวกับความนึกคิด ความรู้ความเข้าใจ แรงจูงใจ การเปลี่ยนแปลงไปของอวัยวะรับสัมผัสตลอดจนสังคมที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ ได้แก่ ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory) ทฤษฎีของอีริคสัน (Erikson's Epigenetic Theory) ทฤษฎีของเพค (Peck's Theory) 3) ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociological theory) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงแนวโน้มบทบาท สัมพันธภาพ และการปรับตัวในสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งพยายามวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคมไป และพยายามที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข มีแนวคิดที่น่าสนใจ ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory)ทฤษฎีแยกตนเองหรือทฤษฎีการถอยห่าง (Disengagement Theory)ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ทฤษฎีบทบาท (Role Theory) แสดงให้เห็นว่าแต่ละทฤษฎีจะกล่าวถึงความสูงอายุแตกต่างกันไป ทฤษฎีทางชีววิทยาจะอธิบายความชราโดยพิจารณาจากประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายที่ลดลง ทฤษฎีจิตวิทยาจะมองความสูงอายุโดยพิจารณาจากความจำการเรียนรู้ สติปัญญา อารมณ์ ส่วนทฤษฎีทางสังคมวิทยาพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากความสามารถในการคงบทบาท และสถานภาพทางสังคมไว้ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ไม่มีทฤษฎีใดเพียงทฤษฎีเดียวที่จะอธิบายความเสื่อมถอยของสังขาร การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์จิตใจและสภาพทางสังคมของผู้สูงวัยได้ครอบคลุม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้ทฤษฎีผู้สูงอายุโดยใช้กรอบทฤษฎีอวัยวะ (Organ Theory) ด้านความเสื่อมโทรม ซึ่งเป็นกระบวนการเสื่อมโทรมของร่างกายเมื่ออายุมากขึ้น และทฤษฎีสรีระวิทยา (Physiological Theory) ด้านความเครียด

และการปรับตัว บุคคลที่ดำรงชีวิตประจำวันที่ต้องเผชิญกับความเครียดบ่อยๆ จะส่งผลให้เข้าสู่วัยชราได้เร็วขึ้น (บุญศรี นุเกตุ และปาลีรัตน์ พรทวีภณทา, 2550)

3.2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ หมายถึงการส่งเสริมการกระทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุให้มีการปฏิบัติจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงป้องกันการเกิดโรค สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข (วัชพล ประสิทธิ์ก้อนแก้ว, 2557)

3.3 แรงสนับสนุนทางด้านสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

3.4 การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555) นิยมประเมินความสามารถใน 2 ลักษณะที่สำคัญ คือ

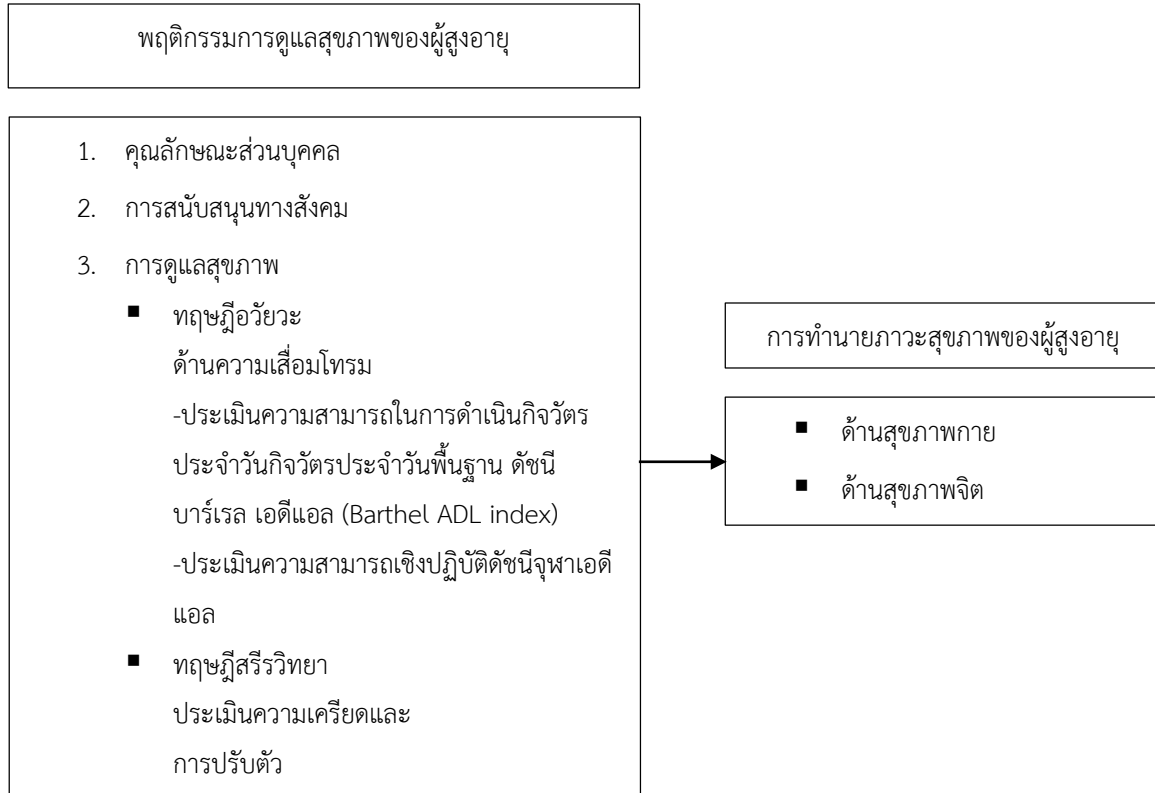
3.4.1 การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พื้นฐาน (Basic activities of daily living : BADL) เป็นการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองในการทำกิจวัตรส่วนตัวที่เป็นกิจกรรมบ่งชี้ถึงความสามารถในการอยู่อย่างเป็นอิสระในบ้านหรือที่อยู่อาศัยโดยไม่ต้อง

พึ่งพา เช่น รับประทานอาหาร ล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ แต่งตัว ใส่เสื้อผ้า ลุกจากเตียง เดินไปมาในบ้าน เดินขึ้นบันไดเลื่อน เข้าห้องน้ำได้ด้วยตนเอง และกลั่นอุจจาระและปัสสาวะได้ โดยประเมินว่าทำกิจกรรมเหล่านี้ได้ด้วยตนเองทั้งหมดหรือทำได้โดยมีผู้ช่วยหรือทำไม่ได้เลย ซึ่งต้องการมีผู้ช่วยและการทำไม่ได้จะสะท้อนภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุ แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานที่นิยม ใช้ในประเทศไทยคือดัชนีบาร์เรล เอดีแอล (Barthel ADL index) และดัชนีแคทซ์ (Katz index)

3.4.2 การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างต่อเนื่อง (Instrumental activities of daily living : IADL) เป็นการประเมินความสามารถในการช่วยตนเองที่ต้องใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ ซึ่งซับซ้อนมากกว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน หรือ BADL และกิจกรรมเหล่านี้เป็นสิ่งที่บ่งชี้ความสามารถอยู่ได้ในชุมชนโดยไม่ต้องพึ่งพา ได้แก่ การทำความสะอาดบ้าน ปรุงอาหาร ซักเสื้อผ้า จ่ายตลาด เดินทางออกนอกบ้าน พุดโทรศัพท์ จัดการเรื่องยาและการเงินได้ด้วยตนเองแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (IADL) ที่นิยมใช้และสามารถใช้ได้ดีสำหรับคนไทย คือ ดัชนีจูลาเอดีแอล

4. กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเรื่องการทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุตามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ผู้วิจัยได้ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และสรุปกรอบแนวคิด ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

5. วิธีดำเนินการ

5.1 ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุ บ้านหนองแวง หมู่ 8 ตำบลท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 102 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุ บ้านหนองแวง หมู่ 8 ตำบลท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 82 คน ได้

จากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายและกำหนดตัวอย่างโดยการเปิดตาราง Krejcie & Morgan ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 %

5.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมการณ์ดูแลสุขภาพ เพื่อทํานายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 การสนับสนุนทางสังคม แบบ

Rating Scale 4 ระดับ จำนวน 24 ข้อ

คะแนน 1 หมายถึง ปฏิบัติน้อย ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นนานๆครั้ง หรือไม่เคยปฏิบัติเลย

คะแนน 2 หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมปฏิบัติบ่อย ซึ่งผู้สูงอายุมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นเป็นบางวันหรือเป็นบางครั้ง

คะแนน 3 หมายถึง ปฏิบัติส่วนมาก ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นเกือบทุกวัน หรือเกือบทุกครั้ง

คะแนน 4 หมายถึง ปฏิบัติทุกครั้ง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นเป็นประจำ หรือตามที่กำหนด

<p>การแปลผลเป็น 3 ระดับ ดี ปานกลาง ต่ำ โดยแปลผลช่วงคะแนน ดังนี้</p>	<p>คะแนน 9 หมายถึง ดำรงชีวิตได้ อย่างอิสระในชุมชน</p>
<p>1.00 – 2.00 แปลผล คุณภาพต่ำ 2.01 – 3.00 แปลผล คุณภาพปาน กลาง</p>	<p>3.2 ทฤษฎีสรีรวิทยา ด้านความเครียด และการปรับตัว แบบ Rating Scale 4 ระดับ จำนวน 13 ข้อ ดังนี้</p>
<p>3.01– 4.00 แปลผล คุณภาพดี ส่วนที่ 3 การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ 3.1 ทฤษฎีอวัยวะด้านความเสื่อม โทรม</p>	<p>คะแนน 1 หมายถึง ท่านรู้สึกเห็น ด้วยกับข้อความต่อไปนี้ คะแนน 2 หมายถึง ท่านรู้สึกเห็น ด้วยกับข้อความต่อไปนี้ปานกลาง</p>
<p>3.1.1 การประเมิน ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Functional assessment) Basic ADL (Barthel ADL index) จำนวน 10 ข้อ จำแนกระดับ ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ดังนี้</p>	<p>คะแนน 3 หมายถึง ท่านรู้สึกเห็น ด้วยกับข้อความต่อไปนี้มาก คะแนน 4 หมายถึง ท่านรู้สึกเห็น ด้วยกับข้อความต่อไปนี้มากที่สุด</p>
<p>คะแนน 0 – 4 หมายถึง ผู้สูงอายุต้องการพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด</p>	<p>การแปลผลเป็น 3 ระดับ ดี ปานกลาง ต่ำ แปลผล ช่วงคะแนนภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนี้</p>
<p>คะแนน 5 – 8 หมายถึง ผู้สูงอายุต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเป็นส่วนมาก</p>	<p>1.00 – 2.00 แปลผล ภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุไทย คุณภาพต่ำ 2.01 – 3.00 แปลผล ภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุไทย คุณภาพปานกลาง</p>
<p>คะแนน 9 – 11 หมายถึง ผู้สูงอายุต้องการพึ่งพิงผู้อื่นปานกลาง</p>	<p>3.01 – 4.00 แปลผล ภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุไทย คุณภาพดี</p>
<p>คะแนน 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ผู้สูงอายุต้องการพึ่งพิงผู้อื่น เพียงเล็กน้อย</p>	<p>ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะเป็นแบบปลายเปิด การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้</p>
<p>3.1.2 การประเมินความสามารถ เชิงปฏิบัติดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL index) จำนวน 5 ข้อ จำแนกระดับความสามารถเชิงปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน ดังนี้</p>	<p>1) ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยการ ให้ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ แล จำนวน 3 คน ตรวจสอบและหาค่า (Item-Objective Congruence Index: IOC) ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67 – 1.00 และ 2) ความเชื่อมั่น (Reliability) เป็นแบบสอบถาม Rating Scale 4 ระดับ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมา และปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้ จำนวน 30 ชุด กับกลุ่มประชากรที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มที่</p>
<p>คะแนน 0 – 4 หมายถึง ภาวะพึ่งพิง ทั้งหมด</p>	
<p>คะแนน 5 – 8 หมายถึง ภาวะพึ่งพิง ปานกลาง</p>	



ทำการศึกษา จากนั้นนำมาทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม มีค่าเท่ากับ .89

5.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

5.3.1 ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้ ขอความร่วมมือด้วยการทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย ถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัวดีหมี ตำบลท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

5.3.2 ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยอธิบายรายละเอียดของแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และประโยชน์ของงานวิจัยครั้งนี้ และยินยอมให้ข้อมูลตามแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ และผู้วิจัยไม่เปิดเผยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

5.4 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน t-test independent

6. ผลการวิจัย

6.1 คุณลักษณะส่วนบุคคล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานะภาพ ผู้ดูแล โรคประจำตัว ยาที่ใช้เป็นประจำ และการเข้ารับการตรวจสุขภาพ พบว่าโครงสร้างผู้สูงอายุ บ้านหนองแวง หมู่ 8 ตำบลท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ที่ใช้ในการศึกษามีในสัดส่วนเพศชาย

มากกว่าเพศหญิง จำนวน 43 คน ร้อยละ 52.40 อายุของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 69.51 รองลงมาคืออายุระหว่าง 70 – 79 ปี จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 19.51 และช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 10.98 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 89.00 รองลงมาไม่ได้เรียน จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 4.90 และอันดับสุดท้าย คือ มัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.40 มีสถานภาพสมรสส่วนใหญ่ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 83.20 รองลงมาสถานภาพหม้าย จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 22.00 อันดับสุดท้าย คือ สถานภาพหย่าหรือแยกกันอยู่ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.20 ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ คือ คู่สมรสดูแลซึ่งกันและกัน จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 59.80 รองลงมา คือ ญาติพี่น้อง จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 34.10 และลำดับสุดท้าย คือ เพื่อนบ้าน จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.20 โรคประจำตัวส่วนใหญ่ พบว่า ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 64.60 โรคประจำตัวที่พบเป็นอันดับหนึ่งในผู้สูงอายุ คือ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 15.90 รองลงมาคือโรคเบาหวาน จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 8.50 อันดับสุดท้าย คือ โรคหัวใจ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 6.10 ส่วนใหญ่มีการใช้ยาเป็นประจำ จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 40.20 รองลงมา ไม่ใช้ยาเป็นประจำ จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 59.80 ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุเคยตรวจสุขภาพประจำปี จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 76.80 รองลงมา ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 23.20 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	43	52.40
หญิง	39	47.60
อายุ		
60-69 ปี	57	69.51
70-79 ปี	16	19.51
80 ปี ขึ้นไป	9	10.98
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	4	4.90
ประถมศึกษา	73	89.00
มัธยมต้น	2	2.40
มัธยมปลาย	3	3.70
ปริญญาตรี	0	0.00
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0.00
สถานภาพครอบครัว		
สมรส	60	73.20
หม้าย	18	22.00
โสด	3	3.70
หย่า/แยกกันอยู่	1	1.20
ผู้ดูแล		
คู่สมรส	49	59.80
บุตร/หลาน	4	4.90
ญาติพี่น้อง	28	34.10
ผู้ดูแลรายวัน/รายเดือน	0	0.00
เพื่อนบ้าน	1	1.20
โรคประจำตัว		
มี	29	35.40
เบาหวาน	7	8.50
ความดันโลหิตสูง	13	15.90
โรคหัวใจ	5	6.10



ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อื่นๆ	7	8.50
ไม่มี	53	64.60
ยาที่ใช้เป็นประจำ		
มี	33	40.20
ไม่มี	49	59.80
การตรวจสุขภาพ		
เคย	63	76.80
ไม่เคย	19	23.20
รวม	82	100

6.2 การสนับสนุนทางด้านสังคม พบว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้

6.2.1 ด้านอาหาร พบว่า ส่วนใหญ่ ผู้ดูแล/คนในครอบครัวจัดอาหารให้ผู้สูงอายุครบ 3 มื้อ และรับประทานอิมมูมู่มือเฉลี่ย 3.73 และพบว่า ผู้ดูแล/คนในครอบครัวประกอบอาหารอ่อนย่อยง่าย เช่น เนื้อปลา ผักต้มหรือนึ่ง ให้ผู้สูงอายุรับประทาน เป็นลำดับสุดท้าย เฉลี่ย 3.34

6.2.2 ด้านเสื้อผ้า ของใช้ พบว่า ส่วนใหญ่ มีเครื่องนุ่งห่มเพียงพอตามสภาพอากาศ เช่น ฤดูหนาว ฤดูร้อน ฤดูฝน ตามความต้องการ เฉลี่ย 3.66 และพบว่ามีโอกาสได้ไปเลือกซื้อเสื้อผ้าและของใช้ด้วยตนเองเป็นลำดับสุดท้าย เฉลี่ย 3.33

6.2.3 ด้านการเงิน พบว่า ส่วนใหญ่ ได้รับเบี้ยยังชีพที่จัดสรรจากรัฐบาลอย่างเพียงพอ เฉลี่ย 3.35 และพบว่า มักจะไปกู้เงินนอกระบบเมื่อเกิดความจำเป็น เป็นลำดับสุดท้าย เฉลี่ย 1.54

6.2.4 ด้านการติดต่อสื่อสาร พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารจากวิทยุ โทรทัศน์ หอกระจายข่าว อย่างเพียงพอ เฉลี่ย 3.52 และพบว่า ได้รับข่าวสารด้านสุขภาพที่ทันสมัยและนำไปปฏิบัติได้ เป็นลำดับสุดท้าย เฉลี่ย 3.09

6.2.5 ด้านการมีส่วนร่วมทำกิจกรรม กับครอบครัว ติดต่อสื่อสาร พบว่า ส่วนใหญ่รู้สึกภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งในการช่วยเหลือกิจกรรมของครอบครัว เฉลี่ย 3.59 และพบว่าไม่ค่อยมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัวเป็นลำดับสุดท้าย เฉลี่ย 2.39 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การสนับสนุนทางสังคมรายด้าน

ปัจจัย	\bar{x}	S.D.	แปลผล
การสนับสนุนด้านอาหาร	3.56	0.70	ดี
การสนับสนุนด้านเสื้อผ้า ของใช้	3.51	0.62	ดี
การสนับสนุนด้านการเงิน	2.58	0.97	ปานกลาง
การสนับสนุนด้านการติดต่อสื่อสาร	3.28	0.90	ดี
การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัว	3.10	0.95	ดี
ภาพรวม	3.20	0.70	ดี

ตารางที่ 3 การสนับสนุนทางด้านสังคมรายข้อ

การสนับสนุนทางสังคม	ระดับคะแนน (ร้อยละ)				\bar{x}	S.D.	แปลผล
	ปฏิบัติ น้อย	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ ส่วนมาก	ปฏิบัติ ทุกครั้ง			
ด้านอาหาร							
1.ผู้ดูแล/คนในครอบครัวประกอบอาหาร อ่อนโยนง่าย เช่น เนื้อปลา ผักต้มหรือหนึ่ง เป็นต้น	4.90	6.10	39.0	50.0	3.3 4	0.80	ดี
2.ผู้ดูแลหรือคนในครอบครัวประกอบ อาหารครบ 5 หมู่ และจัดอาหารรสชาติไม่ จัด	3.70	11.00	31.70	53.70	3.3 5	0.82	ดี
3.ผู้ดูแล/คนในครอบครัวประกอบอาหาร รับประทานเอง สด สะอาดและใหม่	2.40	4.90	12.20	80.50	3.7 1	0.67	ดี
4.ผู้ดูแล/คนในครอบครัวจัดอาหารให้ครบ 3 มื้อ และรับประทานอิมทุกมื้อ	1.20	3.70	15.90	79.30	3.7 3	0.58	ดี
ด้านเสื้อผ้า ของใช้							
6.ท่านมีเครื่องนุ่งห่มเพียงพอตามสภาพ อากาศ เช่น ฤดูหนาว ฤดูร้อน ฤดูฝน ตาม ความต้องการ	0.00	1.20	31.70	67.10	3.6 6	0.50	ดี
7.ท่านมีโอกาสได้ไปเลือกซื้อเสื้อผ้าและ ของใช้ด้วยตนเอง	1.20	12.20	39.00	47.60	3.3 3	0.73	ดี
8.ท่านได้สวมเสื้อผ้าตามบุคลิกภาพ ตาม ความเหมาะสม	1.20	3.70	35.40	59.80	3.5 4	0.63	ดี



การสนับสนุนทางสังคม	ระดับคะแนน (ร้อยละ)				\bar{X}	S.D.	แปลผล
	ปฏิบัติ น้อย	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ ส่วนมาก	ปฏิบัติ ทุกครั้ง			
ด้านการเงิน							
9.ท่านได้รับเบี้ยยังชีพที่จัดสรรจากรัฐบาล อย่างเพียงพอ	6.10	15.90	14.60	63.40	3.3 5	0.96	ดี
10.คนในครอบครัว บุตรหลานให้เงินท่าน ใช้อย่างเหมาะสมและเมื่อต้องการ	3.70	22.00	41.50	32.90	3.0 4	0.83	ดี
11.ท่านมีเงินบำเหน็จบำนาญหรือเงินเก็บ สะสมใช้เมื่อยามชรา	46.30	17.10	22.00	14.60	2.0 5	1.13	ปาน กลาง
12.ท่านมักจะไปกู้เงินนอกระบบเมื่อเกิด ความจำเป็น	74.40	6.10	11.00	8.50	1.5 4	0.99	ต่ำ
13.ท่านรู้สึกว่ารายรับรายจ่ายสมดุลกัน ในแต่ละเดือน	12.20	12.20	43.90	31.70	2.9 5	0.96	ปาน กลาง
ด้านการติดต่อสื่อสาร							
14.ท่านได้รับข่าวสารจากวิทยุ โทรทัศน์ หอกระจายข่าว อย่างเพียงพอ	4.90	8.50	15.90	70.70	3.5 2	0.84	ดี
15.ข้อมูลข่าวสารที่ท่านได้รับมีความ จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพของท่านเป็น อย่างมาก	6.10	9.80	28.00	56.10	3.3 4	0.89	ดี
16.ท่านได้รับข่าวสารด้านสุขภาพที่ ทันสมัยและนำไปปฏิบัติได้	3.70	24.40	31.70	40.20	3.0 9	0.89	ดี
17.ท่านมักจะมีโอกาสพบปะ สังสรรค์ และแลกเปลี่ยนความรู้ในด้านสุขภาพกับ เพื่อนบ้าน	7.30	18.30	23.20	51.20	3.1 8	0.98	ดี
ด้านการมีส่วนร่วมทำกิจกรรมกับ ครอบครัว							
18.ท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมกับ ครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ เช่น การทำบุญ ร่วมกัน	6.10	8.50	20.70	63.40	3.4 3	0.89	ดี
19.ท่านมีโอกาสเข้าร่วมประเพณีต่างๆ กิจกรรมของชุมชนอย่างสม่ำเสมอ	2.40	9.80	22.00	65.90	3.5 1	0.77	ดี

การสนับสนุนทางสังคม	ระดับคะแนน (ร้อยละ)				\bar{x}	S.D.	แปลผล
	ปฏิบัติ น้อย	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ ส่วนมาก	ปฏิบัติ ทุกครั้ง			
20. ท่านรู้สึกภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งในการช่วยเหลือกิจกรรมของครอบครัว	1.20	9.80	18.30	70.70	3.59	0.71	ดี
21. ท่านมักจะออกกำลังกายและมีกิจกรรมพักผ่อนร่วมกับสมาชิกในครอบครัวเสมอ	3.7	15.9	26.8	53.7	3.30	0.87	ดี
22. ท่านไม่ค่อยมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว	30.50	23.20	23.20	23.20	2.39	1.15	ปานกลาง
23. ท่านมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพของรัฐหรือเอกชนจัดขึ้น	15.90	26.80	25.60	31.70	2.73	1.07	ปานกลาง
24. ท่านมักเป็นผู้ดำเนินการดูแลสุขภาพของครอบครัวและชุมชน	23.20	7.30	37.80	31.70	2.78	1.13	ปานกลาง

6.3 ผลการวิเคราะห์ระดับความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน ประกอบด้วย

6.3.1 ทฤษฎีอวัยวะด้านความเสื่อมโทรม ได้แก่

1) ระดับการดูแลสุขภาพตามแบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน (Barthel ADL index) พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเล็กน้อย จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 97.56 รองลงมาต้องการพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.44 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การประเมินความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน (Barthel ADL index)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
ผู้สูงอายุต้องการพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด	2	2.44
ผู้สูงอายุต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเป็นส่วนมาก	0	0.00
ผู้สูงอายุต้องการพึ่งพิงผู้อื่นปานกลาง	0	0.00
ผู้สูงอายุต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเพียงเล็กน้อย	80	97.56
รวม	82	100

2) ระดับการดูแลสุขภาพตามแบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติดัชนีจุฬาเอทีแอล (Chula ADL index) พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุดำรงชีวิตได้เป็นอย่างดีในชุมชน จำนวน 78 คน

คิดเป็นร้อยละ 95.12 ผู้สูงอายุพึ่งพิงทั้งหมด จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.44 และอันดับสุดท้ายผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงปานกลาง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.44 ดังตารางที่ 5



ตารางที่ 5 การประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL index)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด	2	2.44
ผู้สูงอายุพึ่งพิงปานกลาง	2	2.44
ผู้สูงอายุดำรงชีวิตได้อย่างอิสระในชุมชน	78	95.12
รวม	82	100

6.3.2 ทฤษฎีสรีรวิทยาด้านความเครียดและการปรับตัว

พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามทฤษฎีสรีรวิทยา ด้านความเครียดและการปรับตัว ปัจจัยที่สำคัญอันดับหนึ่งคือเมื่อท่านมีความรู้สึกไม่สบายใจ ท่านมักจะฟังธรรมะ ฟังเพลง และหากิจกรรมที่ให้ผ่อนคลาย (\bar{X} = 2.80, S.D. =1.21) อันดับที่สอง ท่านรู้สึกวุ่นวายไม่หลับ

หงุดหงิด กระวนกระวายใจ เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ (\bar{X} =2.46, S.D. = 1.12) ลำดับที่สาม ท่านเกิดความรู้สึกขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว (\bar{X} =1.43, S.D. =0.73) ภาพรวมของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านความเครียดและการปรับตัว (\bar{X} =2.18, S.D. =1.63) อยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การประเมินการดูแลสุขภาพตามแบบสอบถามทฤษฎีสรีรวิทยา ด้านความเครียดและการปรับตัว

ปัจจัย	\bar{X}	S.D.	แปลผล
1.ท่านรู้สึกวุ่นวายไม่หลับ หงุดหงิด กระวนกระวายใจ เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ	2.46	1.12	ปานกลาง
2.เมื่อท่านไม่มีความสุขหรือเศร้าหมองเวลามีเรื่องทุกข์ใจ จะมีความรู้สึกไม่อยากพบปะผู้คน	2.38	1.10	ปานกลาง
3.เมื่อท่านอยู่คนเดียว ไม่มีคนดูแล ท่านรู้สึกหมดหวังและไม่มีคุณค่าในชีวิต	2.24	1.23	ปานกลาง
4.ท่านไม่มีสมาธิ เมื่อต้องทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งนานๆ	2.40	1.21	ปานกลาง
5.ท่านรู้สึกอ่อนเพลีย เบื่อหน่าย ไม่อยากทำอะไรเลย	2.40	1.30	ปานกลาง
6.ท่านรู้สึกว่าผิดพลาดในการทำสิ่งต่างๆเมื่อทำสิ่งนั้นแล้วไม่ประสบความสำเร็จ	2.29	1.30	ปานกลาง
7.ท่านรู้สึกว่ามีอาการหัวใจเต้นแรง เสียงสั่น ปากสั่น มือสั่น เมื่อมีเรื่องกระทบจิตใจ	2.34	1.09	ปานกลาง
8.ท่านรู้สึกว่าปวดหัวข้างเดียวปวดบริเวณขมับทั้ง 2 ข้างบ่อยๆเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอย หลัง หรือไหล่เมื่อท่านทำกิจกรรมหนัก	2.06	0.90	ปานกลาง
9.ท่านรู้สึกว่าตื่นเต้นง่ายกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย	2.02	1.01	ปานกลาง
10.ท่านเกิดความรู้สึกขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว	1.43	0.73	ต่ำ

ปัจจัย	\bar{X}	S.D.	แปลผล
11. ท่านรู้สึกเกิดความเครียดเมื่อต้องปรับเปลี่ยน การทำงานให้เหมาะสมกับวัย	1.61	0.78	ต่ำ
12. ท่านรู้สึกว่ามีความวิตกกังวล กลัวว่าลูกหลานจะทอดทิ้ง	2.02	1.32	ปานกลาง
13. เมื่อท่านมีความรู้สึกไม่สบายใจ ท่านมักจะฟังธรรมะ ฟังเพลง และหา กิจกรรมที่ให้ผ่อนคลาย	2.80	1.21	ปานกลาง
ภาพรวม	2.18	1.63	ปานกลาง

6.4 ผลการทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

พบว่า ผู้สูงอายุบ้านหนองแวง หมู่ 8 ตำบลท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น มีสุขภาพทางกาย ด้านความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ที่

18.73 ด้านความสามารถเชิงปฏิบัติสุขภาพเอทีแอลอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ที่ 8.79 การทำนายพฤติกรรมสุขภาพทางจิต ด้านความเครียดและการปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ที่ 2.18 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ผลการทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย	คุณภาพชีวิต
สุขภาพกาย	ความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน	18.73	ดี
	ความสามารถเชิงปฏิบัติสุขภาพเอทีแอล	8.79	ดี
สุขภาพจิต	ด้านความเครียดและการปรับตัว	2.18	ปานกลาง

7. สรุปและข้อเสนอแนะ

7.1 สรุป

สภาพพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

สภาพพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ บ้านหนองแวง หมู่ 8 ตำบลท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยสรุปผล อภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

7.1.1 คุณลักษณะส่วนบุคคล

7.1.1.1 คุณลักษณะส่วนบุคคล
ด้านเพศ พบว่าโดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ซึ่งแตกต่างจากโครงสร้าง

ประชากรของประเทศไทย ปี 2560 ที่พบว่า ประชากร สัดส่วนประชากรหญิงมีมากกว่าชาย คือ ตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป และในปี 2563 ประเทศไทยจะมีผู้หญิงมากกว่าผู้ชายถึง 1.5 ล้านคน โดยเฉพาะผู้หญิงตัวคนเดียว จะมีเพิ่มมากขึ้น ประมาณ 5.6 ล้านคน ซึ่งในจำนวนดังกล่าวนี้รวมถึงผู้หญิงที่เป็นหม้าย และผ่านการหย่าร้าง ซึ่งมีสาเหตุมาจากการที่ผู้ชายมีแนวโน้มเสียชีวิตเร็วกว่า และมีแนวโน้มแต่งงานใหม่มากกว่าผู้หญิง จึงทำให้มีผู้ชายที่ผ่านการหย่าร้างและพอม่ายน้อยกว่าด้วย ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลได้ว่า เนื่องจากหมู่บ้าน มีประชากรเพศ



ชายจำนวน 354 คน มากกว่าเพศหญิงที่มีจำนวน 342 คนจึงทำให้จำนวนผู้สูงอายุเพศชายมีมากกว่าเพศหญิง

7.1.1.2 ผู้ดูแล พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ดูแลตนเองมากกว่าที่มีบุตรหลานเป็นคนดูแล ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลได้ว่า เนื่องจากหมู่บ้าน เป็นชุมชนเมืองอาชีพหลักของชุมชน คือ เกษตรกร จึงทำให้ครอบครัวมีการสนับสนุนให้ประชากรวัยทำงานออกไปทำงานนอกบ้านเพื่อเป็นการหารายได้เลี้ยงครอบครัว จึงทำให้ผู้สูงอายุต้องดูแลตนเองเมื่อบุตรหลานออกไปทำงานนอกบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับ ปิยพงษ์ บุญกว้าง และคุชฎี อายุวัฒน์ (2560) ได้ศึกษาความมั่นคงของครัวเรือนแรงงานย้ายถิ่นในภาคอีสานไปทำงานต่างประเทศ พบว่าประชากรวัยทำงานส่วนใหญ่ของคนภาคอีสานจะออกไปทำงานต่างถิ่นมากขึ้น ทั้งนี้เพราะอาชีพเกษตรกรของครัวเรือนมีความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการที่จะทำให้ครอบครัวมีรายได้คือการสนับสนุนให้ประชากรวัยทำงานออกไปทำงานต่างถิ่น

7.1.1.3 ด้านสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลได้ว่า เนื่องจากผู้สูงอายุในหมู่บ้าน ส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาเป็นอย่างดีจึงทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเอง และผู้สูงอายุมีการตรวจเช็คสุขภาพประจำปีของตนเองอย่างสม่ำเสมอร่วมกับทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ได้มีการจัดโครงการชมรมผู้สูงอายุและโรงเรียนผู้สูงอายุขึ้นร่วมกับชุมชนและเทศบาลตำบลท่าพระ ซึ่งสอดคล้องกับ พิมพิสุทธิ์ บัวแก้ว และ รติพร ถึงฝั่ง (2559) ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พบว่าการดูแลสุขภาพ คือ การกระทำของบุคคลที่ทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อประโยชน์

แก่สุขภาพของตน โดยตัวชี้วัดการดูแลสุขภาพนั้น ได้แก่ การมีวินัยในการเข้ารับการตรวจสุขภาพ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ โดยคำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการ หลีกเลี่ยงการดื่มสุราและสูบบุหรี่

7.1.2 การสนับสนุนทางด้านสังคม

7.1.2.1 ด้านการเงิน พบว่าผู้สูงอายุมีสภาพทางการเงินอยู่ในระดับปานกลาง ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลได้ว่า เนื่องจาก ผู้สูงอายุไม่มีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุไม่ได้ทำงานทำให้รายได้ลดน้อยลง ในขณะที่รายจ่ายเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากต้องใช้จ่ายเกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านการดูแลสุขภาพที่เสื่อมลงจึงก่อให้เกิด ปัญหาทางการเงิน ผู้สูงอายุหาวิธีแก้ไขปัญหาโดยการกู้เงินนอกระบบ ผู้สูงอายุจึงมีปัญหาทางการเงิน ซึ่งสอดคล้องกับ เพ็ญประภา เบญจวรรณ (2558) ได้ศึกษาการเตรียมความพร้อมก่อนเกษียณอายุ พบว่าการเกษียณอายุก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ที่เกษียณอายุในหลายๆด้าน เนื่องจากต้องเข้าสู่ภาวะวัยสูงอายุ ซึ่งผลกระทบเหล่านั้นล้วนแล้วแต่มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของ ผู้เกษียณหรือแม้แต่การดำเนินชีวิตอย่างมาก ซึ่งผลกระทบด้านเศรษฐกิจ พบว่าผู้เกษียณอายุต้องออกจากงานเดิม ทำให้รายได้ลดน้อยลง รายได้พิเศษต่างๆ ก็หมดไปในขณะที่รายจ่ายเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากต้องมีรายจ่ายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่เสื่อมลงมากขึ้นจากเดิมจึงก่อให้เกิด ปัญหาทางเศรษฐกิจ

7.1.2.2 การมีส่วนร่วมการทำกิจกรรมกับครอบครัว พบว่า ผู้สูงอายุไม่ค่อยเข้าร่วมกิจกรรมกับครอบครัว ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลได้ว่าเนื่องจากครอบครัวมีการสนับสนุนให้ประชากรวัยทำงานออกไปทำงานนอกบ้านเพื่อเป็นการหารายได้



เลี้ยงครอบครัว จึงทำให้ผู้สูงอายุต้องดูแลตนเองเมื่อ บุตรหลานออกไปทำงานนอกบ้านจึงทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมกับครอบครัวน้อยลง ซึ่งสอดคล้องกับ ปิยพงษ์ บุญกว้าง และดุขฎิ อายุวัฒน์ (2560) ได้ศึกษาความมั่นคงของครัวเรือนแรงงาน ย้ายถิ่นในภาคอีสานไปทำงานต่างประเทศ พบว่า ประชากรวัยทำงานส่วนใหญ่ของคนภาคอีสานจะออกไปทำงานต่างถิ่นมากขึ้น ซึ่งทำให้บุตรหลานไม่สามารถอยู่ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้จะการกลับมาบ้าน ในช่วงเทศกาล ครอบครัวจะมีโอกาสทำกิจกรรมร่วมกันเพียงแค่ปีละ 1 ครั้ง จึงทำให้ขาดการทำกิจกรรมและการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ กับครอบครัว

7.1.3 การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

7.1.3.1 ความสามารถในการ ดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Functional assessment) Basic ADL (Barthel ADL index) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถดูแลตนเองได้ดี ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลได้ว่า ผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพตนเองเป็นอย่างดี ตระหนักถึงการดูแลสุขภาพของตนเอง รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ครบ 3 มื้อ ถูกสุขลักษณะ มีการตรวจสุขภาพเป็นประจำ ทำให้ผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่จึงทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพดีไม่มีโรคประจำตัว ซึ่งสอดคล้องกับ เพ็ญประภา เบญจวรรณ (2558) ได้ศึกษาการเตรียมความพร้อมก่อนเกษียณอายุ พบว่า ภาวะสุขภาพร่างกายเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องดูแลเอาใจใส่ต่อตนเองอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่วัยเด็กมาเรื่อยๆ ผู้ที่ใกล้จะเกษียณอายุควรได้มีการเตรียมตัวด้านสุขภาพร่างกายให้พร้อมเพื่อรับกับวัยสูงอายุ เพราะในวัยนี้ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงให้เห็นได้อย่างชัดเจน การดูแลสุขภาพด้วยดีมาอย่างต่อเนื่องจึง

เป็นสิ่งจำเป็นและจะ ช่วยให้สุขภาพวัยเกษียณอายุ ไม่ทรุดโทรมเร็วกว่าที่ควรจะเป็น เมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป ต้องเริ่มดูแลตัวเอง เอาใจใส่ไม่ปล่อยตัวเอง เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาทางสุขภาพที่จะตามมาเมื่อถึงวัยสูงอายุ

7.1.3.2 ความสามารถเชิง

ปฏิบัติดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL index) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลได้ว่า ผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพตนเองเป็นอย่างดี ตระหนักถึงการดูแลสุขภาพของตนเอง จึงทำให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเองได้และดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระในชุมชน

7.1.3.3 ด้านความเครียดและ

การปรับตัว พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการปรับตัวต่อความเครียดไม่ดี ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลได้ว่า เนื่องมาจากการสูงอายุ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลันต่อกิจวัตรประจำวันจากที่เคยปฏิบัติไปสู่การมีเวลาว่างมากขึ้น และในขณะเดียวกัน การที่ผู้สูงอายุได้ดูแลตนเองโดยไม่บุตรหลานคอยดูแล จึงทำให้ผู้สูงอายุนั้น รู้สึกว่าตนเองด้อยคุณค่า เนื่องมาจากอำนาจที่เคยมีอยู่หมดไป ซึ่งสิ่งเหล่านี้ถ้าผู้สูงอายุ ปรับตัวไม่ได้จะทำให้รู้สึกหงุดหงิด ซึมเศร้า คิดว่าตนเองหมดความหมาย ไม่มีคุณค่า ขาดความพึงพอใจต่อสภาพชีวิตในปัจจุบัน ซึ่งสอดคล้องกับการเงิน เพ็ญประภา เบญจวรรณ (2558) ได้ศึกษาการเตรียมความพร้อมก่อนเกษียณอายุ พบว่า การเกษียณอายุ เป็นภาวะการเปลี่ยนแปลงบทบาทและสถานภาพทาง สังคมอย่างฉับพลัน ถ้าไม่ได้มีการเตรียมใจไว้ล่วงหน้า มักจะประสบปัญหา ความเครียดและการปรับตัวไม่ได้ ซึ่งจะก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ ทำให้มีอาการมึนงงรุนแรงหงุดหงิด เหนงา ว่าเหว เบื่อหน่ายชีวิต มีความวิตกกังวล



7.1.4 การทำนายภาวะสุขภาพ

ของผู้สูงอายุ

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุบ้านหนองแวง หมู่ 8 ตำบลท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองเป็นอย่างดี มีความตระหนักและเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การตรวจสุขภาพเป็นประจำ รับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ แสดงให้เห็นการเตรียมความพร้อมการเข้าวัยผู้สูงอายุด้านร่างกายเป็นอย่างดี ดังนั้นการเตรียมตัวด้านร่างกายมีดังนี้ 1) ตรวจสุขภาพประจำปี อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อที่จะประเมินภาวะสุขภาพของตนเองได้ 2) รับประทานอาหารที่มีสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ซึ่งเป็นอาหารที่เคี้ยวง่าย ย่อยง่าย เน้นปลาและผักที่ 3) ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 10 แก้ว ควรดื่มน้ำหลังตื่นนอนตอนเช้า สัก 1-2 แก้ว จะช่วยขับถ่ายปัสสาวะและขับล้างของเสียออกจากทางเดินปัสสาวะ 4) ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที 5) นอนหลับอย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง และอยู่ในที่อากาศถ่ายเทสะดวก 6) ควรให้ร่างกายได้รับแสงแดดทุกวัน โดยเฉพาะช่วงเช้าหรือเย็นเพื่อกระตุ้นให้ร่างกายผลิตวิตามินดีที่ ทำให้ผิวหนังแข็งแรง จึงทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายดีกว่าสุขภาพจิต ถึงแม้ผู้สูงอายุจะได้รับการสนับสนุนทางด้านสังคมเป็นอย่างดีแต่ยังมีความรู้สึกที่ตนเองไม่ได้รับการใส่ใจ เนื่องจากผู้สูงอายุต้องดูแลกันเองลูกหลานต้องไปทำงานต่างถิ่นแสดงให้เห็นถึงด้านความเครียดการปรับตัวทางจิตใจของผู้สูงอายุ ร่วมกับผู้สูงอายุยังไม่มีการเตรียมความพร้อมเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุจะเข้าสู่วัยสูงอายุได้อย่างมีคุณภาพที่ดีนั้นต้องมีการเตรียม

ตัวด้าน จิตใจ มีดังนี้ 1) สร้างขวัญกำลังใจที่ดี ในการเผชิญหน้ากับวัยเกษียณ ยอมรับว่าการเกษียณเกิดกับทุกคนโดยใช้หลัก ธรรมะเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ และสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว 2) ฝึกตนให้เป็นคนใจกว้าง มองโลกในแง่ดีและหลายๆแง่มุม รู้จักปล่อยวาง เมื่อมีปัญหาแก้ปัญหาด้วยความมีสติและรู้จักควบคุมตนเอง 3) มีความสัมพันธ์อันดีกับเพื่อนต่างวัย อย่าหลีกเลี่ยง หรือแยกตัวออกมาอยู่โดดเดี่ยว บางครั้งเพื่อนต่างวัยจะทำให้รู้สึกมีชีวิตชีวา กระฉับกระเฉงขึ้น 4) พยายามทำกิจกรรมสร้างสรรค์ร่วมกับผู้อื่น เช่น การทำอาหารทำสวน เลี้ยงสัตว์ 5) สนใจหาความรู้ ฟังวิทยุ อ่านหนังสือพิมพ์ ติดตามเหตุการณ์ข่าวสารบ้านเมืองต่างๆ ไว้เสมอ ดังนั้นถ้าผู้สูงอายุทุกคนมีการเตรียมความพร้อมก่อนถึงวัยสูงอายุได้ในทุกด้านเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุจะเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ไม่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง ซึ่งสอดคล้องกับ ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุพึ่งตนเองได้ไม่ติดบ้านติดเตียง

7.2 ข้อเสนอแนะ

7.2.1 ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

7.2.1.1 ด้านเศรษฐกิจ ควรส่งเสริมในเรื่องรายได้ของประชากรวัยสูงอายุควรเรียนรู้ เรื่องการประกอบอาชีพให้ได้ผล กำไร หาอาชีพเสริมทำ และวัยก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ การฝากเงินไว้กับธนาคารเป็นประจำ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ

7.2.1.2 ด้านสังคม ควรส่งเสริม

ให้ประชากรก่อนวัยผู้สูงอายุพูดคุยล่วงหน้ากับลูกหลาน เมื่อตนเองแก่เฒ่าว่าใคร จะเป็นคนดูแล ควรส่งเสริมความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การปลูกฝังค่านิยม แก่ลูกหลานให้เคารพ ดูแลผู้สูงอายุ และ ส่งเสริมให้มีการติดตามข่าวสารทางสังคมโดยที่หน่วยงาน ภาครัฐสามารถส่งเสริมได้เอง ได้แก่ การเปิดข่าวสารทาง สังคม ผ่านทางเสียงตามสาย ผ่านทางคลื่นวิทยุชุมชน เพื่อให้ประชากรก่อนวัยสูงอายุ รู้ทันการเปลี่ยนแปลงทาง สังคม

7.2.1.3 นำเสนอ ข้อมูลเชิง

นโยบายให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลเพื่อจัดโครงการเสริมสร้างสุขภาพจิตในชุมชน

7.2.1.4 เป็นแนวทางในการ

นำเสนอข้อมูลระบบสุขภาพท้องถิ่นในการจัดการสุขภาพ

7.2.1.5 เป็นการต่อยอดในการ

พัฒนาการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุในสังคม

7.2.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

7.2.2.1 ควรมีการศึกษาการ

เตรียมความพร้อมก่อนวัยผู้สูงอายุควบคู่ไปพร้อมกับการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกมากขึ้น โดยเน้นประเด็นการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ วัยสูงอายุในแต่ละด้านและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ

7.2.2.2 การศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เป็นการศึกษาวิจัย ในเขตพื้นที่ของหนึ่งหมู่บ้านในชุมชนเมือง หากต้องการข้อมูลที่ครอบคลุม ควรทำการศึกษาวิจัยในเขตอื่น ๆ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบข้อแตกต่างในเรื่องของการดูแลพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

7.2.2.3 ควรมีการศึกษาวิจัย

พัฒนาต่อยอดในการดูแลผู้สูงอายุของชุมชนเมืองที่มีคุณภาพ

8. เอกสารอ้างอิง

1. กมล วิเศษงามปกรณัม และ วัชรวิ ศรีทอง. (2559). **ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลไผ่ท่าโพ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร**. พิษณุโลก; คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
2. กระทรวงสาธารณสุข. (2555). **การพยาบาลผู้สูงอายุ**. (ม.ป.พ.). 29-34.
3. ขวัญดาว กล่ำรัตน์. (2554). **ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย**. สำนักวิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยศิลปากร.
4. ชมพูนุท พรหมภักดี. (2556). **บทความวิชาการ. การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย**,3(16). 7-12.
5. เนตรดาว จิตโสภากุล. (2557). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ที่ 6 ตำบลบึงศาล อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก**.วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี, 6(3). 171-178.
6. บุญศรี นุเกตุ. (บรรณธิการ). (2550). **การพยาบาลผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี; บริษัท ยุทธวิธีนทร์การพิมพ์ จำกัด.



7. เบญจพร สว่างศรี และ เสริมศิริ แต่งงาม (2556). การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี. คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ.
 8. ปิยพงษ์ บุญกว้าง และ ดุษฎี อายุวัฒน์ . (2560). ความมั่นคงของครัวเรือนแรงงานย้ายถิ่นในภาคอีสานที่ไปทำงานต่างประเทศ. วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม.7 (2). 108-115.
 9. ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2555). การพยาบาลปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุการนำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น; โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
 10. พิมพ์พิสุทธิ์ บัวแก้ว และ รติพร ถึงฝั่ง. (2559). การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. วารสารสมาคมนักวิจัย, 21(2) . 94-109
 11. เพ็ญ ประภา เบญจวรรณ. (2558, มกราคม-มิถุนายน). การเตรียมความพร้อมก่อนเกษียณอายุ.วิชาการ. 2(1) : (85-88)
 12. ภรณ์ ตั้งสุรัตน์และวิมลฤดี พงษ์ศิริบุญ. (2558). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบางเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการและงานวิจัย, 20(1). 57-69
 13. สุภาวดี ไชยเดชาธร และคณะ. (2558). สุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมการนำชมรม ผู้สูงอายุ
- จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา, 21(1). 31-40
14. ฤทธิชัย แกมภาค และ สุภัชชา พันเลิศพาณิชย์ .(2559). รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย. การประชุมสัมมนาวิชาการ ราชภัฏนครสวรรค์วิจัย, (1). 975-987