



ปัจจัยการจูงใจในการดูแลรักษาสุขภาพที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
ในอำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี

FACTORS OF MOTIVATIONAL IN HEALTH CARE AFFECTING ELDERLY
SELF HEALTH CARE IN BAN SANG DISTRICT, PRACHINBURI PROVINCE

สุปรียา บุญคง

มหาวิทยาลัยบูรพา

2564

ปัจจัยการจูงใจในการดูแลรักษาสุขภาพที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
ในอำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี



สุปรียา บุญคง

งานนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาขารณศาสตรมหาบัณฑิต
คณะสาขารณศาสตร มหาวิทาลัยบูรพา

2564

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

FACTORS OF MOTIVATIONAL IN HEALTH CARE AFFECTING ELDERLY
SELF HEALTH CARE IN BAN SANG DISTRICT, PRACHINBURI PROVINCE



SUPREEYA BOONKONG

AN INDEPENDENT STUDY SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR MASTER OF PUBLIC HEALTH
FACULTY OF PUBLIC HEALTH
BURAPHA UNIVERSITY

2021

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมงานนิพนธ์และคณะกรรมการสอบงานนิพนธ์ได้พิจารณางาน
นิพนธ์ของ สุปรียา บุญคง จบนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
สาขารณศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมงานนิพนธ์

วิมล ใจดี

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

(อาจารย์ ดร. วิมล ใจดี)

คณะกรรมการสอบงานนิพนธ์

วิมล ใจดี

..... ประธาน

(อาจารย์ ดร. วิมล ใจดี)

อ.ย

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. คณย์ บวรเกียรติกุล)

วิมล ใจดี

..... กรรมการ

(ศาสตราจารย์ ดร. เอ็มอัชมา วัฒนบูรานนท์)

คณะสาขารณศาสตร้อนุมัติให้รับงานนิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรสาขารณศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยบูรพา

อ.ย *วิมล ใจดี*

..... คณบดีคณะสาขารณศาสตร

(รองศาสตราจารย์ ดร. ชูวดี รอดจากภัย)

วันที่ 23 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2564

59920445: สาขาวิชา: -; ส.ม. (-)

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ/ปัจจัยการดูแลสุขภาพในการดูแลรักษาสุขภาพ/การดูแลสุขภาพตนเอง

สุปรียา บุญคง : ปัจจัยการดูแลสุขภาพที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในอำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี. (FACTORS OF MOTIVATIONAL IN HEALTH CARE AFFECTING ELDERLY SELF HEALTH CARE IN BAN SANG DISTRICT, PRACHINBURI PROVINCE) คณะกรรมการควบคุมงานนิพนธ์: วัลลภ ใจดี ปี พ.ศ. 2564.

ผู้สูงอายุที่มีชีวิตอยู่มายาวนานอาจขาดการดูแลสุขภาพตนเองส่งผลต่อสุขภาพร่างกายทรุดโทรม จึงควรมีการดูแลสุขภาพในการป้องกันโรคและการสนับสนุนทางสังคม เพื่อช่วยให้มีการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองให้ดียิ่งขึ้น ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้ จึงศึกษาปัจจัยการดูแลสุขภาพในการดูแลรักษาสุขภาพที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 291 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด สูงสุด และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองด้วย สถิติ Multiple linear regression

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60 - 64 ปี อายุเฉลี่ย 66.4 (4.6) ปี อายุสูงสุด 79 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 60.8 โดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมสร้อยละ 60.8 การประกอบอาชีพเกษตรกรทำนา เลี้ยงปลา เลี้ยงกุ้ง ร้อยละ 38.3 รองลงมาอาชีพค้าขายร้อยละ 28.7 มีโรคประจำตัวร้อยละ 52.9 ผู้สูงอายุมีปัจจัยดูแลสุขภาพภายในในการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง คือการป้องกันการเจ็บป่วยโดยรวม มีค่าเฉลี่ย 76.46 (6.15) คะแนน โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.2 และปัจจัยสุขภาพภายนอกในการรักษาสุขภาพตนเอง คือการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม มีค่าเฉลี่ย 64.45 (8.57) คะแนน โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 75.6 และส่วนใหญ่มีการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 81.4 โดยมีค่าเฉลี่ย 63.9 (5.48) คะแนน

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยสุขภาพภายนอกที่เป็นการสนับสนุนทางสังคม มีค่า $B_{adj} = 0.249$ (95% CI = 0.178, 0.320) ปัจจัยสุขภาพภายในที่เป็นการป้องกันการเจ็บป่วย มีค่า $B_{adj} = 0.156$ (95% CI = 0.057, 0.255) โดยมีอายุและการมีโรคประจำตัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงควรมีการวางแผนการจัดกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุในเรื่องของการป้องกันโรคที่สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้และมีกิจกรรมส่งเสริมในด้านสุขภาพให้ผู้สูงอายุ เช่น การจัดชมรมผู้สูงอายุ

59920445: MAJOR: -; M.P.H. (-)

KEYWORDS: ELDERLY/ PROTECTION MOTIVATION/ DAILY LIFE CARE

SUPREEYA BOONKONG : FACTORS OF MOTIVATIONAL IN HEALTH CARE AFFECTING ELDERLY SELF HEALTH CARE IN BAN SANG DISTRICT, PRACHINBURI PROVINCE. ADVISORY COMMITTEE: WANLOP JAIDEE, 2021.

The elderly have lived a long time, may lack self-care, affecting their physical health deterioration. Thus, there should be incentives for disease prevention and social support. To help promote better self health care. Therefore, this research study about the motivation factors in health care affecting elderly self health care. The sample size of elderly people aged 60 years and over numbered people 291 respondents were randomly drawn from the elderly in Ban Sang district, Prachinburi. Beside, the data was collected by a structured interview method analyzed with descriptive statistics were used, such as percentage, mean, standard deviation, minimum, maximum and Analysis of factors affecting self health care by using multiple linear regression statistics.

The results of the study showed that the majority of the elderly were between 60 - 64 years old, with average age 66.4, standard deviation 4.6 years, maximum age 79 years. Furthermore, the most of marital status were 60.8% who lived with their spouses. Moreover, the main occupations were fish farming, shrimp farming with 38.3% followed by trading 28.7%. And have a congenital disease 52.9%. Elderly have a motivation factor in taking care of internal health to prevent the illness at a moderate level, which was 76.46%.(6.15), the majority score was at the moderate level of 73.2%, and the incentive factor for maintaining self-health outside. Overall, social support had an average of 64.45 (8.57) scores, with the majority being the low 75.6 %, and the majority of overall self-health care was 81.4 % low, with a mean 63.9 (5.48) points.

The analysis of factors influencing self health care of the elderly were social support external motive, $B_{adj} = 0.249$ (95% CI = 0.178, 0.320). (Internal factor) $B_{adj} = 0.156$ (95% CI = 0.057, 0.255). Age and comorbidities were statistically significant influencing factors. Such as organizing an elderly club.

กิตติกรรมประกาศ

งานนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก ดร.วัลลภ ใจดี อาจารย์ที่ปรึกษาที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำ ตลอดจนการแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วนและเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณอย่างยิ่ง ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธิ ที่ให้ความรู้ให้คำปรึกษา เสนอแนะ และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบรวมทั้งให้คำแนะนำในการแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพ นอกจากนี้ยังได้รับความอนุเคราะห์จาก สาธารณสุขอำเภอบ้านสร้าง และผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบ้านสร้าง อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยทำให้งานนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณบิดามารดาและครอบครัว ที่ให้การสนับสนุนและให้กำลังใจการศึกษาครั้งนี้เสมอตลอดจนประสบความสำเร็จการศึกษาในครั้งนี้

คุณค่าและประโยชน์ของงานนิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตาแด่บุพการี บรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่สำคัญทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้สำเร็จการศึกษาและประสบความสำเร็จมาตราบนับเท่าทุกวันนี้

สุปรียา บุญคง

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ญ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	3
สมมติฐานของการศึกษา.....	3
กรอบแนวคิดในการศึกษา.....	4
ประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษา	5
ขอบเขตของการศึกษา	5
นิยามศัพท์เฉพาะ	5
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
สภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ.....	8
ทฤษฎีผู้สูงอายุ.....	9
การจำแนกประเภทผู้สูงอายุ.....	9
การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้สูงอายุ	11
ปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการสูงอายุ	11
แนวคิดทฤษฎีการดูแลสุขภาพตนเอง	13

แนวคิดทฤษฎีการจูงใจในการรักษาสุขภาพ	18
แนวคิดและทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social support)	23
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	27
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา.....	33
รูปแบบการศึกษา.....	33
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	33
เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล	36
การสร้างแบบสอบถาม	39
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	40
การวิเคราะห์ข้อมูล	40
การพิทักษ์สิทธิ์ตัวอย่าง	41
บทที่ 4 ผลการศึกษา	42
ข้อมูลส่วนบุคคล	42
ปัจจัยการจูงใจในการดูแลรักษาสุขภาพ	44
การดูแลรักษาสุขภาพตนเอง.....	57
ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยจูงใจภายในและภายนอกในการดูแลรักษาสุขภาพที่มีผลต่อการดูแลรักษาสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ.....	62
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง	64
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายและข้อเสนอแนะ	65
สรุปผลการศึกษา.....	65
อภิปรายผล	66
ข้อเสนอแนะ	69
บรรณานุกรม	70
ภาคผนวก	73

ภาคผนวก ก	74
ภาคผนวก ข	88
ภาคผนวก ค	90
ประวัติย่อของผู้วิจัย	94

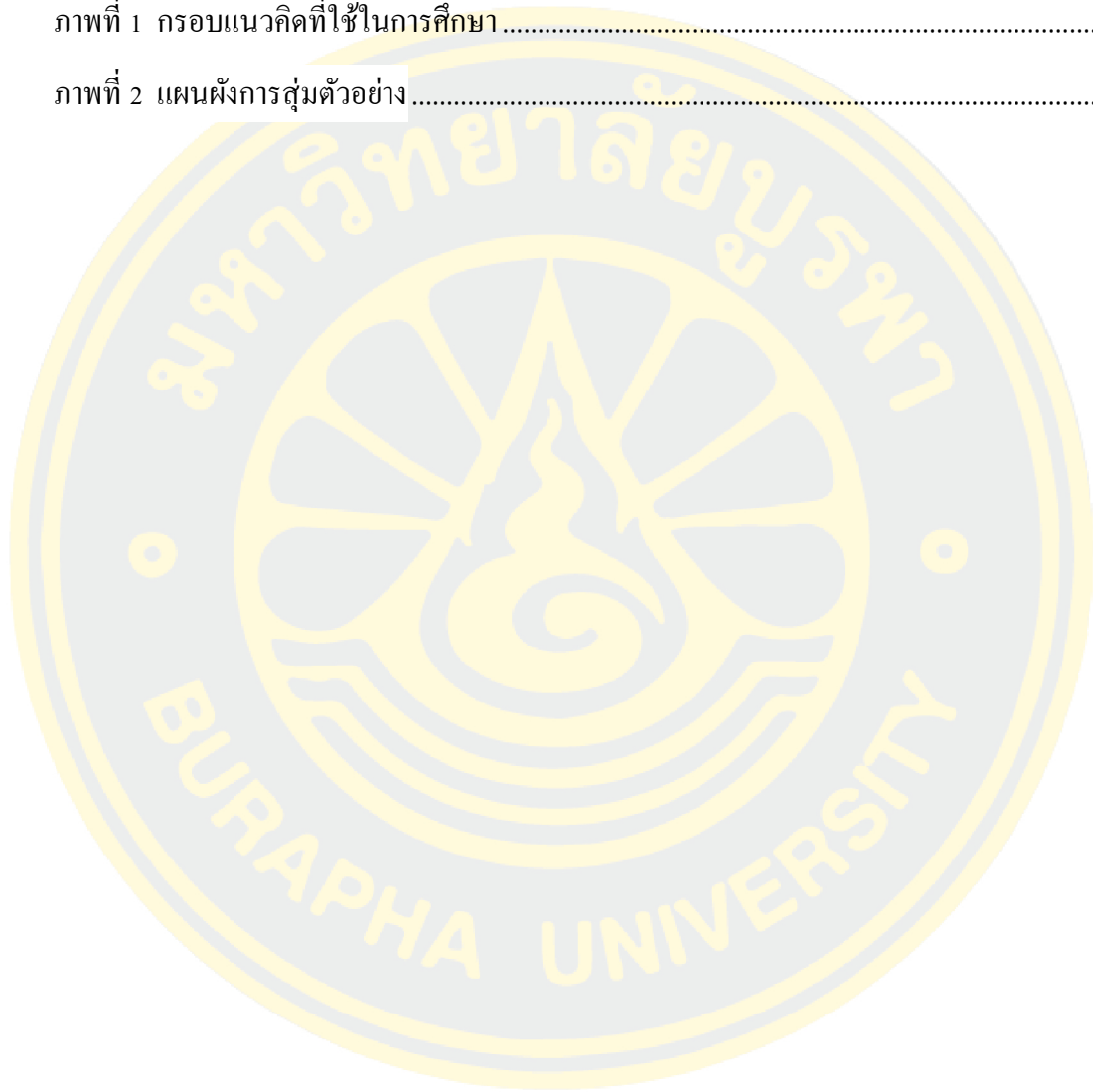


สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	43
ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามโรคประจำตัว.....	44
ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-สูงสุด และจำนวน (ร้อยละ) ของระดับ ความคิดเห็นจำแนกตามปัจจัยจูงใจภายในในการดูแลรักษาสุขภาพด้านการป้องกันการ เจ็บป่วย.....	45
ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามปัจจัยการจูงใจภายในในการดูแลรักษา สุขภาพด้านการป้องกันการเจ็บป่วย	46
ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-สูงสุด และจำนวน (ร้อยละ) ของระดับ ความคิดเห็นจำแนกตามปัจจัยจูงใจภายนอกในการดูแลรักษาสุขภาพด้านการสนับสนุน ทางสังคม.....	51
ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามปัจจัยการจูงใจภายนอกในการดูแลรักษา สุขภาพด้านการสนับสนุนทางสังคม	53
ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยทางสถิติและจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามการดูแลรักษาสุขภาพ ตนเอง.....	58
ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง.....	59
ตารางที่ 9 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์อย่างง่ายของปัจจัยกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ..	63
ตารางที่ 10 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้วย Multiple linear regression	64

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา.....	4
ภาพที่ 2 แผนผังการสุ่มตัวอย่าง.....	35



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การดูแลสุขภาพตนเองเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับคนทุกวัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ต้องกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือดูแลสุขภาพตนเองได้ เนื่องจากอวัยวะในร่างกายมีมานานกว่า 60 ปี ทำให้เกิดการเสื่อมของอวัยวะในร่างกาย ร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว และโรคเรื้อรัง ดังนั้นการดูแลสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างมาก โดยการดูแลสุขภาพจะประกอบด้วย 5 เรื่อง หลัก ๆ คือ 1) การมองเห็น จะเป็นการดูแลในเรื่องดวงตา สายตา โดยสังเกตว่าตนเองนั้นเป็นตาต้อเนื้อ ต้อกระจกหรือไม่ สายตายังมองเห็นได้ชัดเจนมากน้อยเพียงใด 2) การได้ยิน สังเกตตนเองว่ายังได้ยินเวลาคู่กับบุคคลอื่น หรือสามารถฟังเสียงทีวีและวิทยุได้ในระดับเดิมโดยไม่ต้องเพิ่มเสียง 3) การบริโภค อาหารที่บริโภคจะต้องเป็นอาหารที่มีประโยชน์ ลดหวานมัน เกล็ม ไขมัน 4) การทำกิจกรรม เป็นการดูแลในเรื่องของการเคลื่อนไหวร่างกาย สังเกตว่าตนเองสามารถเดินไปไหนมาไหนเองได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์เสริม การออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและกระดูก และ 5) การพักผ่อนนอนหลับ ผู้สูงอายุจะต้องพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ แต่ไม่จำเป็นที่จะต้องนอนยาวติดต่อกันหลายชั่วโมง อาจจะแบ่งเวลานอนแต่โดยรวมใน 24 ชั่วโมง ผู้สูงอายุได้พักผ่อนนอนหลับ อย่างน้อย 7-8 ชั่วโมง (Orem, 2001)

ดังนั้นหากละเลยด้านการมองเห็นก็อาจจะทำให้เราสูญเสียการมองเห็น เมื่อมองไม่เห็นก็จะทำให้ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เสียโอกาสและต้องมีผู้มาคอยดูแล และอาจจะเสียค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เพิ่มขึ้น หากสูญเสียการได้ยิน ก็จะสื่อสารลำบาก ทำให้ไม่อยากออกไปพบปะเพื่อนบ้านเนื่องจากไม่ได้ยิน คู่กันไม่รู้เรื่อง คนที่คุยด้วยจะต้องพูดเสียงดัง การบริโภคเป็นสิ่งสำคัญไม่แพ้ไปกว่าด้านอื่น ๆ เพราะเมื่อรับประทานอะไรไม่อร่อย รับประทานไม่ค่อยได้ หรือรับประทานอาหารที่มีไขมันหรือน้ำตาลสูง ๆ ก็จะทำให้เสี่ยงเป็นโรคต่าง ๆ เพิ่มขึ้นหรือที่เป็นโรคอยู่แล้วก็จะทำให้โรครมีความรุนแรงขึ้นอาจจะถึงขั้นพิการ อัมพฤกษ์ และเสียชีวิตเร็วกว่าที่ควร เมื่อตามองไม่เห็น หูไม่ได้ยิน การเคลื่อนไหวที่ลำบากมากขึ้น ตามอายุที่มากขึ้น กระดูกต่าง ๆ ในร่างกายเริ่มเสื่อมสภาพลง อาจจะเกิดการแตกหักของกระดูกเมื่อเกิดการหกล้ม ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ลดลง และสุดท้ายการพักผ่อนนอนหลับ ที่เป็นปัญหาสุขภาพที่ดูเหมือนจะเล็ก แต่จะปัญหาที่กังวลใจมาก ก็นอนหลับได้เพียงสั้น ๆ ไม่กี่ชั่วโมงก็ตื่นหรือตื่นขึ้นมากกลางดึกแล้วนอนไม่หลับจนถึงเช้า ซึ่งอาการเหล่านี้จะทำให้

ให้ร่างกายพักผ่อนไม่เพียงพอ เกิดอาการเวียนศีรษะ และความเครียดตามมา จึงทำให้ร่างกายอ่อนแอเจ็บป่วยในที่สุด (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2560)

จากแนวคิดทฤษฎีของคุณและโรเจอร์ (Dunn & Rogers, 1986) พบว่า การกระตุ้นให้เกิดความกลัวโดยเน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้ หรือประสบการณ์ทางสุขภาพและการให้ความสำคัญกับโรคและความเจ็บป่วยที่มาคุกคามสุขภาพอยู่นั้น บังคับจิตใจต่าง ๆ ที่เป็นผลให้ความเพิ่มหรือลดลงของการตอบสนองของผู้สูงอายุต่อสิ่งที่คุกคามทางสุขภาพ บังคับที่อาจส่งผลเพิ่มหรือลดของการตอบสนองอาจเป็นได้ทั้งบังคับภายในหรือภายนอก ร่างกายของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับการรับรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรคติดต่อกระจกในผู้สูงอายุ จังหวัดยะลา การศึกษาค้นคว้าเป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับการรับรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรคติดต่อกระจกในผู้สูงอายุทั้งรายด้าน โดยรวมและหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ และ ลักษณะครอบครัว กับการรับรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรคติดต่อกระจกในผู้สูงอายุผู้สูงอายุในเขต อำเภอเมือง จังหวัดยะลา โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 385 คน ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน พบว่า การรับรู้สุขภาพ เกี่ยวกับโรคติดต่อกระจกในผู้สูงอายุ พบว่า การรับรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรคติดต่อกระจกในผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดี แต่การรับรู้สุขภาพในด้านารรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ด้าน การรับรู้ความรุนแรงของโรค และด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันยังไม่ดีเท่าที่ควร (ดวงใจ เปลี่ยนบำรุงและปาริฉัตร อุทัยพันธ์, 2560)

ในประเทศไทยมีผู้สูงอายุทั้งหมดจำนวน 11,627,130 คน คิดเป็นร้อยละ 17.57 ของจำนวนประชากรทั้งหมด (สถิติผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2563) จังหวัดปราจีนบุรี มีจำนวนประชากรทั้งหมด 425,426 คน จากประชากรทั้งหมดมีผู้สูงอายุจำนวน 74,795 คิดเป็นร้อยละ 17.58 ของประชากรทั้งหมด (สถิติประชากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี, 2563) โดยอำเภอบ้านสร้างมีประชากร 23,897 คน จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 4,427 คน คิดเป็นร้อยละ 18.52 ของจำนวนประชากรทั้งหมด (สถิติประชากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี, 2563)

จากสถานการณ์ผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลง ทางด้านร่างกายและลดบทบาทลง จากการเสื่อมลงของร่างกายทำให้ผู้สูงอายุจะต้องอยู่บ้าน ไม่ค่อยอยากออกไปไหน เนื่องจากปัญหาทางด้าน การเคลื่อนไหวร่างกายลำบาก การมองเห็นที่มักจะมองไม่ค่อยเห็น ทำให้ผู้สูงอายุไม่ค่อยจะดูแลรักษาสุขภาพ เพราะว่าคิดว่าปล่อยให้เป็นไปตามอายุขัย

ผู้วิจัยได้มองเห็นความสำคัญของการรักษาสุขภาพที่ได้กล่าวมาข้างต้นจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยการสนใจในการรักษาสุขภาพที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในตำบลบางยาง และตำบลบ้านสร้าง อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี เพื่อที่จะนำข้อมูลที่ได้ มาพัฒนาเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุและประคับประคองผู้สูงอายุให้มีความสุขไปจนวาระสุดท้ายของชีวิต

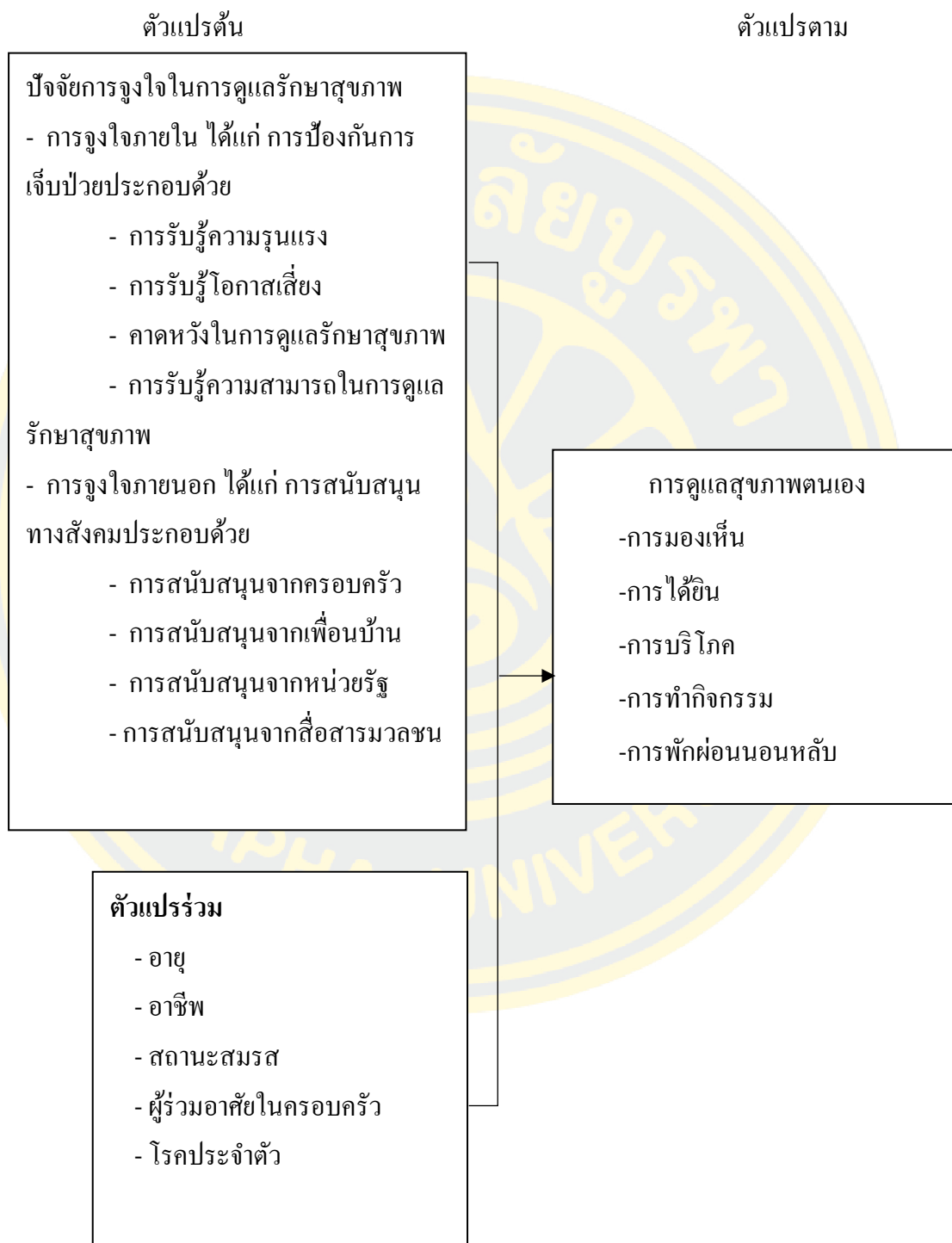
วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาปัจจัยการสนใจทั้งภายในภายนอกในการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี
2. เพื่อศึกษาการดูแลรักษาสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในอำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี
3. เพื่อศึกษาปัจจัยการสนใจทั้งภายในและภายนอกในการดูแลรักษาสุขภาพที่มีผลต่อการดูแลรักษาสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในอำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี

สมมติฐานของการศึกษา

ปัจจัยการสนใจภายในและภายนอกในการดูแลรักษาสุขภาพที่มีผลต่อการดูแลรักษาสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกันในเชิงบวก

กรอบแนวคิดในการศึกษา



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษา

สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการจัดกิจกรรมสร้างความตระหนักรู้เพื่อผู้สูงอายุ มองเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพ

ขอบเขตของการศึกษา

ประชากรเป้าหมาย ได้แก่ บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่อยู่อาศัยในอำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี สัญชาติไทย สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี สามารถตอบคำถามได้ และมีคะแนน Activities of Daily Living (ADL) ตาม แบบประเมินคัดกรองแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (สำนักอนามัยผู้สูงอายุกรมอนามัย , 2561) โดยมีคะแนน 12 คะแนนขึ้นไป ซึ่งจัดเป็นผู้สูงอายุกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม)

ตัวแปรตาม คือ การดูแลสุขภาพตนเองประกอบด้วย 5 ด้าน คือ การมองเห็น การได้ยิน การบริโภค การทำกิจกรรม การพักผ่อนนอนหลับ ตามทฤษฎีของโอรัม (Oram , 2001)

ตัวแปรอิสระ คือ การสนใจในการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย การสนใจภายใน ได้แก่ แรงจูงใจในการป้องกันโรคตามทฤษฎีของโรเจอร์ (1986) แบ่งออกเป็น 4 การรับรู้ด้วยกันคือ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในการรักษาสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเองในการรักษาสุขภาพ และการสนใจภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมตามทฤษฎีของเฮาส์ (House,1981) แบ่งออกเป็น 4 อย่างด้วยกันคือ การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน การสนับสนุนจากหน่วยรัฐ การสนับสนุนจากสื่อสารมวลชน

ตัวแปรร่วม คือ ข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย 5 ข้อ อายุ อาชีพ สถานะสมรส ผู้อาศัยอยู่กัน โรคประจำตัว

ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล อยู่ในระหว่างตั้งแต่เดือนตุลาคม ถึง เดือนธันวาคม

2563

นิยามศัพท์เฉพาะ

อายุ หมายถึง อายุปัจจุบันของผู้สูงอายุที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจากมีหน่วยเต็มปี
อาชีพ หมายถึง การประกอบอาชีพต่าง ๆ ที่หารายได้ให้กับตนเองและครอบครัว

สถานะสมรส หมายถึง การมีสถานะภาพ โสดอยู่คนเดียว หรือมีคู่สมรสแต่หย่าร้างหรือคู่สมรสเสียชีวิตไปแล้ว หรือมีสถานะภาพสมรสและยังอยู่ด้วยกัน

ผู้ร่วมอาศัยอาศัยในครอบครัว หมายถึง ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับสามีภรรยา ครอบครัว ญาติพี่น้อง ลูกหลาน หรืออาศัยอยู่คนเดียวเพียงลำพัง

โรคประจำตัว หมายถึง โรคที่ต้องไปตรวจรักษาและรับยาอยู่เป็นประจำทุกเดือน โดยจะต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เท่านั้น

การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การสังเกต การเห็นความสำคัญ และการจัดการป้องกัน หรือไปรับบริการเมื่อมีอาการผิดปกติ จนไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้เอง ตามตามทฤษฎีของโอรัม (Oram, 2001) ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การบริโภค การทำกิจกรรม และการพักผ่อนนอนหลับดังนี้

- **การมองเห็น** หมายถึง การพบว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้นกับดวงตาหรือการมองเห็น หลีกเลียงจากที่ที่มีแสงแดดจ้า จัดการแสงสว่างภายในบ้านให้เพียงพอ ตรวจสอบตาโดยแพทย์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

- **การได้ยิน** หมายถึง มีอาการหูดับ ปวดหู มีน้ำหนวกไหล มีกลิ่นเหม็นเน่า ได้ยินเสียงเมื่อถูนีวระหว่างนิ้วหัวแม่มือกับนิ้วชี้ใกล้ใบหู การใช้สำลีและไม้แคะหู ตรวจสอบการได้ยินอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

- **การบริโภค** หมายถึง หลีกเลียงการรับประทานอาหารประเภทที่มีไขมันหรือเนื้อสัตว์ติดมัน รับประทานผักผลไม้แทนขนมหวาน ไม่ดื่มสุรา สูบบุหรี่

- **การทำกิจกรรม** หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ เช่น การลุกนั่งได้เองโดยไม่จับสิ่งของช่วยพยุง ไม่ใช้ไม้เท้าเวลาเดินทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน และไปพบแพทย์เมื่อมีอาการปวดหัวเข่า ปวดกล้ามเนื้อ

- **การพักผ่อนนอนหลับ** หมายถึง ตนเองมีอาการอ่อนเพลียพักผ่อนไม่เพียงพอ จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมเพื่อการพักผ่อนนอนหลับ สวดมนต์ก่อนนอนและนั่งสมาธิเพื่อให้จิตใจสงบ หลีกเลียงการดื่มชา กาแฟ

การจงใจการดูแลรักษาสุขภาพ หมายถึง การมีแรงกระตุ้น หรือแรงขับภายในตนเองให้เกิดการรักษาสุขภาพของตนเอง ไม่ปล่อยให้ตัวเองเจ็บป่วยหรือเกิดโรคได้ ประกอบไปด้วยการจงใจทั้งภายในและภายนอกที่ส่งผลให้เกิดการดูแลตนเอง

- **การจงใจภายในการดูแลรักษาสุขภาพ** หมายถึง ภายใต้อัจฉริยะของผู้สูงสามารถจงใจและรับรู้ว่า หากดูแลรักษาสุขภาพตนเองจะทำให้มีสุขภาพที่แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ (Dunn & Rogers, 1986) จึงเป็นการป้องกันการเจ็บป่วยมี 4 องค์ประกอบดังนี้

- **การรับรู้ความรุนแรง** หมายถึง หากผู้สูงอายุไม่มีการดูแลรักษาดวงตาอาจจะทำให้เกิดโรคต้อลม ต้อเนื้อ และต้อกระจก จนทำให้สูญเสียการมองเห็นได้

- การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง หากผู้สูงอายุรับประทานอาหารรสหวาน มัน เค็ม ผู้สูงอายุจะเสี่ยงต่อการเป็น โรคเรื้อรัง ได้ เช่น โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง

- คาดหวังในการรักษาสุขภาพ หมายถึง ผู้สูงอายุคาดหวังว่าการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้ง 5 ด้านนั้นจะนำไปสู่สุขภาพที่ดี ชะลอความชราและการเสื่อมลงของอวัยวะในร่างกาย

- การรับรู้ความสามารถในการรักษาสุขภาพ หมายถึง ผู้สูงอายุสามารถดูแลรักษาสุขภาพตนเองในด้านการมองเห็น การได้ยิน การบริโภค การทำกิจกรรม การพักผ่อนนอนหลับ ได้เป็นอย่างดี

การจงใจภายนอกการดูแลรักษาสุขภาพ หมายถึง บุคคลที่เป็นครอบครัวเดียวกับผู้สูงอายุญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่หน่วยงานรัฐ ได้แนะนำจิตใจให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของการดูแลรักษาสุขภาพตนเองในชีวิตประจำวันได้ เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง อยู่กับลูกหลานไปนาน ๆ (House, 1981) จึงเป็นการสนับสนุนทางสังคม

- การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมที่มาจากหน่วยงานรัฐที่มีให้คำแนะนำในการดูแลรักษาสุขภาพ ให้สิ่งของหรือรางวัลให้กับผู้สูงอายุที่สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดี ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้

- การสนับสนุนจากครอบครัว หมายถึง ผู้ที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด เช่น พ่อแม่เดียวกัน หรือพี่น้องคนละพ่อคนละแม่ ลูก หลาน ให้คำแนะนำด้านการมองเห็น การได้ยิน การบริโภค การทำกิจกรรม การพักผ่อนนอนหลับ

- การสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน หมายถึง ผู้ที่มีความสนิทสนมอยู่บ้านใกล้เคียงและคอยมาเยี่ยมเยียน ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ ปรึกษาในด้านการมองเห็น การได้ยิน การบริโภค การทำกิจกรรม การพักผ่อนนอนหลับ

- การสนับสนุนจากหน่วยรัฐ หมายถึง เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานรัฐเข้ามาช่วยเหลือในเรื่องของการดูแลรักษา ให้ความรู้คำแนะนำ และข้อมูลที่ถูกต้องด้านการมองเห็น การได้ยิน การบริโภค การทำกิจกรรม การพักผ่อนนอนหลับ

- การสนับสนุนจากสื่อสารมวลชน หมายถึง ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลสุขภาพทางด้านการมองเห็น การได้ยิน การบริโภค การทำกิจกรรม การพักผ่อนนอนหลับ จากสื่อวิทยุ สื่อโทรทัศน์และสื่อสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ ที่อยู่ใกล้ตัว

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยการมุ่งใจในการรักษาสุขภาพที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในอำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี ผู้วิจัยได้กำหนดแนวคิดในการศึกษา โดยรวบรวมจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวิจัยโดยครอบคลุมเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. สภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
3. แนวคิดและทฤษฎีการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ
4. ปัจจัยการมุ่งใจในการดูแลสุขภาพ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

ปัญหาของผู้สูงอายุการเปลี่ยนแปลงธรรมชาติของมนุษย์เมื่อมีอายุมากขึ้น ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุมีความเสื่อมของร่างกายจะมีมากกว่าความเจริญทำให้อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายทั่วไปอ่อนแอ และเกิดโรคได้ง่าย แต่อย่างไรก็ตามความเสื่อมหรือการเปลี่ยนแปลงจะแตกต่างกันในแต่ละคน ขึ้นอยู่กับเชื้อชาติ กรรมพันธุ์ วิธีการดำรงชีวิต อาหารการกิน สภาพเศรษฐกิจและสังคม โดยทั่วไปเราถือว่าผู้สูงอายุคือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป แต่ในทางปฏิบัติจะนับตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ถือเป็นระยะสุดท้ายของพัฒนาการแห่งชีวิต และการเปลี่ยนแปลงส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นในช่วงนี้มักเป็นไปในทางเสื่อมลง โดยแบ่งการเปลี่ยนแปลงเป็น 3 ด้านหลัก คือ ด้านร่างกาย ได้แก่ ผิวหนังเหี่ยวย่น สีผิวเปลี่ยนมักเกิดจุดด่าง-ขาว หรือตกรัศ คันตามผิวหนังเนื่องจากผิวแห้ง เส้นเลือดฝอยแตกง่าย ทำให้มีรอยฟกช้ำ ตามตัวได้ง่าย ผมและขน จะเปลี่ยนเป็นสีขาว มักหลุดร่วงง่าย กล้ามเนื้อและกระดูกไม่แข็งแรง ทำให้เคลื่อนไหวได้ช้า เมื่อเกิดอุบัติเหตุเล็ก ๆ น้อย ๆ กระดูกมักหักได้ง่าย บางรายที่กระดูกหลังเสื่อมมากจะเห็นมีลักษณะหลัง โค้งการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายลดลง ส่วนหนึ่งเกิดจากเลือดไหลเวียนไปยังอวัยวะ ดังกล่าวได้น้อยลง สมองสังการซ้ำจำเรื่องใหม่ได้น้อยลง คิดช้าลง ประสาท สัมผัส หึ่งห่า การรับรู้ทาง ตา หู จมูก ลิ้น และสัมผัส ต่าง ๆ ทางผิวหนังน้อยลง ระบบย่อยอาหาร การขับถ่ายลดลง การรับรู้รสของลิ้นน้อยลง มีผลให้เบื่ออาหาร ท้องอืดและท้องผูก ระบบไหลเวียน เลือด เลือดขึ้น มากขึ้น ทำให้การไหลเวียนลดลง

หลอดเลือดแข็งตัวมากขึ้นทำให้หัวใจต้องสูบฉีด เลือดแรงขึ้น ในขณะที่ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง มีผลให้เกิดอาการหัวใจล้มเหลว หรือ โรคของเส้นเลือด เช่น ความดันโลหิตสูงได้ง่าย ตับและไต ขับถ่ายของเสียออกจากร่างกายได้ช้า ฮอโมนต่อมผลิตฮอโมนต่าง ๆ เสื่อมไป (สุวรรณา วงศ์เพียง, 2555)

ทฤษฎีผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุโดยยึดเกณฑ์ในการพิจารณา 4 เกณฑ์ ดังนี้

1. อายุจริงที่ปรากฏ (Chronological aging) หมายถึง การสูงอายุที่พิจารณาจากอายุนับตามจำนวนปีตามปฏิทินตั้งแต่กำเนิดจนปัจจุบัน
2. ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย (Psychological or biological aging) โดยพิจารณาการสูงอายุตามกระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายตามอายุที่มากขึ้น
3. ลักษณะการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ (Psychological aging) โดยพิจารณาการสูงอายุจากการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ สติปัญญา (Cognitive function) และการเรียนรู้ที่ลดลงตามอายุที่มากขึ้น
4. บทบาทสังคม (Sociological aging) โดยการสูงอายุพิจารณาจากการลดลงของบทบาททางสังคม การทำงาน หรือการเปลี่ยนแปลงบทบาทสังคม ซึ่งรวมถึงหน้าที่และปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

จากสมัชชาโลกผู้สูงอายุที่กรุงเวียนนา พ.ศ. 2525 ได้มีมติว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง ต่อมาเมื่อประเทศไทยมีพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ได้กำหนดว่า “ผู้สูงอายุ” หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย (รศรินทร์ เกรย์ อุมารณณ์ ภัทรวาณิชย์ เฉลิมพล แจ่มจันทร์ และเรวดี สุวรรณนพเก้า, 2556) สำหรับองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2016) ได้ให้นิยามผู้สูงอายุในประเทศที่กำลังพัฒนาแล้ว นิยามผู้สูงอายุ หมายถึงบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

การจำแนกประเภทผู้สูงอายุ

การจำแนกประเภทหรือกลุ่มผู้สูงอายุสามารถจำแนกได้หลายประเภทตามเกณฑ์ที่ใช้ เช่นการจำแนกประเภทโดยยึดตามระดับการพึ่งพาหรือการจำแนกตามช่วงอายุ ออกเป็นกลุ่มต่าง ๆ ได้ดังนี้

1. การจำแนกผู้สูงอายุตามวัย (สำนักงานสถิติและสังคมแห่งชาติ, 2557) แบ่งผู้สูงอายุตามอายุเป็น 3 กลุ่มคือ ช่วงอายุ 60-69 ปี คือผู้สูงอายุวัยต้น (Early old age) ช่วงอายุ 70-79 ปี คือผู้สูงอายุวัยกลาง (Middle old age)

2. การจำแนกผู้สูงอายุตามภาวะพึ่งพิง มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดบริการให้สอดคล้องและ การวางแผนการป้องกันภาวะพึ่งพิง ซึ่งเกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activity daily living) ได้แก่ การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การอาบน้ำชำระร่างกาย การแต่งตัว และการเคลื่อนไหวไปมาภายในบ้าน โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยปัจจัยที่สำคัญของภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุคือการเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกายตามอายุที่มากขึ้น ร่วมกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง ภาวะพึ่งพิงนำมาซึ่งความต้องการการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นบุคคลในครอบครัว การจำแนกผู้สูงอายุตามระดับพึ่งพิง สามารถแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้ (วรรณภา ศรีธัญรัตน์และลัดดา คำภิการเลิศ, 2553)

2.1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้หรือติดสังคม หมายถึง ผู้สูงอายุที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างอิสระ สามารถทำกิจวัตรประจำวันในบ้านและกิจวัตรประจำวันนอกบ้านได้ นอกจากนี้ยังรวมถึงผู้สูงอายุที่มีสุขภาพทั่วไปดี ไม่มีโรคเรื้อรัง หรือเป็นเพียงผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือเป็นผู้ที่มีโรคเรื้อรัง 1-2 โรค ที่ยังควบคุมโรคได้

2.2 ผู้สูงอายุพึ่งพิงปานกลางหรือกลุ่มติดบ้าน หมายถึง ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง หรือต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นเพียงบางส่วน มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคม และไม่สามารถออกไปทำกิจกรรมนอกจากนี้ยังรวมถึงผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้มีภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายหรือทางด้านจิตใจจนส่งผลต่อการรู้คิด การตัดสินใจ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในบ้าน

2.3 ผู้สูงอายุพึ่งพิงมากหรือกลุ่มติดเตียง หมายถึง ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ นั่ง/นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น ๆ ทั้งในเรื่องการเคลื่อนย้ายและการปฏิบัติกิจวัตรพื้นฐานประจำวันอื่น ๆ มีโรคประจำตัวทั้งที่ควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ มีการเจ็บป่วยเรื้อรังมายาวนาน และมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่

การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้สูงอายุ

ความชราเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเจริญเติบโตของร่างกาย กระบวนการที่ว่าเป็น การเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องของการเจริญเติบโตและพัฒนาการทางด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ และสิ่งแวดล้อม นอกจากนั้นยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการ เช่น นิสัยการรับประทานอาหาร ระดับความเครียด อาชีพ พฤติกรรมสุขภาพเป็นต้น ปัจจัยทั้งหมดที่กล่าวมานี้มี บางปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น พันธุกรรม แต่มีปัจจัยอีกหลายอย่างที่สามารถควบคุมได้

นักพฤฒาวิทยา เชื่อว่ากลไกของความชรามาจากกลไกภายในสิ่งมีชีวิตมากกว่าปัจจัย ภายนอกหรือสิ่งแวดล้อมเนื่องจากบรรดาสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมมีวิวัฒนาการมาจากต้นตอเดียวกันแต่ กลับมีช่วงอายุ (Life span) แตกต่างกันอย่างมากระหว่างกัน และไม่สามารถอธิบายได้ด้วยปัจจัยภายนอกหรือ สิ่งแวดล้อม (ทศพร คำผลศิริ, 2560)

ปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการสูงอายุ

ปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการสูงอายุดังนี้

1. ปัจจัยภายใน หมายถึงปัจจัยที่เกี่ยวกับตัวผู้สูงอายุโดยตรง เช่นภาวะสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพ ภาวะโภชนาการ ประสบการณ์ชีวิต ความเชื่อและวัฒนธรรม ปัจจัยภายในเหล่านี้ เป็นตัวกำหนดที่สำคัญต่อกระบวนการสูงอายุเนื่องจากความชรา เป็นกลุ่มของกระบวนการทาง ชีวภาพที่ถูกกำหนดโดยพันธุกรรม ซึ่งสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีความสูงอายุ ทั้งในระดับเซลล์ ระดับโมเลกุล และระดับอวัยวะ โดยมีการศึกษาเป็นจำนวนมากที่รายงานว่ามีการเปลี่ยนแปลงของ ร่างกายในทางเสื่อมลงและมีอัตราการเจ็บป่วยเพิ่มสูงขึ้น เช่นเดียวกันกับการได้รับสารพิษจาก สิ่งแวดล้อม การเป็นโรคหรือมีภาวะเครียด

2. ปัจจัยภายนอก หมายถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมและวิถีชีวิตรอบตัวผู้สูงอายุ เช่น ระดับการศึกษา เศรษฐกิจ และการเกษียณจากการทำงาน เป็นต้น ปัจจัยภายนอกดังกล่าวจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถพัฒนาทักษะและความมั่นใจในการปรับตัว และอยู่ได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นเมื่อ อายุมากขึ้น นอกจากนั้นการที่ผู้สูงอายุอ่านออกเขียนได้ มีรายได้เพียงพอรวมถึงมีเวลามากพอ ทำให้ มีแนวทางและมีสิ่งสนับสนุนที่เอื้อให้สามารถศึกษาค้นคว้าข้อมูลเพิ่มเติมและหาอุปกรณ์ช่วยเหลือ หรือสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่องได้

การเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการชราภาพ

การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย

ในวัยสูงอายุปะพบการเปลี่ยนแปลงได้ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม กระบวนการชราภาพเริ่มตั้งแต่แรกเกิด โยในระยะทารกการเจริญเติบโตจะเกิดเร็วที่สุดแต่จะค่อย ๆ

ช้าลงในวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ ความชราจะเกิดในระบบต่าง ๆ ของร่างกายด้วยความเร็วแตกต่างกัน การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เกิดจากกระบวนการชราภาพของระบบต่าง ๆ ในผู้สูงอายุมีดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ

มีการสลายของกระดูกมากกว่าการสร้าง ทำให้กระดูกบางลง มวลกระดูกลดลงอย่างช้า ๆ ประมาณร้อยละ 0.5 – 1 ต่อปี เกิดภาวะกระดูกพรุนได้ง่ายในเพศหญิง เนื่องจากมีการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนจะทำให้สูญเสียมวลกระดูกในอัตราที่สูงมากโดยเฉพาะใน 5 ปี แรกหลังหมดประจำเดือน จะสูญเสียถึงร้อยละ 2 – 4 ต่อปี นอกจากนั้นการที่ลำไส้ดูดซึมแคลเซียมได้น้อยลงทำให้การรักษาสมดุลของแคลเซียมผิดปกติ ส่งผลให้มีความผิดปกติของการเผาผลาญของเนื้อเยื่อกระดูกคือมีการสูญเสียเนื้อกระดูกมากขึ้นทำให้กระดูกหักได้ง่าย

ระบบประสาทและประสาทสัมผัส

ขนาดของสมองลดลง น้ำหนักสมองลดลงจำนวนเซลล์สมองและเซลล์ประสาทลดลง ประสิทธิภาพการทำงานของสมองน้อยลง ปฏิกริยาการตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ ลดลง การเคลื่อนไหวและ ความคิดเชิงซ้ำ ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ ความจำเสื่อมโดยเฉพาะเรื่องราวใหม่ ๆ แต่สามารถจำเรื่องราวเก่าได้ดี ความกระตือรือร้นน้อยลงความคิดอาจสับสนได้แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง เวลานอนน้อยลง เวลาตื่น มากขึ้น การมองเห็นไม่ชัดม่านตาเล็กลงปฏิกริยาการตอบสนองของรูม่านตาต่อแสงลดลง หนึ่งตาดก แก้วตาเริ่มขุ่นมัวเกิดต่อกระจกมอง ๆ กระจกตาจะมีไขมันมาสะสมเห็นเป็นวงสีขาวหรือเทาลานสายตา แคบ กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อม ความไวในการมองเห็นภาพลดลง สายตาวัยขึ้น มองภาพใกล้ไม่ชัด การมองเห็นในที่มืดหรือเวลากลางคืนไม่ดีต้องอาศัยแสงช่วยจึงจะมองเห็นได้ชัดขึ้น ความสามารถในการเทียบสีลดลง การผลิตน้ำตาลดลง ทำให้ตาแห้งและเกิดภาวะระคายเคืองต่อเยื่อตาได้ง่าย การได้ยินลดลง หูตึงมากขึ้น เนื่องจากการเสื่อมของอวัยวะในหูชั้นในมากขึ้น แก้วหูตึงมากขึ้น ระดับเสียงสูงจะเสียการได้ยินมากกว่าระดับเสียงต่ำ เสียงพูดของผู้สูงอายุเปลี่ยนไป เพราะมีการเสื่อมของ

ระบบทางเดินอาหาร

ช่องปากและฟัน เยื่อช่องปากบางลง แต่ยังสามารถแบ่งตัวเป็นปกติ น้ำลายจากต่อมน้ำลายลดลงบ้าง เนื้อฟันในผู้สูงอายุจะลดความทึบลง เหงือกกร่นลงจากคอฟัน เนื่องจากความเสื่อมของ alveolar bone ขณะที่กระดูกขากรรไกรหดลงเรื่อย ๆ ทำให้ฟันเริ่มโยกคลอนได้ง่าย และยิ่งเมื่อมีหินปูนมาเกาะเกิดการติดเชื้อซ้ำเติม เหล่านี้เป็นปัจจัยที่ทำให้ฟันร่วงก่อนอายุ 50 ปี และนำไปสู่ภาวะทุโภชนาการในที่สุด หลอดอาหาร การไหลผ่านของอาหารจากลำคอสู่กระเพาะอาหารช้าลง กระเพาะอาหาร น้ำย่อยจากกระเพาะอาหารลดความเป็นกรดลง ตับ น้ำหนักของตับจะลดลงถึง

ร้อยละ 25 จากอายุ 20 ปี ถึง 70 ปี เนื่องจากเซลล์ตับลดจำนวนลง ปริมาณเลือดที่ไหลเวียนผ่านตับ จึงลดได้ถึงร้อยละ 35 ปี จากอายุ 20 ปี ถึง 90 ปี ทำให้การกำจัดยาที่เข้าสู่ร่างกาย ช้าลง ผู้สูงอายุจึงมีความโน้มเอียงในการเกิดพิษจากยาและแอลกอฮอล์ได้ง่ายกว่าบุคคลทั่วไป ถ้าใส่ มีการเคลื่อนตัวช้าลง ทำให้ท้องผูกได้ง่าย ส่วนความสามารถในการดูดซึมอาหาร ไม่ลดลง โดยเฉพาะการดูดซึมไขมัน ไม่แตกต่างไปจากคนวัยหนุ่มสาว แต่การดูดซึมคาร์โบไฮเดรตและโปรตีนลดลงเล็กน้อย

แนวคิดทฤษฎีการดูแลสุขภาพตนเอง

ทฤษฎีดูแลตัวเอง (Self-care Theory)

เป็นแนวคิดที่อธิบายการดูแลตนเองของบุคคล และการดูแลบุคคลที่พึ่งพอก กล่าวคือ บุคคลที่มีวุฒิภาวะเป็นผู้ใหญ่และกำลังเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ มีการเรียนรู้ในการกระทำและผลของการกระทำเพื่อสนองตอบความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อหน้าที่ หรือ พัฒนาการของบุคคลเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก การกระทำดังกล่าวรวมไปถึงการกระทำเพื่อบุคคลที่ต้องพึ่งพาซึ่งสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลอื่น

แนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001, pp. 47-49) การดูแลตนเองเป็นรูปแบบหนึ่งของการกระทำอย่างจงใจและมี เป้าหมาย ซึ่งเกิดขึ้นอย่างเป็นกระบวนการประกอบด้วย 2 ระยะสัมพันธ์กัน คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการประเมินและตัดสินใจ ในระยะนี้บุคคลจะต้องหาความรู้และ ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และสะท้อนความคิด ความเข้าใจในสถานการณ์ และพิจารณาว่าสถานการณ์นั้นจะสามารถเปลี่ยนแปลงได้หรือไม่ อย่างไร มีทางเลือกอะไรบ้าง ผลที่ได้รับแต่ละทางเลือกเป็นอย่างไร แล้วจึงตัดสินใจที่จะกระทำ

ระยะที่ 2 ระยะของการกระทำและประเมินผลของการกระทำ ซึ่งในระยะนี้จะมีการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ซึ่งเป้าหมายมีความสำคัญเพราะจะช่วยกำหนดทางเลือกกิจกรรมที่ต้องกระทำและเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรม

วัตถุประสงค์หรือเหตุผลของการกระทำการดูแลตนเองนั้น โอเร็ม เรียกว่า การดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites) ซึ่งเป็นความตั้งใจหรือเป็นผลที่เกิดได้ทันทีหลังการกระทำ การดูแลตนเองที่จำเป็นมี 3 อย่าง คือ การดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไป ตามระยะพัฒนาการ และเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ ดังนี้

1. การดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล และการดูแลตนเอง

เหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์ และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไปมีดังนี้

1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ

1.1.1 บริโภคอาหาร น้ำ อากาศ ให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ผิดปกติ และคอยปรับตัวตามความเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก

1.1.2 รักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

1.1.3 หากความผิดปกติจากการหายใจ การดื่มน้ำ และการรับประทานอาหาร โดยไม่ทำให้เกิดโทษ

1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ

1.2.1 จัดการให้มีการขับถ่ายตามปกติทั้งจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม

1.2.2 จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขับถ่ายซึ่งรวมถึงการรักษาโครงสร้างและหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติและการระบายสิ่งผิดปกติจากการขับถ่าย

1.2.3 ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล

1.2.4 ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ

1.3 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

1.3.1 เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกายการตอบสนองทางอารมณ์ ทางสติปัญญา และมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม

1.3.2 รับรู้และสนใจถึงความต้องการการพักผ่อนและการออกกำลังกายของตนเอง

1.3.3 ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยม และกฎเกณฑ์จากขนบธรรมเนียมประเพณีเป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อน และการมีกิจกรรมของตนเอง

1.4 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

1.4.1 คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็นในการพัฒนาเพื่อเป็นที่พึ่งของตนเอง และสร้างสัมพันธภาพ กับบุคคลอื่นเพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น

1.4.2 ปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้าง เพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน

1.4.3 ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเอง และการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

1.5 ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ

1.5.1 สนใจและรับรู้ต่อชนวนอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น

- 1.5.2 จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจจะเป็นอันตราย
- 1.5.3 หลีกเลียงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่าง ๆ
- 1.5.4 ควบคุมหรือขจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิต และสวัสดิภาพ
- 1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด ภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง (Promotion of normalcy)
 - 1.6.1 พัฒนาและรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง
 - 1.6.2 ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง
 - 1.6.3 ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล (Health promotion & preventions)
- 1.6. ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้าง และหน้าที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง (Early detection)
 - 2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites)

เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโต เข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรค ต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้อง เพื่อการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่างคือ

 - 2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ดีช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในระหว่างที่
 - 2.1.1 อยู่ในครรภ์มารดา และการคลอด
 - 2.1.2 ในวัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ วัยชรา และในระยะตั้งครรภ์
 - 2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์ เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจาก
 - 2.2.1 การขาดการศึกษา
 - 2.2.2 ปัญหาการปรับตัวทางสังคม
 - 2.2.3 การสูญเสียญาติมิตร
 - 2.2.4 ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการพิการ
 - 2.2.5 การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต
 - 2.2.6 ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการที่จะต้องตาย

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย และจากการวินิจฉัย และการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้มี 6 อย่างคือ

3.1 แสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย

3.2 รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้และสนใจที่จะคอยปรับและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

3.5 ดัดแปลงอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง ตลอดจนความจำเป็นที่ตนเองต้องการความช่วยเหลือเฉพาะจากระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งการปรับบทบาทหน้าที่และการพึ่งพาคู่คนอื่น การพัฒนาและคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของตนเอง

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้งผลของ การวินิจฉัย และการรักษาในรูปแบบแผนการดำเนินชีวิต ที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริงซึ่งจะเห็นว่าการสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองในประเด็นนี้ จะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการตนเองในประเด็นอื่น ๆ เข้าด้วยกัน เพื่อจัดระบบการดูแลที่จะช่วยป้องกัน อุปสรรคหรือบรรเทาเบาบางผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัย และการรักษาต่อพัฒนาการของตนเอง

ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นมโนคติที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของมนุษย์ ซึ่งบุคคลที่มีคุณภาพดังกล่าวจะสร้าง หรือพัฒนาการดูแลตนเองได้ โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ คือ (Orem, 2001, pp. 258-265) 1) ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) 2) พลังความสามารถในการดูแลตนเอง (Power components: enabling capabilities for self-care) 3) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition)

1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) (Orem, 2001, pp. 258-260) เป็นความสามารถที่จำเป็น และจะต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ

1.1 การคาดการณ์ (Estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมาย และความ ต้องการในการปรับการดูแลตนเอง

1.2 การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถควร และจะกระทำเพื่อสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น

1.3 การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น

2. พลังความสามารถในการดูแลตนเอง (Power components: enabling capabilities for self-care) (Orem, 2001, pp. 264-265) โอเร็ม มองพลังความสามารถทั้ง 10 ประการนี้ ในลักษณะของตัวกลาง ซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเอง ไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป พลังความสามารถ 10 ประการนี้ ได้แก่

2.1 ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมใน-ภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง

2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอ สำหรับการริเริ่ม และการปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่ม หรือปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์ และต่อเนื่อง

2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแลตนเอง

2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ

2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

2.7 มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสม และเชื่อถือได้ สามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดการกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคลซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition) (Orem, 2001, pp. 264-265) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำ อย่างจงใจ (Deliberate action) โดยทั่ว ๆ ไป ซึ่งแบ่งออกเป็น

3.1 ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) กับความสามารถที่จะกระทำ (Doing) (ทางสรีระ และจิตวิทยาแบ่งเป็นการรับรู้ความรู้สึก การรับรู้ ความจำ และการวางแผนให้เหมาะสม เป็นต้น)

3.2 คุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ
ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย

3.2.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียนนับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผลและการใช้เหตุผล

3.2.2 หน้าที่ของประสาทรับรู้ความรู้สึก (Sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส

3.2.3 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง

3.2.4 การเห็นคุณค่าในตนเอง

3.2.5 นิสัยประจำตัว

3.2.6 ความตั้งใจ

3.2.7 ความเข้าใจในตนเอง

3.2.8 ความหวังใยในตนเอง

3.2.9 การยอมรับตนเอง

3.2.10 ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักจัดแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ

แนวคิดทฤษฎีการจูงใจในการรักษาสุขภาพ

ในการศึกษาเรื่องปัจจัยการจูงใจในการรักษาสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในอำเภอบ้านสร้างจังหวัดปราจีนบุรี จากที่ได้ทบทวนเอกสารรวมถึงงานวิจัยต่าง ๆ แล้ว จึงเลือกปัจจัยที่สนใจ และคาดว่าจะส่งผลต่อผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจัยในการจูงใจ มีทั้งภายในและภายนอก เพื่อให้ตรงกับ การศึกษาในครั้งนี้จึงนำทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection motivation theory) โดยโรเจอร์ (Roger, 1975) และได้รับการปรับปรุงแก้ไขนำมาใช้ใหม่อีกครั้งในปี พ.ศ. 2526 (Dunn & Rogers, 1986) ที่เป็นการจูงใจภายใน และการจูงใจภายนอก คือ ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social support) โดย (House, 1985) ดังต่อไปนี้

แนวคิดและทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection motivation theory)

ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมักมีครั้งแรกในปี พ.ศ. 2518 โดยโรเจอร์ (Roger, 1975) และได้รับการปรับปรุงแก้ไขนำมาใช้ใหม่อีกครั้งในปี พ.ศ. 2526 (Dunn & Rogers, 1986) โดยทฤษฎีนี้เกิดขึ้นจากความพยายามที่จะทำความเข้าใจในกฎเกณฑ์ของการกระตุ้นให้เกิดความกลัวโดยเน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้ หรือประสบการณ์ทางสุขภาพและการให้ความสำคัญกับที่มาของความและขบวนการของบุคคลเพื่อใช้ขบคิดแก้ปัญหาในสิ่งที่กำลังคุกคามอยู่นั้น การให้ความสำคัญแก่สิ่งที่กำลังคุกคาม จะหมายรวมถึงการประเมินปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นผลให้ความน่าจะเป็นของการเพิ่มหรือลดลงของการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งที่มาคุกคามทางสุขภาพ ปัจจัยที่อาจส่งผลเพิ่มหรือลดของการตอบสนองอาจเป็นได้ทั้งปัจจัยภายในหรือภายนอก ร่างกายบุคคล เช่น

1. ความรุนแรงของโรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคาม (Noxiousness)
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือสิ่งที่กำลังคุกคาม (Perceived probability)
3. ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response efficacy)

และจากองค์ประกอบหรือตัวแปรที่ทำให้เกิดความกลัว จะทำให้เกิดสื่อกลางของกระบวนการทางการรับรู้ในด้าน คือ

1. ทำให้เกิดการรับรู้ในความรุนแรง จนสามารถประเมินความรุนแรงได้
2. ทำให้เกิดการรับรู้ในการทบทวนสถานการณ์และเกิดความคาดหวังในการทบทวนสถานการณ์
3. ทำให้เกิดการรับรู้ในความสามารถในการตอบสนองทบทวนสถานการณ์

ทั้งหมดนี้ทำให้เกิดแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และความตั้งใจที่จะตอบสนองในที่สุด

ต่อมาในปี พ.ศ. 2526 ได้มีการเพิ่มตัวองค์ประกอบตัวที่ 4 คือ ความหวังในประสิทธิผลตน สาธารณะของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ความรุนแรงของโรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคาม การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคจะเกิดขึ้นได้เมื่อใช้สื่อกระตุ้นให้เกิดความกลัวมากกว่าการใช้สื่อกระตุ้นตามปกติ แต่การกระตุ้นให้กลัวจะต้องอยู่ในระดับที่เหมาะสม ไม่ควรสูงมากเกินไป มิฉะนั้นจะปิดกั้นการรับรู้ของบุคคลนั้น

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือสิ่งที่กำลังคุกคาม จะขึ้นกับการตัดสินใจของแต่ละบุคคลว่าการไม่ปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายเฉพาะโรค จะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อโรค ส่วนการตัดสินใจได้นั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบอื่นด้วย เช่น ความรุนแรงของโรคเป็นต้น ความคาดหวังในประสิทธิผลการตอบสนองเป็นการเสนอข้อมูลข่าวสารเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรค ถ้าบุคคลได้รับทราบถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติ ตามคำแนะนำว่าจะลดความรุนแรงของการเกิด

โรคได้ และเชื่อว่าถ้าให้เราสอน โดยเฉพาะเจาะจง เพื่อให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำ จะช่วยส่งเสริมความตั้งใจในการจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างจริงจัง ความคาดหวังในประสิทธิผลตนเอง องค์ประกอบนี้เป็นองค์ประกอบหนึ่งใน

ทฤษฎีประสิทธิผลของตนเอง (Self-efficacy: bandura, 1986) ซึ่งเชื่อว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยานั้น ขึ้นอยู่กับความคาดหวังในประสิทธิผลตนเอง ประสิทธิภาพของตนเอง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับสูงสุดและเป็นพื้นฐานที่ทำให้บุคคลปฏิบัติตามโดยแท้จริง แม้บุคคลจะมีความเชื่อสูงกว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำจะทำให้เกิดอันตรายน้อยลง แต่ถ้าขาดความมั่นใจในประสิทธิผลของตนเองในการปฏิบัติ ก็ไม่สามารถจูงใจให้เขากระทำได้ ดังนั้นการเผยแพร่ข่าวสารข้อมูลจึงไม่ใช่เพียงขึ้นอยู่กับความชัดเจนของสื่อที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติตามเท่านั้นแต่ต้องให้บุคคลเกิดความคาดหวังว่าจะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้ด้วย องค์ประกอบตัวนี้จะทำให้ผลกระตุ้นทางด้านบวกกับบุคคลซึ่งแตกต่างจากองค์ประกอบที่กล่าวมาแล้วข้างต้น 3 ตัวที่เป็นองค์ประกอบที่กระตุ้นในทางลบในลักษณะคุกคามสุขภาพ การให้ความสำคัญแก่โรค หรือสิ่งที่กำลังคุกคามจะเริ่มจากการประเมินผลลัพธ์ของ โรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคาม อาจส่งผลเพิ่มหรือลดการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล ตัวอย่างเช่น การหยุดสูบบุหรี่ ผู้สูบบุหรี่จะหยุดสูบบุหรี่หรือไม่ขึ้นอยู่กับที่ได้ประเมินว่าสิ่งคุกคามเนื่องจากการสูบบุหรี่ ได้แก่ การไอระคายเคืองลำคอ ถ้าปล่อยไว้ความรุนแรงจะมาก และมีอาการอื่น ๆ รวมถึงเกิดมะเร็งบุคคลต้องรับรู้ว่าคุณมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรครดังกล่าวถ้าหากไม่หยุดสูบบุหรี่ สิ่งนี้จะเป็นเรื่องของการรับรู้ผลที่จะได้รับจากการตอบสนอง เพื่อที่จะขจัดสิ่งที่มาคุกคามตนเอง รวมถึงความสามารถของตนเองที่จะสามารถอดทนได้ หรือไม่เกิดอาการกระวนกระวายอันเนื่องมาจากความต้องการที่จะสูบบุหรี่ สิ่งเหล่านี้จะถูกนำไปเปรียบเทียบกับผลที่ได้รับ

ทฤษฎีนี้จึงให้ความสำคัญแก่กระบวนการคิดแก้ปัญหาของบุคคลแต่ละคนซึ่งเชื่อว่าตนเองสามารถทำให้สำเร็จได้หรือไม่ บุคคลที่มีความรู้สึกว่าคุณเองไม่สามารถทำได้ หรือขาดความรู้สึกมั่นใจว่าตนเองทำสำเร็จมักเกิดอุปสรรคต่าง ๆ ต่อกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ดังนั้น

จุดเด่นของทฤษฎีนี้ คือ การสร้างแรงจูงใจที่จะให้บุคคลมีพฤติกรรมป้องกันเกิดขึ้นได้นั้น จะต้องเน้นในเรื่องค่านิยมของสิ่งที่เป็นเป้าหมายสุดท้ายที่พึงประสงค์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพซึ่งเห็นได้ชัดเจนจากตัวอย่างการลดน้ำหนักโดยวิธีการออกกำลังกาย และการควบคุมอาหาร ถ้าต้องจูงใจให้ควบคุมการบริโภคอาหาร ทฤษฎีจูงใจเพื่อให้พฤติกรรมสุขภาพป้องกันจะเป็นทฤษฎีที่เหมาะสมกับเรื่องนี้ เนื่องจากทฤษฎีได้เสนอการสร้างค่านิยมของบุคคลซึ่งต้องการดูแลสุขภาพตนเอง ให้มีรูปร่างที่ดีขึ้น ดังนั้น

จำเป็นต้องสร้างมาตรวัดค่านิยมทางสุขภาพซึ่งสามารถประเมินผลเชิงปริมาณได้จะเป็นส่วนทำให้ทฤษฎีนี้สามารถอธิบายพฤติกรรมที่เกิดขึ้นได้

ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบในทฤษฎี

ความคาดหวังในประสิทธิผลตนเอง และคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง มีความสัมพันธ์ระหว่างกันมาก โดยทั่ว ๆ ไป การยอมรับและความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ เป็นไปได้สูง เมื่อบุคคลมองเห็นว่ามีประโยชน์และสามารถปฏิบัติตามได้ ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบมีดังนี้คือ

ถ้าความสามารถที่จะปฏิบัติตามมีสูงและผลดีของการปฏิบัติตามสูงด้วยจะเพิ่มความตั้งใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำยิ่งสูงขึ้น แต่ในกรณีความสามารถในการปฏิบัติตามสูง แต่ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย การตั้งใจที่จะปฏิบัติตามก็จะนอนลงไปด้วย โรเจอร์นำ 4 องค์ประกอบข้างต้นมาสรุปรวมเป็นกระบวนการรับรู้ 2 แบบ คือ การประเมินความน่ากลัวต่อสุขภาพ (Threat appraisal) ประกอบด้วยองค์ประกอบการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การประเมินการ (Coping appraisal) ประกอบด้วยองค์ประกอบความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองและความคาดหวังในประสิทธิผลตนเอง

กระบวนการรับรู้ทั้ง 2 ข้อนี จะได้รับอิทธิพลจากแหล่งข้อมูลข่าวสารดังนั้น คือ สิ่งแวดล้อมการพูดคุยกับชนวนการเรียนรู้จากการสังเกตและลักษณะของบุคคล (บุคลิกและประสบการณ์) ทำให้เกิดความตั้งใจและปฏิบัติและนำไปสู่การปฏิบัติ การประเมินความน่ากลัวต่อสุขภาพเป็นการประเมินปัจจัยที่เพิ่มหรือลดความน่าจะเป็นในการทำให้เกิดการตอบสนองที่ไม่เหมาะสม กิจกรรมของการตอบสนองที่ไม่เหมาะสมอาจเป็นพฤติกรรมดังนั้น เช่น เริ่มต้นสูบบุหรี่ การเริ่มกินลูกอม หรือพฤติกรรมที่พบในปัจจุบัน เช่น ไม่คาดเข็มขัดนิรภัยเป็นต้น ตัวแปรที่เพิ่มโอกาสของการตอบสนองที่ไม่เหมาะสมได้แก่ รางวัลจากภายใน (Intrinsic rewards) เช่น รางวัลภายนอก (Extrinsic reward) เช่น ยอมรับจากสังคมปัจจัยที่ลดโอกาสการตอบสนองไม่เหมาะสมคือ การประเมินอันตราย การรับรู้อัตราและการรับรู้ความน่ากลัวของอันตรายการกระตุ้นด้วยความกลัวมีอิทธิพลต่อการรับรู้ความน่ากลัวแต่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อการแสดงพฤติกรรมที่เป็นจริงโดยสรุปการประเมินความน่ากลัวเป็นผลบวกทางคณิตศาสตร์ของตัวแปรเหล่านี้ ซึ่งจะเพิ่มหรือลดโอกาสในการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการวิเคราะห์ความน่ากลัวบุคคลก็จะประเมินการทนต่อสถานการณ์ ซึ่งประกอบด้วยบางส่วนของประสิทธิผลหรือการตอบสนองการป้องกันซึ่งจะกระตุ้นการรับรู้ถึงความน่ากลัว (การตอบสนองประสิทธิผล) บวกกับการวิเคราะห์ความสามารถเริ่มต้นและทำให้สมบูรณ์ได้ (ประสิทธิผลตนเอง) องค์ประกอบของประสิทธิผลตนเองนั้นเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้การหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่น่ากลัวเป็นไปได้

ลักษณะความสำคัญของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค คือการแสดงอำนาจในการควบคุมซึ่งแตกต่างจากทฤษฎีกลุ่มความคาดหวัง ค่านิยมอื่น ๆ ซึ่งจะเป็นผลเกี่ยวพันที่สำคัญ คือ ทฤษฎีนี้จะให้ทางเลือกต่อพฤติกรรมสุขภาพตัวอย่างเช่น ในกรณีที่ตัวแปรต่าง ๆ ที่จัดการกับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมนั้น ไม่เพียงพอที่จะจูงใจให้เกิดการป้องกันโรคแล้วและต้องให้บุคคลมีความเชื่อในตัวเองเพื่อให้กิจกรรมป้องกันดำเนินไปได้แต่ต้องระลึกไว้ว่าในทางทฤษฎีความรู้สึกในประสิทธิผลในตนเองสูงจะช่วยให้ผ่านอุปสรรค (ความไม่สบาย ราคาแพง) ต่าง ๆ เหล่านี้ได้ ในขณะที่บุคคลที่มีความรู้สึกสำนึกในประสิทธิผลตนเองต่ำก็จะถูกอุปสรรคเหล่านี้ครอบงำประสิทธิผลตนเองมีอิทธิพลไม่เพียงทำให้เกิดการเริ่มต้น การตอบสนองการทบทวนการค้นแต่ยังเกี่ยวข้องกับพลังที่ใช้และความอดทนของบุคคลเมื่อต้องเผชิญหน้ากับอุปสรรค การหวังผลประสิทธิผลการตอบสนอง และประสิทธิผลตนเองเป็นปัจจัยเพิ่มโอกาสที่จะทำให้เกิดการตอบสนองที่เหมาะสม ลดโอกาสเรื่องความรู้สึกว่าค่าใช้จ่ายของการตอบสนองสูงขึ้นค่าใช้จ่ายการตอบสนอง (Response cost) ได้แก่ ความไม่สะดวก สบาย ค่าใช้จ่าย การไม่มีความสุข ความยุ่งยาก ผลข้างเคียงสิ่งที่รบกวนชีวิตประจำวัน เป็นต้น

การประเมินการทบทวนการค้นนั้น เกิดจากผลบวกของประสิทธิผลการตอบสนองและประสิทธิผลของตนเอง ลบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการตอบสนองที่เหมาะสม จากแผนภาพ 2 จะพบว่า ผลรวมของการประเมินความน่ากลัวละการทบทวนการค้นจะทำให้เกิดแรงจูงใจ ในการป้องกันจากลักษณะที่เป็นตัวแปร ที่เข้าแทรกแซงการปฏิบัติแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคจะริเริ่ม ประคับประคองและชี้้นำให้เกิดพฤติกรรม การตอบสนอง การทบทวนการค้นที่เกิดจากแรงจูงใจ เพื่อป้องกันอาจเป็นการแสดงพฤติกรรม (เช่น เริ่มออกกำลังกาย เริ่มแปรงฟันอย่างสะอาด) หรือเป็นการหยุดการกระทำ (เช่น หยุดสูบบุหรี่ หยุดการกินของหวาน เป็นต้น)

ในฐานะที่เป็นตัวแปรที่เข้าแทรกแซงปฏิบัติแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคอาจจะวัดได้หลายวิธีแต่จากสมมติฐานทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคเชื่อว่าแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคจะวัดได้โดยใช้ความตั้งใจที่จะปฏิบัติ (Intension behavior) จากทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันนั้นพัฒนามาจากทฤษฎีและงานวิจัยได้การติดต่อสื่อสาร ที่กระตุ้นให้เกิดความกลัวซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและวิธีวัดพฤติกรรมนั้นใช้การเปลี่ยนแปลงทัศนคติเป็นตัววัด แต่ในแนวคิดทฤษฎีนี้ใช้ความตั้งใจทางพฤติกรรมเป็นตัววัด มีข้อสังเกตว่าความตั้งใจนั้น อาจจะขึ้นกับเงื่อนไขของกิจกรรมครั้งเดียว การทำซ้ำหรือหลาย ๆ ครั้งทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค เชื่อว่าแรงจูงใจในการป้องกันโรคจุดสูงสุดเมื่อบุคคลเห็นความน่ากลัวที่เกิดขึ้นกับสุขภาพนั้นรุนแรง บุคคลรู้สึกถึงอันตรายนั้น

การตอบสนองที่เหมาะสมนั้น เป็นวิธีที่เหมาะสมต่อการเปลี่ยนแปลงความน่ากลัวนั้นให้ดีขึ้นได้ บุคคลมีความเชื่อมั่นว่าเรามีความสามารถพอที่ได้ตอบสนองให้เหมาะสมได้ ผลดีที่จากการทำพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมนั้นมีเล็กน้อยมาก ราคาค่าใช้จ่ายเพื่อการตอบสนองนั้นมีเพียงเล็กน้อย

แนวคิดและทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social support)

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพ พฤติกรรม และเป็น สิ่งที่จะก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งมีผู้ศึกษาได้ให้ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคมไว้หลายรูปแบบ (House,1981) ดังนี้

ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม

สิ่งที่ผู้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการในที่นี้ หมายถึง การมีสุขภาพดีแรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ความหมายไว้ว่า การที่บุคคลได้รับการ ช่วยเหลือจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมทั้งทางด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการเงิน แรงงาน หรือวัตถุประสงค์ต่าง ๆ ซึ่งบุคคลอื่นในสังคมนั้น คือ สมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือ บุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ผู้ได้รับแรงสนับสนุน เกิดความรู้สึกผูกพัน เชื่อว่า มีคนรัก มองเห็นคุณค่า และ รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเครียดและความเจ็บป่วยได้ส่งผล ให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการรักษาสุขภาพอนามัยและมีสุขภาพที่ดี แคพแพลน (Caplan, 1976)

หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคนไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ ความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกที่ตนเองได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย ดังนั้นจากความหมายแรงสนับสนุนทางสังคมที่กล่าวมาข้างต้น แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึงการที่บุคคล ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลและกลุ่มบุคคลที่ปฏิสัมพันธ์ด้วยทางด้าน อารมณ์ สังคม วัตถุประสงค์รวมทั้ง ข้อมูลข่าวสาร ผลของแรงสนับสนุนทำให้บุคคลเกิดความตระหนัก สามารถตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ได้ตาม ความต้องการ ส่งผลให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้สรุปความหมาย ของแรงสนับสนุนทางสังคม เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก ว่าหมายถึง ความตระหนักของชุมชน ต่อการ ทำลายแหล่ง

เพาะพันธุ์งูลาย การยกย่องชมเชย ชุมชนเห็นความสำคัญ ครอบครัวยุคใหม่ให้ความสำคัญ และให้ ความร่วมมือในการรณรงค์ ท้องถิ่นให้การสนับสนุน ชุมชนเอาใจจริงจับกับข้อบังคับ กฎระเบียบของชุมชน ที่ แสดงออกให้ชุมชนเห็นเป็นรูปธรรม ชัดเจน (House, J.S, 1981)

แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมโดยปกติกลุ่มสังคมจัดแบ่งออกได้ 2 ประเภท

กลุ่มปฐมภูมิ เป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการ ส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน ดังนั้น แรงสนับสนุนจากแหล่งปฐม ภูมิ ได้แก่ครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคล เป็น อย่างยิ่ง โดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางอารมณ์จากคู่สมรส (กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทย ทหารเรือ, 2548)

กลุ่มทุติยภูมิเป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้มีอิทธิพล เป็น ตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคมกลุ่มนี้ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพและกลุ่ม สังคมอื่น ๆ ซึ่งใน ระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่า มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นแรง สนับสนุนทางสังคมจาก แหล่งทุติยภูมิถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรอื่น ๆ เช่น ครูพระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสาร และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทยทหารเรือ, 2548)

องค์ประกอบของแรงสนับสนุนทางสังคม หลักการที่สำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย

1. ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุน
2. ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้น จะต้องประกอบด้วย
 - 2.1 ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีใจใส่ และมีความรัก ความหวัง ดีใน สังคมอย่างจริงใจ
 - 2.2 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่าตนเองมีค่า และเป็นที่ยอมรับใน สังคม
 - 2.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะ ทำให้ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมี ประโยชน์แก่สังคม
3. ปัจจัยนำเข้าของแรงสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือด้านจิตใจ จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ (กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทย ทหารเรือ, 2548)
4. ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม (แฮสส์ อ้างถึงใน กองเวชกรรมป้องกัน

กรมแพทยศาสตร์ (พ.ร.บ. 2548) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้แรงสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ประเภท คือ

4.1 แรงสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับ นับถือ การแสดงถึงความห่วงใย

4.2 แรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล (Appraisal support) เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feed back) การเห็นพ้องหรือให้รับรอง (Affirmation) ผลการปฏิบัติหรือการบอกให้ทราบผลถึง ผลดีที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

4.3 การให้แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) การตักเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสารรูปแบบต่าง ๆ

4.4 การให้แรงสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrumental support) เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

5. ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม โดยนักพฤติกรรมศาสตร์ชื่อ กอทต์ลิบ ได้แบ่งระดับ แรง สนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ คือ (Gottlieb, 1985 อ้างถึงใน กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทย ศาสตร์ 2548)

5.1 ระดับกว้าง (Macro level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วม หรือการมีส่วนร่วม ในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจ และการดำเนินวิถีชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม เช่น การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม ชุมชนที่เขาอาศัยอยู่ อาทิ กลุ่มแม่บ้านเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มหนุ่มสาวพัฒนาหมู่บ้าน กลุ่มด้านภัย อดสักร่วมเลี้ยงสัตว์ปีก กลุ่มจัก สาน กลุ่มแม่บ้านเกษตรกร เป็นต้น

5.2 ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo level) เป็นการมองที่โครงสร้าง และหน้าที่ของเครือข่ายสังคม ด้วยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคล ใกล้ชิดในสังคมเสมือนญาติชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัสดุ สิ่งของ ความเป็นมิตรแรงสนับสนุนทางอารมณ์และการยกย่อง

5.3 ระดับแคบ หรือระดับลึก (Micro level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคล ที่มี ความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อกันว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มี ความสัมพันธ์มากในเชิง ปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์ หรือโครงสร้าง ของเครือข่าย ในการสนับสนุนใน ระดับนี้ได้แก่ สามีภรรยา และสมาชิกในครอบครัวซึ่งมีความ ใกล้ชิดทางอารมณ์ การสนับสนุนทางจิตใจ และ แสดงความรักและห่วงใย (Affective support)

6. ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพ มีรายงานการศึกษาวิจัยมากมายที่บ่งบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีต่อสุขภาพอนามัย พอสรุปได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

6.1 ผลต่อสุขภาพกาย แบ่งออกเป็น

6.1.1 ผลโดยตรง จากรายงานผลการศึกษาของ เบอร์กแมน และไซม์ (Berkman www.ssru.ac.th 48 and Syme, 1979 อ้างถึงใน กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทยทหารเรือ, 2548) ซึ่งติดตามผลในวัย ผู้ใหญ่อายุ 700 คน ที่อาศัยอยู่ในเมือง อามิดา รัฐแคลิฟอร์เนีย เป็นเวลานาน 9 ปี โดยรวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับความเป็นอยู่ทั่วไปของสุขภาพอนามัย และสถิติชีพที่สำคัญ รวมทั้งแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย มีอัตราป่วยและตายมากกว่าผู้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากถึง 2.5 เท่าความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น ในทุกเพศ ทุกเชื้อชาติและทุกระดับเศรษฐกิจ การศึกษาของ คอบบี้และแคสเซล (Cobb, 1976; Cassel, 1961 อ้างถึงใน กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทยทหารเรือ, 2548) พบว่า ผู้ป่วยเป็นวัณโรค ความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม หรือถูกตัดขาดจากเครือข่ายแรงสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้การศึกษาทางระบาดวิทยาสังคมยังพบว่า คนที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม จะเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะ ของการติดโรคได้ง่าย เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงระบบต่อมไร้ท่อ และมีผลทำให้ภูมิคุ้มกัน โรคลดลงอีกด้วย

6.1.2 ผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล (Compliance to regimens) มีรายงานผลการศึกษาเป็นจำนวนมากที่บ่งบอกถึงผลของแรงสนับสนุนทาง สังคมที่มีต่อพฤติกรรม การปฏิบัติตามคำแนะนำของคนไข้ ซึ่งเบอร์กเลอร์ (Burgler อ้างถึงใน กองเวชกรรม ป้องกัน กรมแพทยทหารเรือ, 2548) พบว่า ผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มี ครอบครัวคอยให้การสนับสนุนในการควบคุมพฤติกรรม และผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมาก จะเป็นผู้ที่ ปฏิบัติตามคำแนะนำมากกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

6.1.3 ผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค คอบบี้ (1976) และแลงกลี (1977) (อ้างถึงใน กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทยทหารเรือ, 2548) ได้รายงานผลการศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคและ ส่งเสริมสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพร่างกายประจำ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร พบว่า ผู้ที่มีแรง สนับสนุนทางสังคมจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

6.2 ผลต่อสุขภาพจิต ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพจิต มีลักษณะ เช่นเดียวกับสุขภาพกาย คือ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการ

ต่อสู้กับปัญหา ที่เกิดขึ้นในชีวิตบุคคล ช่วยลดความเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากความเครียดและช่วยลดความเครียด ซึ่งจะมีผลต่อ การเพิ่มความต้านทาน โรคของบุคคลได้อีกด้วย กอร์ (Gore, 1977 อ้างถึงใน กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทย์ ทหารเรือ, 2548)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยต่าง ๆ พบว่าปัจจัยจิตใจที่มีผลต่อการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง ดังต่อไปนี้

พรพรรณ โรจนันต์ระกุล (2555) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคผิวหนัง กรณีศึกษา สถาบันโรคมะเร็ง กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาวិจัยพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคผิวหนัง อยู่ในเกณฑ์สูง อายุสถานภาพ สมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง ส่วนระดับการศึกษา, รายได้, การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05) และพบว่า การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ ภาวะสุขภาพ และการศึกษา สามารถร่วมกันพยากรณ์ความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 35.6

เบญจพร สว่างศรี และ เสริมศิริ แต่งงาม (2556) ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการวิจัยพบว่า ระดับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโดยภาพรวม ทั้งด้านการ ป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-65 ปี การศึกษาระดับ มัธยมศึกษา ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจ ส่วนตัวมีระดับการดูแลสุขภาพตนเองสูงสุด ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพ โสดมีระดับการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าสถานภาพสมรส

กาญจนา ปัญญาธร (2557) ได้ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในครอบครัวบ้านหนองตะไก่ อำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาวิจัยพบว่า 1) ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีการมองเห็นและการได้ยินไม่ดี หลงลืม มีปัญหาเรื่องการเคี้ยวและการกลืน กลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่อยู่ นอนไม่หลับ หกล้มบ่อย ปวดหลังและปวดขา ร้อยละ 54.7 ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ ได้แก่ แวนสายตาร้อยละ 26.6 ฟันปลอมร้อยละ 14.4 และไม้เท้าร้อยละ 14 ด้านสุขภาพกาย พบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 32.8 ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวานร้อยละ 18.8 ความดันโลหิตสูงร้อยละ 10.9 และโรคหัวใจ ร้อยละ 3.1 ด้านสุขภาพจิต พบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 26.6 มีความวิตกกังวล ร้อยละ 23.4 มีความเครียดและร้อยละ 10.9 รู้สึกเหงา 2) การดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในครอบครัว พบว่า มีการดูแลด้านร่างกาย โดยดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนและการดูแลเมื่อเจ็บป่วย ด้านจิตใจ มีการสอบถามทุกข์สุข ให้ความรักเอาใจใส่และ

ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุด้วยความเคารพ ด้านสังคมได้สนับสนุนให้ผู้สูงอายุพบปะเพื่อนบ้านและเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ด้านจิตวิญญาณได้สนับสนุนให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาและความเชื่อ

3) ความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อการดูแลที่ได้รับ ผู้สูงอายุเห็นว่าครอบครัวมีการดูแลผู้สูงอายุในระดับมากทุกด้าน ได้แก่ การดูแลเมื่อผู้สูงอายุต้องการ (ค่าเฉลี่ย 3.47) การดูแลการดำเนินชีวิตประจำวัน (ค่าเฉลี่ย 3.39) การดูแลเมื่อเจ็บป่วย (ค่าเฉลี่ย 3.38) ภาพรวมผู้สูงอายุเห็นว่าครอบครัวมีการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.44)

4) ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพ ขาดคนดูแล รายได้น้อย ขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพ และไม่เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ผู้สูงอายุต้องการคนดูแล การสนับสนุนด้านการเงิน ความรู้ในการดูแลสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และต้องการยานพาหนะในการเดินทางไปตรวจรักษา

5) ปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความเหนื่อยล้าจากการทำงานหนัก มีปัญหาสุขภาพ ขาดการช่วยเหลือจากสมาชิกครอบครัว ขาดงาน ขาดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุและมีความเครียด ด้านผู้สูงอายุพบว่า ไม่ให้ความร่วมมือ เอาแต่ใจตนเอง เจ็บป่วยซับซ้อนต้องดูแลพิเศษ ผู้ดูแลต้องการความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ การฝึกปฏิบัติในการดูแล ความช่วยเหลือจากครอบครัวและยานพาหนะในการเดินทางพาผู้สูงอายุไปตรวจรักษา

ทิพวัลย์ สุวรรณรักษ์ (2557) ได้ศึกษานวัตกรรมอาหารสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ผลการศึกษาวิจัยพบว่า บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อชี้ให้เห็นความสำคัญของการบริโภคอาหารที่จำเป็นต่อสุขภาพและสารอาหาร ที่มักมีปัญหาในผู้สูงอายุไทยเนื่องจาก บุคคลในวัยนี้จะมีปัญหาสุขภาพตามความเสื่อมของวัย ดังนั้นการคิดนวัตกรรม อาหารที่สอดคล้องกับสุขภาพของคนวัยนี้จึงมีความสำคัญเพื่อให้เกิดสังคมผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีตามวัย ผู้สูงอายุมีความ เสื่อมของร่างกายเริ่มตั้งปากและฟันที่มีความสามารถในการบดเคี้ยวได้น้อยลงซึ่งจะส่งผลต่อการได้รับอาหารพวกเนื้อสัตว์และผัก ดังนั้นต้องเลือกประเภทโปรตีนที่เคี้ยวง่าย มีกรดอะมิโนครบถ้วนและไขมันต่ำ ได้แก่ ไข่และปลาวันละ 0.8 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ซึ่งเทียบเท่ากับเนื้อสัตว์ 6 ช้อนกินข้าว ส่วนผักควรจะเป็นผักต้มสุกจนนิ่มวันละ 4 ทัพพี ผลไม้ต้องระมัดระวังเรื่องน้ำตาลควรรับประทานผลไม้สดจัดวันละ 3 ส่วนเพื่อลดอาการท้องผูก เช่นเดียวกัน อาหารกลุ่มแป้งควรรับประทานข้าววันละ 8 ทัพพีควรเลือกข้าวกล้องแทนข้าวขาวเพื่อเพิ่มใยอาหาร ส่วนภาวะกระดูกพรุนที่มักเกิดในวัยนี้ก็ควรรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น ผลิตภัณฑ์นมผักใบเขียวเข้ม หรือปลาเล็กปลาน้อย ดังนั้น การสร้างนวัตกรรมอาหารที่มีสารอาหารครบถ้วนตามความต้องการเฉพาะวัยสูงอายุสามารถบริโภคได้สะดวก

ลัดดา เกียมวงศ์ และจอม สุวรรณ โณ (2557) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการทรงตัวบกพร่องของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท ผลการศึกษาวิจัยพบว่า ปัจจัยเสี่ยงภายใน ได้แก่ อายุที่มาก

จีน คณะเนบราสกาเทเลดีแอลดัชนีมวลกาย การรับรู้บกพร่อง การทรงตัวบกพร่อง การเคลื่อนที่บกพร่อง มีโรคเรื้อรังมีการใช้ยา และมีประวัติหกล้ม มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มหกล้มและกลุ่มไม่หกล้ม มีสามปัจจัยที่สามารถทำนายการเกิดหกล้มของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 61.1 ได้แก่ การเคลื่อนที่บกพร่อง มีการใช้ยา และมีประวัติหกล้ม ผลการศึกษาให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงภายในต่อการเกิดหกล้มเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการตรวจคัดกรองและจัดการปัญหาหกล้ม

วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว (2557) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาล ตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ผลการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มีสถานภาพสมรส มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากกว่าครึ่งมีรายได้ไม่เกิน 5,000 บาทต่อเดือน มีรายได้น้อยกว่ารายจ่าย มีแหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่ ได้รับจากสวัสดิการ จากรัฐ มีภาวะสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง มีสัดส่วนผู้มีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัว ใกล้เคียงกัน โดยพบว่า ผู้ที่มีโรคประจำตัวป่วยเป็น โรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมาคือ โรคเบาหวาน และการวิเคราะห์ระดับ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายละเอียดในแต่ละด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางทุก ด้าน โดยมีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารเป็นพฤติกรรมดีที่สุด รองลงมาคือ การปฏิบัติตน ในภาวะเจ็บป่วยการจัดการความเครียด และมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ต่ำที่สุด และเมื่อ เปรียบเทียบ พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุที่มี สถานภาพสมรส รายได้ ความพอเพียงของรายได้และภาวะการมีโรคประจำตัวแตกต่างกัน มี พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมไม่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

นารีรัตน์ สังวรวงษ์พนา (2558) ได้ศึกษาความสามารถในการมองเห็นสีของผู้สูงอายุได้ระดับความสว่างต่างกัน ผลการศึกษาวิจัยพบว่า ร้อยละ 20 ของผู้สูงอายุสามารถมองเห็นภาพสัญลักษณ์สีขาบนพื้นหลังสีแดง ได้ชัดมากที่สุด ภายใต้อายุความสว่างต่ำกว่า 300 ลักซ์ และร้อยละ 24 ของผู้สูงอายุสามารถมองเห็นภาพสัญลักษณ์สีขาบนพื้นหลังสีน้ำเงินเขียว ได้ชัดเจนมากที่สุด ภายใต้อายุความสว่างมากกว่า 3000 ลักซ์ ส่วนภาพสัญลักษณ์สีส้มบนพื้นหลังสีขาว พบร้อยละ 56 ภายใต้อายุความสว่างมากกว่า 3000 ลักซ์ และร้อยละ 26 ภายใต้อายุความสว่างต่ำกว่า 300 ลักซ์ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้เป็นประโยชน์ต่อการออกแบบและพัฒนา รูปแบบการจัดแสดงป้ายสัญลักษณ์ที่มีความเป็นสากล ง่ายต่อการเข้าใจ เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม ส่งเสริมการมองเห็นและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

นิตินัย รุ่งจินดารัตน์ และ นลินี พานสายตา (2558) ได้ศึกษาโรคเบาหวานกับการสูญเสียการได้ยินในวัยสูงอายุไทย ผลการศึกษาวิจัย ผลการศึกษาพบว่า ในภาพรวมการเป็นโรคเบาหวานกับการสูญเสียการได้ยิน มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และความเป็นไปได้สำหรับผู้ที่เป็ นโรคเบาหวานจะมีการสูญเสียการได้ยินเป็น 1.85 เท่าของผู้ที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน สำหรับในกลุ่มผู้ที่มีอายุระหว่าง 45-59 ปี และกลุ่มผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งสองกลุ่ม การเป็นโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียการได้ยินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยความเป็นไปได้ที่ผู้ที่มีอายุระหว่าง 45-59 ปีที่เป็นโรคเบาหวานจะมีการสูญเสียการได้ยินเป็น 2.27 เท่าของผู้ที่ไม่เป็น ส่วนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีความเป็นไปได้ที่เป็นโรคเบาหวานจะมีการสูญเสียการได้ยินเป็น 1.48 เท่าของผู้ที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน

ประภาพร มโนรัตน์, กฤษณะ คำฟอง, วรพล แวงนอก และพรฤดี นิธิรัตน์ (2559) ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุของผู้สูงอายุไทยพุทธในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ผลการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุ มีค่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.95$, S.D. = 0.38) โดยพบว่า ผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองมากที่สุดในด้านออโรคารยาอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{X} = 4.43$, S.D. = 0.57) รองลงมาคือ ด้านอบายมุขและด้านอารมณ์ อยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{X} = 4.40$, S.D. = 0.77 และ $\bar{X} = 4.20$, S.D. = 0.62 ตามลำดับ) และน้อยที่สุด คือด้านการออกกำลังกาย อยู่ใน ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.06$, S.D. = 0.97) และผู้สูงอายุเห็นว่าการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องของตนเองที่จะต้อง คงไว้เพื่อสุขภาพดี

พิมพ์รุทธิ์ บัวแก้ว และรติพร ถึงฝั่ง (2559) ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาวิจัยพบว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยอยู่ในระดับปานกลาง บังคับด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและ การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยได้ร้อยละ 11.2 ตัวแปรที่สำคัญที่สุด คือ รายได้ โดยพบว่า ระดับรายได้เฉลี่ยต่อปีตั้งแต่ 50,000 บาทขึ้นไป สามารถทำนายภาวะสุขภาพผู้สูงอายุได้มากที่สุด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน เท่ากับ 0.174 รองลงมาคือ การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย มาตรฐาน เท่ากับ 0.164 การศึกษานี้เสนอแนะว่าภาครัฐควรที่จะคงไว้ซึ่งนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและปรับปรุงช่องทางการเข้าถึงสิทธิดังกล่าวให้ครอบคลุมและทั่วถึง รวมทั้งส่งเสริม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว

ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง และปาริฉัตร อุทัยพันธ์ (2560) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับการรับรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรคตาต่อกระจกในผู้สูงอายุ จังหวัดยะลา ผลการศึกษาวิจัยพบว่า 1.กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สุขภาพ เกี่ยวกับโรคตาต่อกระจกใน

ผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ใน ระดับดี ($\bar{X} = 3.63$, S.D. = 2.71) โดยมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ด้านการรับรู้ความรู้ ความรุนแรงของโรค และด้านการรับรู้อุปสรรค ในการป้องกันโรค อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.27$, S.D. = 2.78, $\bar{X} = 3.13$, S.D. = 2.93, $\bar{X} = 3.39$, S.D. = 2.41 ตามลำดับ) ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.68$, S.D. = 2.92) และการรับรู้แรงจูงใจในด้านสุขภาพ อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.70$, S.D. = 2.52) 2. ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ ระดับการศึกษา และรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการรับรู้สุขภาพ เกี่ยวกับโรคตาต่อกระจกในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.535$, $r = 0.418$ ตามลำดับ) และลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบ กับการรับรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรคตาต่อกระจกในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -0.140$)

นิรัชรา เหลี่ยมเลิศ (2560) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพกับคุณภาพผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบางฝ้าง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา ผลการศึกษาวิจัยพบว่า อายุเฉลี่ย 71.36 (S.D. = 8.04) ปี สมาชิกครอบครัวมี 3-4 คนร้อยละ 39.3 ผู้ดูแลเป็นญาติร้อยละ 99.3 คะแนน ADL 17-19 ร้อยละ 76.1 มีโรคประจำตัวร้อยละ 48.9 ในจำนวนนี้เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 83.9 ผู้สูงอายุมีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 69.6 มีการสนับสนุนจากหน่วยงานรัฐมากที่สุด รองลงมา วัด ญาติ อสม. และเพื่อน คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 77.5, 74.6, 72.9, 70.4 และ 52.5 ตามลำดับ มีคุณภาพชีวิตโดยรวม คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 77.0 มีคุณภาพชีวิตทางสังคมมากที่สุด รองลงมา สิ่งแวดล้อม ทางร่างกายและทางจิตใจ คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 80.2, 80.0, 75.2 และ 70.3 ตามลำดับ การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตสัมพันธ์กันเชิงบวก ($r = 0.48$ $p < 0.01$) โดยรวมการสนับสนุนจากญาติ เพื่อน วัด อสม. และหน่วยงานรัฐ กับคุณภาพชีวิตโดยรวม สัมพันธ์กันเชิงบวก ให้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.32, 0.30, 0.44, 0.27 และ 0.44 ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับ การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนให้มากขึ้น

มุกดา เดชประพันธ์ และปิยวดี ทองยศ (2560) ได้ศึกษาปัญหาทางตาที่พบบ่อยและการสร้างเสริมสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุ ผลการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ย 69 ปีส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรวมด้านอาหารออกกำลังกายและอารมณ์ในระดับดีคิดเป็นร้อยละ 74.83 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่ดีได้แก่ (1) ระดับความรู้ในการส่งเสริม สุขภาพ ผู้ที่มีระดับความรู้ปานกลาง (Adjusted OR 1.94, 95% CI 1.06-3.55) และผู้มีความรู้ระดับดี (Adjusted OR 5.43, 95% CI 1.15-25.53) มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มากกว่าผู้มีความรู้ต่ำ (2) ผู้มีเครือข่ายทางสังคมระดับปานกลาง (Adjusted OR 1.23, 95% CI 1.54-2.81) และผู้มีความรู้ระดับสูง (Adjusted OR 1.11, 95% CI 1.45-2.75) มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีมากกว่า ผู้มี

เครือข่ายทางสังคมต่ำ (3) ผู้ที่มีอาชีพค้าขาย มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ไม่ดีกว่าผู้ที่ไม่มีอาชีพ (Adjusted OR 0.13, 95% CI 0.03-0.60)

จุฑารัตน์ จิราพงษ์ และรังสิมนต์ สุนทรไชยา (2561) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ผลการศึกษาวิจัยพบว่า อาการนอนไม่หลับเป็นอาการที่สำคัญที่ พบได้ในโรคซึมเศร้าอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้า มักจะมีลักษณะของการเข้านอนเร็ว แต่หลับยาก ตื่นนอนกลางดึกแล้วหลับต่อยาก ตื่นเร็วหรือตื่นเช้ากว่าปกติตื่นขึ้นมาแล้วไม่สดชื่น อาการเหล่านี้ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ในตอนกลางวันเกิดความทุกข์ทรมานนำมาสู่ความ รุนแรงและการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าทฤษฎี ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทฤษฎีปัจจัย 3P ของสปีลแมน ทฤษฎีวงจรการนอนไม่หลับและทฤษฎีบูรณาการ เป็นทฤษฎีที่อธิบายสาเหตุ ปัจจัย การจัดการกับ อาการนอนไม่หลับ ผลกระทบของอาการนอน ไม่หลับของบุคคล รวมทั้งการพัฒนาแนวทาง การบำบัดอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรค ซึมเศร้าที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการนอนหลับ รวมทั้ง การประเมินอาการนอนไม่หลับสามารถประเมิน ได้จากเครื่องมือวัดและแบบบันทึกอาการ นอนหลับ

สุชาดา สมบูรณ์,สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์และชมนาด สุ่มเงิน (2561) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 96 มีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 144.66$, S.D. = 10.29) การสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกด้านจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = 0.59$ และ 0.38 ตามลำดับ) และการรับรู้ภาวะสุขภาพและ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของ ผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.22$, และ 0.24 ตามลำดับ)ส่วนความพึงพอใจในชีวิตไม่มีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) ในรูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross sectional descriptive study) เก็บข้อมูลตัวแปรอิสระและตัวแปรตามพร้อมกันในครั้งเดียว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษานี้คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ในอำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี โดยมีเกณฑ์คัดเลือกประชากรที่ศึกษาดังนี้

1.1 มีภูมิลำเนาอยู่ให้อำเภอบ้านสร้าง อย่างน้อย 1 ปี

1.2 มีคะแนน ADL (แบบประเมินคัดกรองแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน) ต้องไม่น้อยกว่า 12 คะแนน

1.3 สัญชาติไทย

1.4 สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี และสามารถตอบคำถามได้

1.5 มีความสมัครใจในการให้ข้อมูล

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

2. การศึกษานี้ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อยสุดด้วยสูตร (Daniel, 1995, p. 178) ดังนี้

$$n = \frac{NZ^2\sigma^2}{d^2(N-1)+Z^2\sigma^2}$$

เมื่อ n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร เมื่อ พ.ศ. 2563 มีจำนวนผู้สูงอายุ 4,427 คน (สถิติสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี)

Z = ค่าสถิติพื้นฐาน ที่ระดับนัยสำคัญที่กำหนด ในที่นี้กำหนดให้เท่ากับ 0.05 ซึ่งจะมีค่า $Z = 1.96$

σ^2 = ความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง จากผลการศึกษาของ
นิรชรา เหลี่ยมเลิศ (2560) เท่ากับ $(2.78)^2$

d^2 = ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นในที่นี้กำหนดให้มีความคลาดเคลื่อนไม่เกินร้อยละ
10 ของค่าเฉลี่ย ซึ่งจากผลการศึกษาของนิรชรา เหลี่ยมเลิศ (2560) พบว่า มีค่าเฉลี่ย 3.27 ฉะนั้น
 $d = 0.327$

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{4427(1.96)^2 (2.78)^2}{0.327^2 (4427-1) + 1.96^2 (2.78)^2}$$

$$= 290.60$$

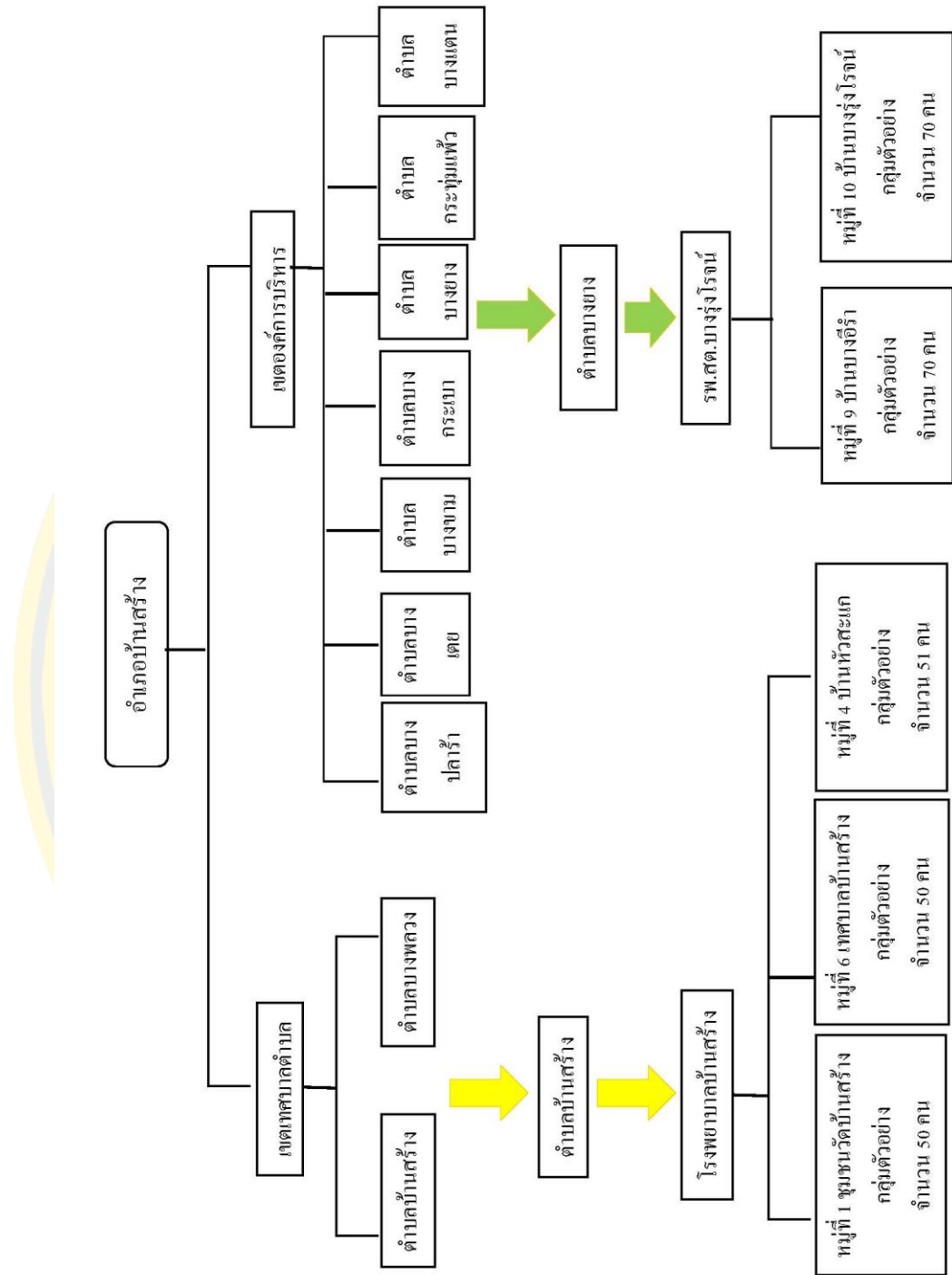
ฉะนั้น การศึกษาครั้งนี้ จึงใช้ผู้สูงอายุ จำนวน 291 คน เป็นกลุ่มตัวอย่าง

3. การสุ่มตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่างการศึกษาครั้งนี้ใช้การสุ่มแบบ (Multi stage sampling)

โดยดำเนินการตาม 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) แบ่ง
ประชากรตามเขตพื้นที่ ได้แก่ เขตเทศบาลตำบล และเขตองค์การบริหารส่วนตำบล

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random) โดยจับฉลากในแต่ละเขตมา 1
ตำบล ที่สุ่มได้คือ เขตเทศบาล ได้ ตำบลบ้านสร้าง และเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ได้ ตำบล
บางยาง จากนั้นคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสองตำบล ได้กลุ่มตัวอย่างแล้วจับฉลากในแต่ละ
ตำบลเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามหมู่บ้าน จับฉลากว่าจะครบกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบล (ภาพที่ 2
แผนผังการสุ่มตัวอย่าง)



ภาพที่ 2 แผนผังการสุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถาม เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งเป็น 4 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล มีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำจำนวน 5 ข้อ ซึ่งประกอบด้วยคำถามคือ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส อาศัยอยู่กับ และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ในการรักษาดูแลสุขภาพภายใน ในเรื่องของการป้องกันการเจ็บป่วย ดังนี้ ถามทั้งหมด 4 เรื่อง ดังนี้

1. เรื่องการรับรู้ความรุนแรง จำนวน 5 ข้อ
2. เรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยง จำนวน 5 ข้อ
3. เรื่องคาดหวังในการป้องกันโรค จำนวน 5 ข้อ
4. เรื่องการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรค จำนวน 5 ข้อ

ลักษณะการวัด เป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การให้คะแนนการรับรู้ในการรักษาดูแลสุขภาพภายใน ในเรื่องของการป้องกันการเจ็บป่วย ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	5 คะแนน
เห็นด้วย	ให้	4 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลระดับคะแนนการรับรู้ในการรักษาดูแลสุขภาพภายใน ในเรื่องของการป้องกันการเจ็บป่วย ภาพรวมโดยพิจารณาตามแบบของบลูม (Benjamin Bloom อ้างอิงใน บุญธรรมกิจปริดาภิสุทธิ, 2553, หน้า 208) ดังนี้

มีคะแนนต่ำสุด 63 คะแนน มีคะแนนสูงสุด 91 คะแนน สามารถแปลความหมายได้ดังนี้
 น้อยกว่า 68 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 60) หมายถึง ระดับต่ำ
 68-84 คะแนน (ร้อยละ 60-80) หมายถึง ระดับปานกลาง
 มากกว่า 84 คะแนน (มากกว่าร้อยละ 80) หมายถึง ระดับสูง

เกณฑ์การแปลผลระดับคะแนนการรับรู้ในการรักษาดูแลสุขภาพภายใน ในเรื่องของการป้องกันการเจ็บป่วย รายด้าน ดังนี้

มีคะแนนต่ำสุด 9 คะแนน มีคะแนนสูงสุด 25 คะแนน สามารถแปลความหมายได้ดังนี้
 น้อยกว่า 17 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 60) หมายถึง ระดับต่ำ

17-21 คะแนน (ร้อยละ 60-80) หมายถึง ระดับปานกลาง

มากกว่า 21 คะแนน (มากกว่าร้อยละ 80) หมายถึง ระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม ตามทั้งหมด 4 เรื่อง ดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว จำนวน 5 ข้อ
2. การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน จำนวน 5 ข้อ
3. การสนับสนุนทางสังคมจากหน่วยรัฐ จำนวน 5 ข้อ
4. การสนับสนุนทางสังคมจากสื่อสารมวลชน จำนวน 5 ข้อ โดยสามารถ

เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ โดยแต่หัวข้อที่เลือกต้องให้คะแนน 1-5 ตามลักษณะการวัดต่อไปนี้

ลักษณะการวัดเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยเลย นาน ๆ ครั้ง

บางครั้ง บ่อยครั้ง เสมอ

คำถามทางบวก (คะแนน)

คำถามทางลบ (คะแนน)

ทุกครั้ง

5

1

เกือบทุกครั้ง

4

2

บางครั้ง

3

3

นาน ๆ ครั้ง

2

4

ไม่เคยเลย

1

5

เกณฑ์การแปลผลระดับคะแนนการรับรู้ในการรักษาดูแลสุขภาพภายนอก ในเรื่องของการสนับสนุนทางสังคม ภาพรวมโดยพิจารณาตามแบบของบลูม (Benjamin Bloom อ้างอิงใน บุญธรรม กิจปริดาภิวัตน์, 2553, หน้า 208) ดังนี้

มีคะแนนต่ำสุด 47 คะแนน มีคะแนนสูงสุด 89 คะแนน สามารถแปลความหมายได้ดังนี้
น้อยกว่า 68 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 60) หมายถึง ระดับต่ำ

68-84 คะแนน (ร้อยละ 60-80) หมายถึง ระดับปานกลาง

มากกว่า 84 คะแนน (มากกว่าร้อยละ 80) หมายถึง ระดับสูง

เกณฑ์การแปลผลระดับคะแนนการรับรู้ในการรักษาดูแลสุขภาพภายนอก ในเรื่องของการสนับสนุนทางสังคม รายด้าน ดังนี้

มีคะแนนต่ำสุด 5 คะแนน มีคะแนนสูงสุด 26 คะแนน สามารถแปลความหมายได้ดังนี้
น้อยกว่า 17 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 60) หมายถึง ระดับต่ำ

17-21 คะแนน (ร้อยละ 60-80) หมายถึง ระดับปานกลาง

มากกว่า 21 คะแนน (มากกว่าร้อยละ 80) หมายถึง ระดับมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการดูแลสุขภาพตนเอง ถามทั้งหมด 5 เรื่อง ดังนี้

1. เรื่อง การมองเห็น จำนวน 4 ข้อ
2. เรื่อง การได้ยิน จำนวน 4 ข้อ
3. เรื่อง การบริโภค จำนวน 4 ข้อ
4. เรื่อง การเคลื่อนไหว จำนวน 4 ข้อ
5. เรื่อง การพักผ่อนนอนหลับ จำนวน 4 ข้อ

ลักษณะการวัดเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ทุกครั้ง เกือบทุกครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง ไม่เคยเลย

	คำถามทางบวก (คะแนน)	คำถามทางลบ (คะแนน)
ทุกครั้ง	5	1
เกือบทุกครั้ง	4	2
บางครั้ง	3	3
นาน ๆ ครั้ง	2	4
ไม่เคยเลย	1	5

เกณฑ์การแปลผลระดับคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ภาพรวม โดยพิจารณาตามแบบของบลูม (Benjamin Bloom อ้างอิงใน บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธิ, 2553, หน้า 208) ดังนี้

มีคะแนนต่ำสุด 51 คะแนน มีคะแนนสูงสุด 74 คะแนน สามารถแปลความหมายได้ดังนี้
 น้อยกว่า 68 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 60) หมายถึง ระดับต่ำ
 ระหว่าง 68-84 คะแนน (ร้อยละ 60-80) หมายถึง ระดับปานกลาง
 มากกว่า 84 คะแนน (มากกว่าร้อยละ 80) หมายถึง ระดับสูง

เกณฑ์การแปลผลระดับคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ รายด้าน ดังนี้
 มีคะแนนต่ำสุด 7 คะแนน มีคะแนนสูงสุด 20 คะแนน สามารถแปลความหมายได้ดังนี้
 น้อยกว่า 14 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 60) หมายถึง ระดับต่ำ
 ระหว่าง 14-17 คะแนน (ร้อยละ 60-80) หมายถึง ระดับปานกลาง
 มากกว่า 17 คะแนน (มากกว่าร้อยละ 80) หมายถึง ระดับมาก

การสร้างแบบสอบถาม

1. ศึกษาทฤษฎี ทบทวน เอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. กำหนดขอบเขตเนื้อหาของแบบสอบถามที่จะใช้ในการศึกษา เพื่อให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ สมมติฐานการศึกษา กำหนดนิยามศัพท์เฉพาะให้สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎี
3. สร้างแบบสอบถาม ตามโครงสร้างเนื้อหาที่กำหนดให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย ที่จะต้องวัดและกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน
4. นำแบบสอบถามมาปรึกษาอาจารย์ ตลอดจนการสร้างแบบสอบถามและนำมาปรับแก้ไข
5. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหา (Content validity) และภาษาที่ใช้แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ ความตรงตามเนื้อหา แบบสอบถามส่วนที่ 2, 3, 4 ซึ่งผู้ศึกษาสร้างขึ้นนั้น ได้นำไปเสนออาจารย์ที่ปรึกษา และผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน (รายละเอียดตามภาคผนวก ข) เพื่อพิจารณาตรวจสอบสำนวนภาษา ความชัดเจน ความครอบคลุมเนื้อหา และเหมาะสมกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา รวมทั้งนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญมาแก้ไข ปรับปรุงตามที่ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะ จากนั้นนำผลมาหาความสอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญด้วยการให้คะแนน ตอบเห็นด้วย + 1 คะแนน ไม่เห็นด้วยให้ - 1 คะแนน จากนั้นนำไปคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ด้วยสูตรดังนี้

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IOC = ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของผู้เชี่ยวชาญ

R = คะแนนที่ผู้เชี่ยวชาญให้แต่ละข้อ

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

ข้อคำถามใดมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.30 ขึ้นไป แสดงว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันว่าข้อคำถามมีความตรงเชิงเนื้อหา ผลปรากฏว่า ได้ค่า IOC ดังนี้

การสนใจในการดูแลรักษาสุขภาพ มีค่าระหว่าง 0.66-1.00

การสนับสนุนทางสังคม มีค่าระหว่าง 0.66-1.00

การดูแลรักษาสุขภาพตนเอง มีค่าระหว่าง 0.66-1.00

ดังปรากฏในรายละเอียดภาคผนวก ก

6. การทดลองใช้และหาคุณภาพเครื่องมือ หลังจากปรับแก้ไขตามที่ผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์ที่ปรึกษาเสนอแนะแล้ว นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุจริง อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ตำบล

บางกระเจ็ด อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา 30 คน เนื่องจากสภาพแวดล้อมใกล้เคียงกัน ตามแบบสอบถาม เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในเนื้อหาภาษาของคำถามแต่ละข้อ และนำมาแก้ไขให้ชัดเจนยิ่งขึ้น จากนั้นนำผลการทำแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 การจงใจในการดูแลรักษาสุขภาพ ส่วนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ 4 การดูแลรักษาสุขภาพตนเอง มาหาค่าความเที่ยง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราซ (Cronbach' alpha coefficient) ปรากฏว่า

ส่วนที่ 2 การจงใจในการดูแลสุขภาพ มีค่าความเที่ยง 0.77

ส่วนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเที่ยง 0.74

ส่วนที่ 4 การดูแลสุขภาพตนเอง มีค่าความเที่ยง 0.78

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ได้ทำหนังสือขออนุญาตเรียนถึงสาธารณสุขอำเภอบ้านสร้าง เพื่อทำการลงไปเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยจากผู้สูงอายุในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม โดยมีสม. เป็นผู้นำทางเข้าไปดำเนินการมีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยไปแจกแบบสอบถามด้วยตนเองตามบัญชีรายชื่อกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเทศบาลตำบลบ้านสร้าง โดยอยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลบ้านสร้างและตำบลบางยาง โดยอยู่ในเขตความรับผิดชอบของรพ.สต. บ้านบางรุ่งโรจน์ โดยแนะนำตัวและอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยในครั้งนี้ที่เข้ามาเก็บรวบรวมข้อมูล โดยไม่มีผลอันใดต่อผู้ถูกสอบถาม หากผู้ถูกสอบถามไม่ต้องการที่จะให้ข้อมูลสามารถยกเลิกได้ตลอดเวลาในการตอบแบบสอบถาม โดยไม่มีผลอันใดต่อผู้ถูกสอบถาม เมื่อถูกสอบถามลงนามยินยอมเข้าร่วมแล้วจึงเริ่มทำแบบสอบถามไปที่ละข้อจนครบทุกข้อ แต่เนื่องด้วยผู้สูงอายุบางท่านมีปัญหาทางสายตา จึงขอให้ผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามให้ฟัง ไปที่ละข้อจนครบโดยผู้สูงอายุเป็นผู้บอกคะแนนความคิดเห็นให้ผู้วิจัยเลือกตอบในข้อนั้น ๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลมาแล้ว นำมาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของทุกข้อคำถามในแบบสอบถามทุกชุดอีกครั้ง เมื่อได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์และครบถ้วนตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการแล้ว นำไปวิเคราะห์ข้อมูล โดยนำข้อมูลมาทำคู่มือลงรหัส และบันทึกผลแบบสอบถามลงในคอมพิวเตอร์เพื่อประมวลผล วิเคราะห์คำถามทุกข้อมูล ด้วยการแจกแจงความถี่ หาจำนวน และร้อยละในรายข้อคำถาม คำตอบ โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์จากวัตถุประสงค์ของการศึกษาดังนี้

1. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยการงูใจในการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด
2. เพื่อวิเคราะห์การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในอำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด
3. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยการงูใจการรักษาสุขภาพที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในอำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ด้วยสถิติ Multiple Linear Regression ด้วยวิธี Stepwise selection กำหนดให้มีนัยสำคัญของการทดสอบที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิตัวอย่าง

การศึกษานี้ ผู้ศึกษาได้คุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสโครงการวิจัย G-HS 078/2563 เมื่อวันที่ 27 ตุลาคม 2563
2. ให้ข้อมูลและอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างครบด้วยชัดเจน เปิดโอกาสให้ผู้ถูกสอบถามข้อสงสัย และสามารถตัดสินใจได้อย่างอิสระในการยินยอมหรือปฏิเสธการให้ข้อมูล โดยไม่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง
2. การรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง ไม่เปิดเผย แต่จะนำข้อมูลไปเสนอผลการวิจัยโดยภาพรวม
3. การไม่ล่วงละเมิดสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ในสิทธิที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมวิจัยตามความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการปฏิเสธระหว่างการทำแบบสอบถาม ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีเงื่อนไข และหากยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้ลงนามในเอกสารไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตใจในการดูแลรักษาสุขภาพกับการดูแลรักษาสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในอำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอบ้านสร้าง ใช้แบบสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลประชาชนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 291 ชุด ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 ผลการศึกษานำเสนอด้วยการบรรยายประกอบตารางเรียงตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล
2. ปัจจัยการจิตใจในการดูแลรักษาสุขภาพ
3. การดูแลสุขภาพตนเอง
4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตใจในการดูแลรักษาสุขภาพกับการดูแลรักษาสุขภาพ

ตนเอง

ข้อมูลส่วนบุคคล

การศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุ ตำบลบ้านสร้างและตำบลบางยาง อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-64 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.6 รองลงมาคืออายุระหว่าง 65-69 ปี 70-74 ปี 75-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 32.6 ร้อยละ 16.8 ร้อยละ 7.2 และ 0.7 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย 66.4 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 4.6 ปีอายุต่ำสุด 60 ปี และอายุสูงสุด 81 ปี มีสถานภาพสมรสร้อยละ 60.8 โดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสร้อยละ 60.8 การประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทำนา เลี้ยงปลา เลี้ยงกุ้ง ร้อยละ 38.3 รองลงมาอาชีพค้าขายร้อยละ 28.7 มีโรคประจำตัวร้อยละ 52.9 ในจำนวนนี้เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 41 รองลงมาโรคเบาหวาน ร้อยละ 26 ตามตารางที่ 1 และ ตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รวม	291	100.0
อายุ(ปี)		
60-64	124	42.7
65-69	95	32.6
70-74	49	16.8
75-79	23	7.9
อายุเฉลี่ย = 66.4 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 4.6 อายุต่ำที่สุด = 60 อายุสูงที่สุด = 79		
อาชีพ		
เกษตรกรกรรม	110	37.8
ค้าขาย	85	29.2
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	65	22.3
รับจ้าง	31	10.7
สถานภาพสมรส		
โสด	37	12.7
สมรส	177	60.8
หม้าย / หย่า / แยก	77	26.5
ผู้ร่วมอาศัยในครอบครัว		
คู่สมรส	177	60.9
บุตร-ธิดา	49	16.8
ญาติ-พี่น้อง	25	8.6
อยู่คนเดียว	40	13.7

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามโรคประจำตัว

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	137	47.1
โรคประจำตัว	154	52.9
โรคความดันโลหิตสูง	63	41.0
โรคเบาหวาน	40	26.0
โรคไขมันอุดตันในเส้นเลือด	19	12.3
โรคเก๊าท์	15	9.8
โรคไต	13	8.4
โรคหัวใจ	3	1.9
โรคกระดูกเสื่อม	1	0.6

ปัจจัยการสนใจในการดูแลรักษาสุขภาพ

1. ปัจจัยการสนใจภายในในการดูแลรักษาสุขภาพ

จากการวิเคราะห์คะแนนความคิดเห็นปัจจัยการสนใจภายในในการดูแลรักษาสุขภาพในประเด็นของการป้องกันการเจ็บป่วย มาพิจารณาภาพรวม พบว่า ผู้สูงอายุ อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นปัจจัยการสนใจในการดูแลรักษาสุขภาพเท่ากับ 76.4 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 6.1 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด 63 คะแนน คะแนนสูงสุด 91 คะแนน และผู้สูงอายุ อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี มีคะแนนความคิดเห็นปัจจัยการสนใจในการดูแลรักษาสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.2 และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีคะแนนความคิดเห็นของปัจจัยการสนใจในด้านการรับรู้ความรุนแรง (ร้อยละ 51.9) การรับรู้โอกาสเสี่ยง (ร้อยละ 44.7) การคาดหวังในการดูแลรักษาสุขภาพ (ร้อยละ 54.6) และการรับรู้ความสามารถในการดูแลรักษาสุขภาพ (ร้อยละ 43.0) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางเช่นกันตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-สูงสุด และจำนวน (ร้อยละ) ของระดับ
ความคิดเห็นจำแนกตามปัจจัยเชิงกายภายในในการดูแลรักษาสุขภาพด้านการป้องกันการ
เจ็บป่วย

ปัจจัยการดูแลสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	Min-Max	ระดับ		
				สูง	ปานกลาง	ต่ำ
ปัจจัยการดูแลสุขภาพในการป้องกันการเจ็บป่วย	76.46	6.15	63-91	45 (15.5)	213 (73.2)	33 (11.3)
โดยรวม						
การรับรู้ความรุนแรง	20.77	2.75	12-25	107 (36.8)	151 (51.9)	33 (11.3)
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	17.82	3.30	9-25	31 (10.7)	130 (44.7)	130 (44.7)
การคาดหวังในการดูแลรักษาสุขภาพ	21.06	1.92	10-25	118 (40.6)	159 (54.6)	14 (4.8)
การรับรู้ความสามารถในการดูแลรักษาสุขภาพ	16.81	2.59	9-25	3 (1.0)	125 (43.0)	163 (56.0)

ด้านการรับรู้ความรุนแรง ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี เห็นด้วยอย่างยิ่งในเรื่องความผิดปกติของตาจุนแรงถึงขั้นตาบอดได้ (ร้อยละ 50.5) ความเจ็บป่วยด้วยโรคทางหูจุนแรงถึงขั้นมีปัญหาทางการได้ยิน เช่นหูน้ำหนวก โรคหินปูนในแก้วหู แก้วหูทะลุ (ร้อยละ 63.9) ความเจ็บป่วยทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันตามที่ต้องการได้ (ร้อยละ 55.7) และการพักผ่อนนอนหลับ ต่ำกว่า 8 ชั่วโมงต่อวันมีส่วนทำลายสุขภาพอย่างร้ายแรง (ร้อยละ 37.5) และเห็นด้วย ในเรื่องอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม บริโภคมากเป็นอันตรายร้ายแรงต่อสุขภาพ เช่นปลาหมึก แกงกะทิ ข้าวเหนียวมะม่วง (ร้อยละ 35.4)

ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี เห็นด้วยอย่างยิ่งในเรื่องการมีโอกาสเสี่ยงต่อดวงตาเป็นต้อหิน ต้อกระจก ต้อลม (ร้อยละ 47.8) การมีโอกาสเสี่ยงในการบริโภคอาหารที่ทำลายสุขภาพ เช่นอาหารทอด ขนมหวาน (ร้อยละ 43.6) เห็นด้วยในเรื่องการมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีภาวะกระดูกและกล้ามเนื้อผิดปกติจนไม่สามารถ เคลื่อนไหวได้ (ร้อยละ 34.4) การมีโอกาสเสี่ยงต่อการนอนหลับพักผ่อนน้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 44) ไม่แน่ใจในเรื่องการมีโอกาสเสี่ยงต่ออาการหูตึง ทำให้ไม่ยินเสียง (ร้อยละ 37.1)

ด้านการคาดหวังในการดูแลรักษาสุขภาพ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี เห็นด้วยอย่างยิ่งในเรื่องการออกกำลังกายโดยการเดิน หรือการออกไปทำไร่นาเป็นประจำ จะส่งผลให้กล้ามเนื้อและกระดูกแข็งแรง (ร้อยละ 52.9) การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม จะมีสุขภาพแข็งแรง ลดโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงได้ (ร้อยละ 58.8) เห็นด้วยในเรื่องการดูแลสุขภาพสายตาด้วยการหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมกลางแจ้งหรือที่มีแสงแดด จะช่วยให้สามารถมองเห็นได้ชัดเจน (ร้อยละ 46.4) การไปพบแพทย์เมื่อมีอาการหุดับ ปวดหู น้ำหนักไหลจะมีไต่ขึ้นเสียงชัดเจนขึ้น อาการปวดลดลง (37.8) ไม่แน่ใจในเรื่องการพักผ่อนนอนหลับมากกว่า 8 ชั่วโมงจะทำให้สุขภาพดี (ร้อยละ 32)

ด้านความสามารถในการดูแลรักษาสุขภาพ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี เห็นด้วยอย่างยิ่งในเรื่องการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม จะมีสุขภาพแข็งแรง ลดโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงได้ (ร้อยละ 40.9) เห็นด้วยในเรื่องความสามารถออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เช่นการเดิน การทำกิจวัตรประจำวัน (ร้อยละ 35.4) ความสามารถพักผ่อนนอนหลับมากกว่า 8 ชั่วโมงได้ (ร้อยละ 34.4) ไม่เห็นด้วยในเรื่องความสามารถดูแลสุขภาพสายตาด้วยการไปพบแพทย์ประจำปี ปีละ 1 ครั้ง เพื่อตรวจการมองเห็น (ร้อยละ 21.7) ความสามารถไปพบแพทย์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งเพื่อตรวจการได้ยิน (ร้อยละ 56)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามปัจจัยการงูใจภายในในการดูแลรักษาสุขภาพด้านป้องกันการเจ็บป่วย

การป้องกันการเจ็บป่วย	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
การรับรู้ความรุนแรง					
1. ความผิดปกติของตา อาจรุนแรงถึงขั้นตาบอด ได้	147 (50.5)	98 (33.7)	46 (15.8)	0 (0.0)	0 (0.0)

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ปัจจัยการจูงใจในการดูแล รักษาสุขภาพ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
2. ความเจ็บป่วยด้วยโรค ทางหูอาจรุนแรงถึงขั้นมี ปัญหาทางการได้ยิน เช่นหู น้ำหนวก โรคหินปูน ในแก้วหู แก้วหูทะลุ	186 (63.9)	80 (27.5)	18 (6.2)	4 (1.4)	3 (1.0)
3. ความเจ็บป่วยทำให้ไม่ สามารถทำกิจกรรมหรือ กิจวัตรประจำวันตามที่ ต้องการได้	162 (55.7)	100 (34.4)	12 (4.1)	9 (3.1)	8 (2.7)
4. อาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม บริโภคมากเป็น อันตรายร้ายแรงต่อสุขภาพ เช่นปลา ร้า หลน แกงกะทิ ข้าวเหนียวมะม่วง	75 (25.7)	103 (35.4)	59 (20.3)	38 (13.1)	16 (5.5)
5. การพักผ่อนนอนหลับ ต่ำกว่า 8 ชั่วโมงต่อวันมี ส่วนทำลายสุขภาพอย่าง ร้ายแรง	109 (37.5)	99 (34.0)	44 (15.0)	23 (7.9)	16 (5.5)
การรับรู้โอกาสเสี่ยง					
6. การมีโอกาสเสี่ยงต่อ ดวงตาเป็นต้อหิน ต้อกระจก ต้อลม	139 (47.7)	64 (22.0)	48 (16.5)	27 (9.3)	13 (4.5)
7. การมีโอกาสเสี่ยงต่อ อาการหูตึง ทำให้ไม่ยินเสียง	68 (23.4)	46 (15.8)	108 (37.1)	44 (15.1)	25 (8.6)

ตารางที่ 4 (ต่อ)

การจูงใจในการดูแลรักษา สุขภาพ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
8. การมีโอกาสเสี่ยงต่อการ มีภาวะกระดูกและกล้ามเนื้อ ฝิดปกคตินไม่สามารถ เคลื่อนไหวได้	84 (28.8)	100 (34.4)	39 (13.4)	39 (13.4)	29 (10.0)
9. การมีโอกาสเสี่ยงในการ บริโภคอาหารที่ทำลาย สุขภาพ เช่นอาหารทอด ขนมหวาน	127 (43.6)	70 (24.1)	30 (10.3)	37 (12.7)	27 (9.3)
10. การมีโอกาสเสี่ยงต่อ การนอนหลับพักผ่อนน้อย กว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน การคาดหวังในการดูแล รักษาสุขภาพ	40 (13.7)	128 (44.0)	9 (3.1)	59 (20.3)	55 (18.9)
11. การดูแลรักษาสาขตา ด้วยการหลีกเลี่ยงการทำ กิจกรรมกลางแจ้งหรือที่มี แสงแดด จะช่วยให้ สามารถมองเห็นได้ชัดเจน	133 (45.7)	135 (46.4)	20 (6.9)	2 (0.7)	1 (0.3)
12. การไปพบแพทย์เมื่อมี อาการหูดับ ปวดหู น้ำหนวก ไหลจะมีได้ยินเสียงชัดเจน ขึ้น อาการปวดลดลง	102 (35.1)	110 (37.8)	76 (26.1)	1 (0.3)	2 (0.7)

ตารางที่ 4 (ต่อ)

การสนใจในการดูแลรักษา สุขภาพ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
13. การออกกำลังกายโดย การเดิน หรือการออกไป ทำไร่นาเป็นประจำ จะ ส่งผลให้กล้ามเนื้อและ กระดูกแข็งแรง	154 (52.9)	115 (39.5)	17 (5.8)	5 (1.8)	0 (0.0)
14. การหลีกเลี่ยงการ รับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม จะมีสุขภาพ แข็งแรง ลดโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงได้	171 (58.8)	81 (27.8)	31 (10.7)	8 (2.7)	0 (0.0)
15. การพักผ่อนนอน หลับมากกว่า 8 ชั่วโมงจะ ทำให้สุขภาพดี การรับรู้ความสามารถใน การดูแลสุขภาพสุขภาพ	87 (29.9)	93 (32.0)	74 (25.4)	32 (11.0)	5 (1.7)
16. ความสามารถดูแล รักษาสายตาด้วยการไป พบแพทย์ประจำปี ปีละ 1 ครั้ง เพื่อตรวจการ มองเห็น	82 (28.2)	51 (17.5)	51 (17.5)	63 (21.7)	44 (15.1)
17. ความสามารถไปพบ แพทย์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งเพื่อตรวจการได้ยิน	11 (3.8)	22 (7.6)	42 (14.4)	163 (56.0)	53 (18.2)

ตารางที่ 4 (ต่อ)

การจงใจในการดูแลรักษา สุขภาพ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่าง ยิ่ง
18. ความสามารถ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรส หวาน มัน เค็มที่เป็น อันตรายต่อสุขภาพได้	119 (41.0)	99 (34.0)	35 (12.0)	37 (12.7)	1 (0.3)
19. ความสามารถออก กำลังกายครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เช่นการ เดิน การทำกิจวัตร ประจำวัน	91 (31.3)	103 (35.4)	40 (13.7)	55 (18.9)	2 (0.7)
20. ความสามารถ พักผ่อนนอนหลับ มากกว่า 8 ชั่วโมงได้	80 (27.5)	100 (34.4)	21 (7.2)	85 (29.2)	5 (1.7)

2. ปัจจัยการจงใจภายนอกในการดูแลรักษาสุขภาพ

จากการวิเคราะห์คะแนนความคิดเห็นปัจจัยปัจจัยการจงใจภายนอกในการดูแลรักษาสุขภาพ ในประเด็นของการสนับสนุนทางสังคมมาพิจารณาภาพรวม พบว่า ผู้สูงอายุ อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลรักษาสุขภาพ เท่ากับ 65.4 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 8.7 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด 47 คะแนน คะแนนสูงสุด 89 คะแนน และผู้สูงอายุ อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี มีคะแนนความคิดเห็นการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลรักษาสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 75.6 และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีคะแนนความคิดเห็นการสนับสนุนจากครอบครัว (ร้อยละ 94.5) การสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน (ร้อยละ 33.7) การสนับสนุนจากหน่วยงานรัฐ (ร้อยละ 83.8) การสนับสนุนจากสื่อสารมวลชน (ร้อยละ 100.0) ซึ่งอยู่ในระดับต่ำเช่นกันคิดเป็นร้อยละ 94.5 ร้อยละ 33.7 ร้อยละ 83.8 ร้อยละ 100 ตามลำดับ ตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-สูงสุด และจำนวน (ร้อยละ) ของระดับ
ความคิดเห็นจำแนกตามปัจจัยงูใจภายนอกในการดูแลรักษาสุขภาพด้านการสนับสนุน
ทางสังคม

ปัจจัยการงูใจภายนอกใน การดูแลรักษาสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	Min-Max	ระดับ		
				สูง	ปานกลาง	ต่ำ
การสนับสนุนทางสังคม โดยรวม	65.45	8.57	47-89	3 (1.0)	68 (23.4)	220 (75.6)
การสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว	12.91	12.91	5-20	0 (0.0)	16 (5.5)	275 (94.5)
การสนับสนุนทางสังคม จากเพื่อนบ้าน	9.19	1.77	5-18	0 (0.0)	1 (0.3)	290 (99.7)
การสนับสนุนทางสังคม จากหน่วยงานรัฐ	14.36	3.59	10-23	42 (14.4)	5 (1.7)	244 (83.9)
การสนับสนุนทางสังคม จากสื่อสารมวลชน	28.98	3.63	22-36	0 (0.0)	0 (0.0)	291 (100.0)

ด้านการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ อำเภอบ้านสร้าง จังหวัด
ปราจีนบุรี ปฏิบัติเกือบทุกครั้งในเรื่องครอบครัวมักจะแนะนำหรือปรุงอาหารเพื่อสุขภาพที่ลดหวาน
มัน เค็ม เน้นผักต้ม ปลาย่างให้รับประทาน (ร้อยละ 38.8) ครอบครัวแนะนำให้ออกกำลังกาย โดย
การเดิน การแกว่งแขนเป็นเวลา 30 นาที (ร้อยละ 35.1) ปฏิบัตินาน ๆ ครั้งในเรื่องครอบครัวแนะนำให้
ใช้น้ำอุ่นเช็ดดวงตาเมื่อมีจี้ตาเยอะ (ร้อยละ 59.1) ครอบครัวแนะนำให้สวมหมวกก่อนนอนเพื่อที่
จิตใจสงบ (ร้อยละ 31.3) ไม่เคยปฏิบัติเลยในเรื่องครอบครัวให้คำแนะนำในเรื่องการดูแลรักษาทำ
ความสะอาดใบหู (ร้อยละ 62.5)

ด้านการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ อำเภอบ้านสร้าง จังหวัด
ปราจีนบุรี ปฏิบัตินาน ๆ ครั้งในเรื่องเพื่อนบ้านชักชวนให้เดินออกกำลังกายเพื่อให้สุขภาพแข็งแรง
(ร้อยละ 51.5) เพื่อนบ้านแนะนำให้รับประทานอาหารให้ครบ 3 มื้อ (ร้อยละ 54) เพื่อนบ้านให้ยา
นอนหลับแก้เมื่อบอกว่า นอนไม่หลับ มาเป็นเวลาหลายคืน (ร้อยละ 51.9) ไม่เคยปฏิบัติเลยในเรื่อง
เพื่อนบ้านมักให้คำแนะนำให้น้ำอุ่นเช็ดดวงตา เมื่อมีอาการจี้ตาเยอะ น้ำตาไหลบ่อยครั้งต่อวัน
(ร้อยละ 57.7) เพื่อนบ้านแนะนำให้ใช้สำลีพันหูแทนไม้แคะหู เพื่อลดการอักเสบ (ร้อยละ 79.4)

ด้านการสนับสนุนทางสังคมจากหน่วยงานรัฐ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ อาเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี ปฏิบัติงาน ๆ ครั้งในเรื่องเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้คำแนะนำเรื่อง การพบแพทย์ เพื่อตรวจระดับสายตาอย่างน้อย 1 ครั้ง /ปี (ร้อยละ 56) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ข้อมูลข่าวสารหรือ ประชาสัมพันธ์ให้ออกกำลังกาย โดยการเดินอย่างน้อย 30 นาที หรือแกว่งแขนลดพุง 3 ครั้งต่อ สัปดาห์ (ร้อยละ 57) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำการเลือกทำประเภทอาหารให้มีประโยชน์ต่อ สุขภาพเช่น เน้นกินผักต้ม ย่าง แทนการทอด (ร้อยละ 51.9) ไม่เคยปฏิบัติเลยในเรื่องเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขให้คำแนะนำในเรื่องการดูแลรักษาหู (ร้อยละ 57.7) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำให้ เปลี่ยน วิธีการพักผ่อนนอนหลับ เช่น ฝึกเข้านอนและตื่นนอนเป็นเวลา อาจจะงีบหลับในช่วงบ่าย ได้บ้างแต่หลังจากตื่นช่วงบ่ายจะต้องเดินออกกำลังกายยืดเส้นบ้าง (ร้อยละ 54.6)

ด้านการสนับสนุนทางสังคมจากสื่อสารมวลชน ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ อาเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี ไม่เคยปฏิบัติเลยในเรื่องการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องการดูแลสุขภาพดวงตา โดย แบ่งออกเป็นจากสื่อ โทรทัศน์ สื่อวิทยุ สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อชุมชนเสียงตามสาย (คิดเป็นร้อยละ 39.9, 83.2, 96.6, 100 ตามลำดับ) การได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพหู โดยแบ่งออกเป็นจากสื่อ โทรทัศน์ สื่อวิทยุ สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อชุมชนเสียงตามสาย (คิดเป็นร้อยละ 76.6, 85.2, 95.9, 100 ตามลำดับ) การได้รับวิธีการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ โดยแบ่งออกเป็นจาก สื่อวิทยุ สื่อ สิ่งพิมพ์ สื่อชุมชนเสียงตามสาย (คิดเป็นร้อยละ 88.7, 94.5, 100, ตามลำดับ และสื่อโทรทัศน์ ปฏิบัติ เกือบทุกครั้ง (ร้อยละ 39.5) การได้รับความรู้เกี่ยวกับประเภทอาหารที่มีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุโดยแบ่ง ออกเป็นจาก สื่อวิทยุ สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อชุมชนเสียงตามสาย (คิดเป็นร้อยละ 88.3, 93.8, 94.2, ตามลำดับ และสื่อโทรทัศน์ ปฏิบัติบางครั้ง (ร้อยละ 48.1) การได้รับความรู้เรื่องวิธีการพักผ่อนนอน หลับ โดยแบ่งออกเป็นจากสื่อโทรทัศน์ สื่อวิทยุ สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อชุมชนเสียงตามสาย (คิดเป็นร้อยละ 78.7, 94.5, 93.8, 100 ตามลำดับ) ตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามปัจจัยการจงใจภายนอกในการดูแลรักษา
สุขภาพด้านการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม	ระดับความคิดเห็น				
	ทุกครั้ง	เกือบทุก ครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยเลย
ครอบครัว					
1. ครอบครัวแนะนำให้ใช้น้ำอุ่นเช็ดดวงตาเมื่อมีขี้ตาเยอะ	1 (0.3)	5 (1.7)	60 (20.7)	172(59.1)	53 (18.2)
2. ครอบครัวให้คำแนะนำในเรื่องการดูแลรักษาทำความสะอาดใบหน้า	1 (0.3)	2 (0.7)	21 (7.2)	85 (29.2)	182 (62.6)
3. ครอบครัวมักจะแนะนำให้หรือปรุงอาหารเพื่อสุขภาพที่ลดหวาน มัน เค็ม เน้นผักต้ม ปลาย่างให้รับประทาน	76 (26.1)	113 (38.8)	45 (15.5)	15 (5.2)	42 (14.4)
4. ครอบครัวแนะนำให้ออกกำลังกาย โดยการเดิน การแกว่งแขนเป็นเวลา 30 นาที	50 (17.2)	102 (35.1)	47 (16.2)	41 (14.0)	51 (17.5)
5. ครอบครัวแนะนำให้สวดมนต์ก่อนนอนเพื่อที่จิตใจสงบ	34 (11.7)	33 (11.3)	70 (24.1)	91 (31.3)	63 (21.6)

ตารางที่ 6 (ต่อ)

การสนับสนุนทางสังคม	ระดับความคิดเห็น				
	ทุกครั้ง	เกือบทุก ครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยเลย
เพื่อน					
6. เพื่อนบ้านมักให้คำแนะนำ ให้น้ำอุ่นเช็ดดวงตา เมื่อมี อาการจี้ตาเยอะ น้ำตาไหล บ่อยครั้งต่อวัน	1 (0.3)	0 (0.0)	18 (6.2)	104 (35.7)	168 (57.8)
7. เพื่อนบ้านแนะนำให้ใช้ สำลีปั่นหูแทนไม้แคะหู เพื่อ ลดการอักเสบ	1 (0.3)	0 (0.0)	14 (4.8)	45 (15.5)	231 (79.4)
8. เพื่อนบ้านชักชวนให้เดิน ออกกำลังกายเพื่อให้อุณหภูมิ แข็งแรง	0 (0.0)	3 (1.0)	66 (22.7)	150 (51.5)	72 (24.8)
9. เพื่อนบ้านแนะนำให้ รับประทานอาหารให้ครบ 3 มื้อ	5 (1.7)	59 (20.3)	50 (17.1)	157 (54.0)	20 (6.9)
10. เพื่อนบ้านให้ยานอนหลับ แก้เมื่อบอกว่า นอนไม่หลับ มาเป็นเวลาหลายคืน	10 (3.4)	3 (1.0)	27 (9.3)	151 (51.9)	100 (34.4)

ตารางที่ 6 (ต่อ)

การสนับสนุนทางสังคม	ระดับความคิดเห็น				
	ทุกครั้ง	เกือบทุก ครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยเลย
หน่วยงานรัฐ					
11. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ คำแนะนำเรื่อง การพบแพทย์เพื่อ ตรวจระดับสายตาอย่างน้อย 1 ครั้ง /ปี	46 (15.8)	7 (2.4)	52 (17.9)	163 (56.0)	23 (7.9)
12. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ คำแนะนำในเรื่องการดูแลสุขภาพ หู	1 (0.3)	2 (0.7)	9 (3.1)	111 (38.1)	168 (57.8)
13. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ ข้อมูลข่าวสารหรือ ประชาสัมพันธ์ให้ออกกำลังกาย โดยการเดินอย่างน้อย 30 นาที หรือแกว่งแขนลดพุง3 ครั้งต่อ สัปดาห์	48 (16.5)	33 (11.3)	30 (10.3)	166 (57.0)	14 (4.8)
14. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำ การเลือกทำประเภทอาหารให้มี ประโยชน์ต่อสุขภาพเช่น เน้นกิน ผักต้ม อย่าง แทนการทอด	56 (19.2)	21 (7.2)	32 (11.0)	151 (51.9)	31 (10.7)
15. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำ ให้เปลี่ยน วิธีการพักผ่อนนอน หลับ เช่น ฝึกเข้านอนและตื่น นอนเป็นเวลา อาจจะงีบหลับ ในช่วงบ่ายได้บ้างแต่หลังจากตื่น ช่วงบ่ายจะต้องเดินออกกำลังกาย ยืดเส้นบ้าง	3 (1.0)	7 (2.4)	53 (18.2)	69 (23.8)	159 (54.6)

ตารางที่ 6 (ต่อ)

การสนับสนุนทางสังคม	ระดับความคิดเห็น				
	ทุกครั้ง	เกือบทุก ครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยเลย
สื่อสารมวลชน					
16. การได้รับข้อมูลข่าวสาร					
เรื่องการดูแลรักษาดวงตา					
สื่อโทรทัศน์	50 (17.2)	24 (8.2)	60 (20.6)	41 (14.1)	116 (39.9)
สื่อวิทยุ	4 (1.4)	3 (1.0)	16 (5.5)	26 (8.9)	242 (83.2)
สื่อสิ่งพิมพ์	1 (0.3)	3 (1.0)	3 (1.0)	3 (1.0)	281 (96.7)
สื่อชุมชนเสียงตามสาย	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	291 (100.0)
17. การได้ความรู้เกี่ยวกับ					
การดูแลรักษาสุขภาพหู					
สื่อโทรทัศน์	0 (0.0)	1 (0.3)	44 (15.1)	23 (8.0)	223 (76.6)
สื่อวิทยุ	4 (1.4)	5 (1.7)	27 (9.3)	7 (2.4)	248 (85.2)
สื่อสิ่งพิมพ์	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (1.4)	8 (2.7)	279 (95.9)
สื่อชุมชนเสียงตามสาย	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	291 (100.0)
18. การได้รับวิธีการออก					
กำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ					
สื่อโทรทัศน์	78 (26.8)	115 (39.5)	59 (20.3)	28 (9.6)	11 (3.8)
สื่อวิทยุ	5 (1.7)	3 (1.0)	23 (7.9)	2 (0.7)	258 (88.7)
สื่อสิ่งพิมพ์	3 (1.0)	0 (0.0)	15 (4.2)	1 (0.3)	275 (94.5)
สื่อชุมชนเสียงตามสาย	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	291 (100.0)

ตารางที่ 6 (ต่อ)

การสนับสนุนทางสังคม	ระดับความคิดเห็น				
	ทุกครั้ง	เกือบทุก ครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยเลย
สื่อสารมวลชน					
19. การได้ความรู้เกี่ยวกับประเภทอาหารที่มีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ					
สื่อโทรทัศน์	47 (16.2)	9 (3.1)	140 (48.0)	50 (17.2)	45 (15.5)
สื่อวิทยุ	1 (0.3)	24 (8.2)	8 (2.8)	1 (0.3)	257 (88.4)
สื่อสิ่งพิมพ์	3(1.0)	3 (1.0)	10 (3.4)	2 (0.7)	273 (93.9)
สื่อชุมชนเสียงตามสาย	3(1.0)	10 (3.4)	4 (1.4)	0(0.0)	274 (94.2)
20. การได้รับความรู้เรื่องวิธีการพักผ่อนนอนหลับ					
สื่อโทรทัศน์	15 (5.2)	9 (3.1)	28 (9.6)	10 (3.4)	229 (78.7)
สื่อวิทยุ	0 (0.0)	2 (0.7)	4 (1.4)	10 (3.4)	275 (94.5)
สื่อสิ่งพิมพ์	1 (0.3)	1 (0.3)	12 (4.1)	4 (1.4)	273 (93.9)
สื่อชุมชนเสียงตามสาย	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	291 (100.0)

การดูแลรักษาสุขภาพตนเอง

จากการวิเคราะห์คะแนนความคิดเห็นการดูแลรักษาสุขภาพมาพิจารณาภาพรวม พบว่าผู้สูงอายุ อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี มีคะแนนเฉลี่ยในการดูแลรักษาสุขภาพ เท่ากับ 63.9 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 2.4 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด 51 คะแนน คะแนนสูงสุด 74 คะแนน และผู้สูงอายุ อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี มีคะแนนความคิดเห็นในการดูแลรักษาสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 81.4 และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีคะแนนความคิดเห็นด้านการมองเห็น การได้ยิน การบริโภค การทำกิจกรรม การพักผ่อนนอนหลับอยู่ในระดับต่ำ เช่นกันคิดเป็นร้อยละ 67 ร้อยละ 95.2 ร้อยละ 83.5 ร้อยละ 61.5 ร้อยละ 58.8 ตามลำดับตามตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยทางสถิติและจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามการดูแลสุขภาพของตนเอง

การดูแลสุขภาพของตนเอง	\bar{X}	S.D.	Min-Max	ระดับ		
				สูง	ปานกลาง	ต่ำ
การดูแลสุขภาพตนเอง	63.95	5.48	51-74	0 (0.0)	54 (18.6)	237 (81.4)
โดยรวม						
ด้านการมองเห็น	13.54	2.41	7-18	3 (1.0)	93 (32.0)	195 (67.0)
ด้านการได้ยิน	11.47	1.60	8-17	0 (0.0)	14 (4.8)	277 (95.2)
ด้านการบริโภค	11.43	2.49	7-16	0 (0.0)	48 (16.5)	243 (83.5)
ด้านการทำกิจกรรม	13.62	1.90	7-19	6 (2.1)	106 (36.4)	179 (61.5)
ด้านการพักผ่อนนอนหลับ	13.89	1.89	8-20	6 (2.0)	114 (39.2)	171 (58.8)

ด้านการมองเห็น ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี ปฏิบัติทุกครั้งในเรื่องการสังเกตว่าตนเองมีอาการตามัว จี๊ดตามากกว่าปกติแสบตา ตาสู้แสงไม่ได้ (ร้อยละ 31.6) ปฏิบัติเกือบทุกครั้งในเรื่องการปิดไฟส่องสว่างภายในบริเวณที่แสงสว่างเข้าไม่ถึง (ร้อยละ 37.8) การใส่แว่นกันแดดเพื่อป้องกันแสงแดดจ้าก่อนออกนอกบ้านทุกครั้ง (ร้อยละ 30.9) ปฏิบัติบางครั้งในเรื่องการสังเกตว่าตนเองมีอาการตามัว จี๊ดตามากกว่าปกติแสบตา ตาสู้แสงไม่ได้ (ร้อยละ 45)

ด้านการได้ยิน ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี ปฏิบัติทุกครั้งในเรื่องการมีอาการหูดับ ปวดหู มีน้ำหนวกไหลมีกลิ่นเหม็นเน่า (ร้อยละ 96.2) ปฏิบัติบางครั้งในเรื่องการใช้ไม้แคะหูหรือสำลีปั่นหูเป็นประจำ (ร้อยละ 46.7) ปฏิบัตินาน ๆ ครั้งในเรื่องการมีอาการหูดับ ปวดหู มีน้ำหนวกไหลมีกลิ่นเหม็นเน่า (ร้อยละ 48.1) ไม่เคยปฏิบัติเลยในเรื่องการได้รับการตรวจหูจากแพทย์ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (ร้อยละ 50.9)

ด้านการบริโภค ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี ปฏิบัติบางครั้งในเรื่องการเลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันหรือเนื้อสัตว์ติดมันมาก (ร้อยละ 69.4) การรับประทานผัก ผลไม้ แทนขนมหวาน (ร้อยละ 34.7) การรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูงเช่น นม ถั่ว ผัก (ร้อยละ 34.7) การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา (ร้อยละ 33.3)

ด้านการทำกิจกรรม ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี ปฏิบัติเกือบทุกครั้งในเรื่องการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เดินสะดวก ไม่มีสิ่งกีดขวางทำให้หกล้ม (ร้อยละ 53.3) ปฏิบัติบางครั้งในเรื่องการมีอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อเวลาลุกนั่ง (ร้อยละ

52.9) การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ 3 ครั้ง ครั้ง 30 นาที เช่น การเดิน การแกว่งแขน การทำงาน ทำกิจกรรมประจำวัน (ร้อยละ 47.4) การไปพบแพทย์เมื่อมีอาการปวดหัวเข่า ปวดกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 52.2)

ด้านการพักผ่อนนอนหลับ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี ปฏิบัติทุกครั้งในเรื่องการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มชา กาแฟในช่วงเย็น (ร้อยละ 36.8) การปิดสวิตช์ก่อนเข้านอนทุกครั้งเป็นประจำ (ร้อยละ 47.8) ปฏิบัติเกือบทุกครั้งในเรื่องการพักผ่อนนอนหลับ 8 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 47.4) ไม่เคยปฏิบัติเลยในเรื่องการไปปรึกษาแพทย์ เพื่อให้พักผ่อนนอนหลับได้ (ร้อยละ 41.9) ตามตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง

การดูแลสุขภาพตนเอง	ระดับความคิดเห็น				
	ทุกครั้ง	เกือบทุก ครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย เลย
ด้านการมองเห็น					
1. การตั้งแถวตนเองมีอาการตามัว ขี้ตามากกว่าปกติ แสบตา ตาสู้แสงไม่ได้	41 (14.1)	91 (31.3)	131 (45.0)	27 (9.3)	1 (0.3)
2. การติดไฟส่องสว่างภายในบริเวณที่แสงสว่างเข้าไม่ถึง	46 (15.8)	110 (37.8)	106 (36.4)	25 (8.6)	4 (1.4)
3. การใส่แว่นกันแดดเพื่อป้องกันแสงแดดจ้าก่อนออกนอกบ้านทุกครั้ง	22 (7.6)	90 (30.9)	59 (20.3)	78 (26.8)	42 (14.4)
4. การตรวจตาที่จักษุแพทย์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	92 (31.6)	58 (20.0)	74 (25.4)	55 (18.9)	12 (4.1)

ตารางที่ 8 (ต่อ)

การดูแลสุขภาพตนเอง	ระดับความคิดเห็น				
	ทุกครั้ง	เกือบทุก ครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยเลย
ด้านการได้ยิน					
5. การมีอาการหูดับ ปวดหู มีน้ำหนวกไหลมีกลิ่น เหม็นน้ำ	1 (0.3)	4 (1.4)	51 (17.5)	140 (48.1)	95 (32.7)
6. การได้ยินเสียงเมื่อถูก รบกวนระหว่างนิ้วหัวแม่มือกับ นิ้วชี้ใกล้ใบหู	280 (96.2)	6 (2.1)	3 (1.0)	2 (0.7)	0 (0.0)
7. การใช้ไม้แคะหูหรือ สำลี่ปั่นหูเป็นประจำ	14 (4.8)	117 (40.2)	136 (46.8)	23 (7.9)	1 (0.3)
8. การได้รับการตรวจหู จากแพทย์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	23 (7.9)	25 (8.6)	46 (15.8)	49 (16.8)	148 (50.9)
ด้านการบริโภค					
9. การเลือกรับประทาน อาหารที่มีไขมันหรือ เนื้อสัตว์ติดมันมาก	8 (2.8)	11 (3.8)	202 (69.4)	35 (12.0)	35 (12.0)
10. การรับประทานผัก ผลไม้แทนขนมหวาน	18 (6.2)	68 (23.4)	101 (34.7)	72 (24.7)	32 (11.0)
11. การรับประทานอาหาร ที่มีแคลเซียมสูงเช่น นม ถั่ว ผัก ผลไม้และปลาตัวเล็ก เป็นประจำ	14 (4.9)	56 (19.2)	97 (33.3)	76 (26.1)	48 (16.5)
12. การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา	60 (20.6)	28 (9.6)	135 (46.4)	21 (7.2)	47 (16.2)

ตารางที่ 8 (ต่อ)

การดูแลสุขภาพตนเอง	ระดับความคิดเห็น				
	ทุกครั้ง	เกือบทุก ครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยเลย
ด้านการทำกิจกรรม					
13. การมีอากรปวดกระดูก และกล้ามเนื้อเวลาลุกนั่ง	18 (6.2)	107 (36.8)	154 (52.9)	8 (2.7)	4 (1.4)
14. การออกกำลังกาย น้อยสัปดาห์ 3 ครั้ง ครั้ง 30 นาที เช่น การเดิน การแกว่ง แขน การทำงาน ทำกิจวัตร ประจำวัน	29 (10.0)	78 (26.8)	138 (47.4)	35 (12.0)	11 (3.8)
15. การจัดสภาพแวดล้อม ภายในบ้านให้เดินสะดวก ไม่มีสิ่งกีดขวางทำให้หกล้ม	67 (23.0)	155 (53.3)	58 (19.9)	7 (2.4)	4 (1.4)
16. การไปพบแพทย์เมื่อมี อาการปวดหัวเข่า ปวด กล้ามเนื้อ	30 (10.3)	34 (11.7)	152 (52.2)	46 (15.8)	29 (10.0)
ด้านการพักผ่อนนอนหลับ					
17. การพักผ่อนนอนหลับ 8 ชั่วโมงต่อวัน	31 (10.7)	138 (47.4)	106 (36.4)	11 (3.8)	5 (1.7)
18. การหลีกเลี่ยงการดื่ม เครื่องดื่มชา กาแฟในช่วงเย็น	107 (36.8)	99 (34.0)	46 (15.8)	21 (7.2)	18 (6.2)
19. การปิดสวาทก่อนเข้านอน ทุกครั้งเป็นประจำ	139 (47.8)	105 (36.1)	35 (12.0)	8 (2.7)	4 (1.4)
20. การไปปรึกษาแพทย์ เพื่อให้พักผ่อนนอนหลับได้	13 (4.5)	33 (11.3)	56 (19.2)	67 (23.0)	122 (42.0)

ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยเชิงภายในและภายนอกในการดูแลรักษาสุขภาพที่มีผลต่อการดูแลรักษาสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์อย่างง่ายของอายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ผู้ร่วมอาศัยในครอบครัว โรคประจำตัว ปัจจัยเชิงภายในด้านการป้องกันการเจ็บป่วย และปัจจัยเชิงภายนอกด้านการสนับสนุนทางสังคมกับคะแนนการดูแลรักษาสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี พบว่า

อายุของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 กับการดูแลรักษาสุขภาพตนเองในเชิงบวก ($B = 0.343$, $p\text{-value} = 0.000$) คือผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย ส่งผลให้มีการดูแลรักษาสุขภาพตนเองมากขึ้น

อาชีพของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี ไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนการดูแลสุขภาพตนเอง ($B = 0.824$, $p\text{-value} = 0.326$) คือผู้สูงอายุที่มีอาชีพเกษตรกร ค้าขาย รับจ้าง ค้าขาย มีการดูแลสุขภาพตนเองไม่ต่างกัน

สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี ไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนการดูแลสุขภาพตนเอง ($B = 0.761$, $p\text{-value} = 0.444$) คือผู้สูงอายุที่มีสถานภาพ โสด สมรส หม้าย/อย่า/แยก มีการดูแลสุขภาพตนเองไม่ต่างกัน

ผู้ร่วมอาศัยในครอบครัวของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี ไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนการดูแลสุขภาพตนเอง ($B = 0.0459$, $p\text{-value} = 0.634$) คือผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับครอบครัว บุตร-ธิดา ญาติ-พี่น้อง หรืออยู่คนเดียว มีการดูแลสุขภาพตนเองไม่ต่างกัน

โรคประจำตัวของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 กับการดูแลรักษาสุขภาพตนเองในเชิงบวก ($B = 0.343$, $p\text{-value} = 0.000$) โดยผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีคะแนนการดูแลรักษาสุขภาพตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว

ปัจจัยเชิงภายในในการดูแลรักษาสุขภาพด้านการป้องกันการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 กับการดูแลรักษาสุขภาพตนเองในเชิงบวก ($B = 0.451$, $p\text{-value} = 0.000$) คือผู้สูงอายุที่มีคะแนนการรับรู้มาก จะมีคะแนนการดูแลรักษาสุขภาพตนเองมาก

ปัจจัยเชิงภายนอกในการดูแลรักษาสุขภาพด้านการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 กับการดูแลรักษาสุขภาพตนเองในเชิงบวก ($B = 0.550$, $p\text{-value} = 0.000$) คือผู้สูงอายุที่มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมมาก จะมีคะแนนการดูแลรักษาสุขภาพตนเองมาก ตามตารางที่ 9

ตารางที่ 9 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์อย่างง่ายของปัจจัยกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ปัจจัย	R	B	S.E.	t	p-value
อายุ (ปี)	0.288	0.343	0.067	5.121	0.000
อาชีพ	0.058				
ไม่ประกอบอาชีพ		Ref.			
เกษตรกรและรับจ้าง		-0.810	0.824	-0.983	0.326
ค้าขาย		-0.465	0.906	-0.513	0.608
สถานภาพ	0.055				
โสด		Ref.			
สมรส		0.761	0.994	0.766	0.444
หม้าย / หย่า / แยก		1.018	1.100	0.925	0.356
อาศัยอยู่กับ	0.028				
อยู่คนเดียว		Ref.			
ครอบครัว		0.459	0.964	0.476	0.634
บุตรธิดาและญาติ		0.371	1.080	0.343	0.732
โรคประจำตัว	0.313				
ไม่มีโรคประจำตัว		Ref.			
โรคประจำตัว		0.343	0.613	5.598	0.000
ปัจจัยจิตใจภายในในการดูแลรักษาสุขภาพ					
การป้องกันการเจ็บป่วย	0.451	0.403	0.047	8.598	0.000
ปัจจัยจิตใจภายนอกในการดูแลรักษา					
สุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม	0.550	0.352	0.031	11.205	0.000

หมายเหตุ R คือ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

B คือ ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยเชิงเส้นอย่างง่าย

(Simple linear regression)

S.E. (standard error) คือ ค่าความคาดเคลื่อนมาตรฐานของค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย

Ref. คือ กลุ่มที่ใช้ในการเปรียบเทียบสำหรับตัวแปรเชิงคุณภาพ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง

เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple linear regression) พบว่าปัจจัยงูภายนอกในการดูแลรักษาสุขภาพด้านการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยงูภายในในการดูแลรักษาสุขภาพด้านการป้องกันการเจ็บป่วย อายุ โรคประจำตัว เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลรักษาสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี โดยปัจจัยงูภายนอกในการดูแลรักษาสุขภาพด้านการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีผลมากที่สุด รองลงมา คือปัจจัยงูภายในในการดูแลรักษาสุขภาพด้านการป้องกันการเจ็บป่วย อายุ และโรคประจำตัว ตามลำดับ และมีอิทธิพลร่วมกับการดูแลรักษาสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มีค่า R-square ร้อยละ 37.8 และ adjusted R-square = 0.369 ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้วย Multiple linear regression

ปัจจัย	B _{adj}	Beta	95% CI for B _{adj}	p-value
ค่าคงที่	22.990		14.539 , 31.441	0.000
ปัจจัยงูภายในในการดูแลรักษาสุขภาพ				
การสนับสนุนทางสังคม	0.249	0.428	0.178 , 0.320	0.000
การป้องกันการเจ็บป่วย	0.156	0.188	0.057 , 0.255	0.002
อายุ	0.180	0.151	0.064 , 0.295	0.002
โรคประจำตัว				
ไม่มีโรคประจำตัว	Ref.			
มีโรคประจำตัว	1.437	0.131	0.362 , 2.513	0.009

หมายเหตุ R-square = 0.378 Adjusted R-square = 0.369

B_{adj} คือ ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย แบบปรับ (adjusted) จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ (multiple linear regression)

Beta คือ ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Standardized coefficient)

Ref. คือ กลุ่มที่ใช้ในการเปรียบเทียบสำหรับตัวแปรเชิงคุณภาพ

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายและข้อเสนอแนะ

การศึกษาปัจจัยการงูใจในการดูแลรักษาสุขภาพที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในอำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) ในรูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross sectional descriptive study) เก็บข้อมูลตัวแปรอิสระและตัวแปรตามพร้อมกันในครั้งเดียว วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยงูใจในการดูแลรักษาสุขภาพกับการดูแลรักษาสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี โดยใช้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Daniel ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ 291 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling)

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบบสัมภาษณ์ ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการศึกษา ทฤษฎี ทบทวน เอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ส่วน ข้อมูลส่วนบุคคล การงูใจในการดูแลรักษาสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งแบบสัมภาษณ์เสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์คั้งนี้ ค่าความเที่ยงของงูใจในการดูแลสุขภาพ มีค่าความเที่ยง 0.77 การสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเที่ยง 0.74 และการดูแลสุขภาพตนเอง มีค่าความเที่ยง 0.78 ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ตั้งแต่ 1 พฤศจิกายน 2563 ถึง 31 มกราคม 2564 ได้เก็บข้อมูลจำนวน 300 ชุด นำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน โดยการหาสถิติ Multiple linear regression กำหนดให้มีนัยสำคัญของการทดสอบที่ .05

สรุปผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุ อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี มี อายุเฉลี่ย 66.4 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสร้อยละ 60.9 โดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสร้อยละ 60.8 การประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ทำนา เลี้ยงปลา เลี้ยงกึ่ง ร้อยละ 38.3 มีโรคประจำตัวร้อยละ 52.9 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 47.1 และยังพบว่า อายุ โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ยกเว้นอาชีพ สถานภาพ อาศัยอยู่กับครอบครัว

ปัจจัยจิตใจภายในในการดูแลรักษาสุขภาพด้านการป้องกันการเจ็บป่วย ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุ อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี มีการรับรู้ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.2 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 90 มีการคาดหวังในการดูแลรักษาสุขภาพ รองลงมาคือ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความสามารถในการดูแลรักษาสุขภาพ ตามลำดับ ปัจจัยจิตใจภายนอกในการดูแลรักษาสุขภาพด้านการสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุ อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี มีการสนับสนุนทางสังคม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 75.6 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าผู้สูงอายุมีคะแนน การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน การสนับสนุนทางสังคมจากหน่วยงานรัฐ อยู่ในระดับต่ำเช่นกัน ยกเว้นการสนับสนุนทางสังคมจากสื่อสารมวลชนที่มีคะแนนอยู่ในระดับสูง

การดูแลสุขภาพตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุ อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี มีการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 81.4 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ในเรื่องด้านการมองเห็น การได้ยิน การบริโภค การทำกิจกรรม การพักผ่อนนอนหลับ อยู่ในระดับต่ำเช่นกัน จากการทดสอบ Multiple linear regression พบว่าปัจจัยจิตใจภายในด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและปัจจัยจิตใจภายนอกด้านการสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อการดูแลรักษาสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมปัจจัยอายุและการมีโรคประจำตัว ซึ่งสรุปได้ว่าการศึกษารายนี้ปัจจัยการมุ่งใจในการดูแลรักษาสุขภาพมีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเชิงบวก

อภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยการมุ่งใจในการดูแลรักษาสุขภาพที่มีผลต่อการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี สามารถนำผลการศึกษาไปอภิปรายได้ดังนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตใจในการดูแลรักษาสุขภาพและการดูแลรักษาสุขภาพ ผู้สูงอายุ อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรีตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยการมุ่งใจในการดูแลรักษาสุขภาพทั้งภายในและภายนอก อายุ โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 กับ การดูแลสุขภาพตนเองในเชิงบวก นั่นคือเมื่อผู้สูงอายุมีการมุ่งใจในการดูแลรักษาสุขภาพมากจะมีการดูแลรักษาสุขภาพตนเองดี ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Dunn and Rogers (1986) ว่าทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค กระตุ้นให้เกิดความกลัวที่จะเกิดโรค ซึ่งอาจจะส่งผลเพิ่มหรือลดลงของการตอบสนองอาจเป็นได้ทั้งภายในและภายนอก หากมีการมุ่งใจมากจะมีการตอบสนองหรือกลัวที่จะเกิดโรคมามากแต่หากการมุ่งใจน้อยจะส่งผลให้เกิดการกลัวที่จะเกิดโรคลดลงตามไปด้วย และ

ยังสอดคล้องกับการศึกษาของรัชรา เหลี่ยมเลิศ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพกับคุณภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางฝ้าง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตกันเชิงบวก คือเมื่อมีการสนับสนุนทางสังคมมากก็จะมีคุณภาพชีวิตที่ขึ้น เหมือนดังการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่าเมื่อมีการสนับสนุนทางสังคมมากผู้สูงอายุก็มีการดูแลสุขภาพตนเองที่มากขึ้นด้วย

อายุ มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพสภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย ในช่วงระหว่าง 60-70 ปี จะมีการดูแลสุขภาพสภาพมากที่สุด เพราะยังมีความคล่องแคล่วและยังสามารถทำงานได้อยู่ และ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุในช่วงระหว่าง 71-79 ปี มีการดูแลสุขภาพตนเองน้อยลงเพราะด้วยผู้สูงอายุมีการลงบทบาทหน้าที่ลงจากการเป็นหัวหน้าครอบครัว ร่างกายก็ทำงานไม่เต็มประสิทธิภาพเท่าเดิม อะไรที่เคยทำได้ ก็ไม่สามารถทำได้ อย่างเช่นเคย แต่อย่างไรก็ตามในช่วงอายุระหว่าง 71-79 ปี ยังต้องมีความจำเป็นในการดูแลสุขภาพตนเองกว่าช่วงอายุระหว่าง 60-70 ปี เพื่อที่จะลดการเกิดโรคที่จะต้องพบในช่วงปลายของชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี ไม่นอนติดเตียง ไปจนวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เบนจพร สว่างศรี และ เสริมศิริ แต่งงาม (2556) ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอสามชুক จังหวัดสุพรรณบุรี ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-70 ปี มีการดูแลสุขภาพตนเองสูงสุด เนื่องจากช่วงวัยของการทำงานมาไม่นานมาก ร่างกายไม่เกิดความเสื่อมเท่าที่ควรร่างกายมีความสามารถในการทำงาน ได้คืออยู่ต่างจากผู้สูงอายุช่วงวัยอื่น

อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพสภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเบนจพร สว่างศรี และเสริมศิริ แต่งงาม (2556) ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี ที่พบว่าการประกอบอาชีพมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี พบว่าสถานภาพสมรส โสด หม้าย / หย่า / แยก ไม่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองและแต่ละสถานภาพมีการดูแลสุขภาพตนเองไม่ต่างกันไม่ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาเบนจพร สว่างศรี และเสริมศิริ แต่งงาม (2556) ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี ว่าสถานภาพโสดมีการดูแลสุขภาพตนเองมากกว่าสถานภาพสมรสเนื่องจากผู้สูงอายุที่โสดไม่มีภาระมีเวลาในการดูแลตนเองมากกว่าสถานภาพสมรส

ผู้ร่วมอาศัยในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี สอดคล้องกับการศึกษานีรัชรา เหลี่ยมเลิศ ได้ศึกษา

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพกับคุณภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางฝ้าง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้ศึกษาพบว่าผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งเหมือนกับการศึกษาในครั้งนี้ที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับใครไม่มีผลต่อการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง

โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับการดูแลรักษาสุขภาพตนเองกันในเชิงบวก คือผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวจะมีการดูแลสุขภาพตนเองดีเพราะเนื่องจากกลัวความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่จะเพิ่มขึ้น ในส่วนของผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวต้องดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ห่างไกลโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง เพื่อที่จะได้มีอายุที่ยืนยาวอยู่ครอบครัวไปนาน ๆ

ปัจจัยงูใจภายในในการดูแลรักษาสุขภาพด้านการป้องกันการเจ็บป่วย ซึ่งประกอบไปด้วยการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การคาดหวังในการดูแลรักษาสุขภาพ ความสามารถในการดูแลรักษาสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ตามแนวคิดของ Dunn and Rogers (1986) ว่าทฤษฎีแรงงูใจในการป้องกันโรค กระตุ้นให้เกิดความกลัวที่จะเกิดโรค ซึ่งอาจจะส่งผลเพิ่มหรือลดลงของการตอบสนองอาจเป็นไปได้ทั้งภายในและภายนอก หากมีการงูใจมากจะมี การตอบสนองหรือกลัวที่จะเกิดโรคมกแต่หากการงูใจน้อยจะส่งผลให้เกิดการกลัวที่จะเกิดโรค ลดลงตามไปด้วย และมีความสัมพันธ์กับการดูแลรักษาสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี พบว่าการรับรู้โดยภาพรวมมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผล การศึกษาของเบณจพร สว่างศรี และเสริมศิริ แต่งงาม (2556) ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของ ผู้สูงอายุ อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี ว่าการป้องกันโรคมีคะแนนอยู่ในระดับมากทุกข้อ คือ ผู้สูงอายุมีการรับรู้ในการที่จะเกิดโรคต่าง ๆ ที่จะทำให้ร่างกายเกิดความอ่อนแอหรือไม่สามารถที่จะ ใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างเช่นเคย

ปัจจัยงูใจภายนอกในการดูแลรักษาสุขภาพด้านการสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการดูแลรักษาสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี สอดคล้องกับผลการศึกษาของพรเพ็ญ ภัทรารกร (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังในอำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี พบว่าการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพตนเอง มีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ คือเนื่องจากครอบครัวไม่มีเวลาในการดูแลและผู้สูงอายุมีการชอบอยู่บ้านมากขึ้นไม่ค่อยได้ออกไปพบปะเพื่อนบ้าน และส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ทำนา เลี้ยงปลา เลี้ยงกึ่งังไม่มีเวลาออกไปพบปะผู้อื่น ซึ่งต่างกับการศึกษานิ รัชรา เหลี่ยมเลิศ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพกับคุณภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางฝ้าง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่พบว่ามีการสนับสนุนทางสังคมภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ที่ร้อยละ 64.6

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยเชิงใจภายนอกในการดูแลสุขภาพสภาพด้านการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยเชิงใจภายในในการดูแลสุขภาพสภาพด้านการป้องกันการเจ็บป่วย อายุและโรคประจำตัว เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี และมีอิทธิพลร่วมต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ร้อยละ 37.8 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของเบณจพร สว่างศรี และเสริมศิริ แต่งาม (2556) ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์คือการป้องกันโรคภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง อายุ ที่มีอายุระหว่าง 60-65 ปี มีการดูแลสุขภาพตนเองดี ร้อยละ 30.7

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาปัจจัยการเชิงใจในการดูแลสุขภาพที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลกับการดูแลสุขภาพตนเอง ทำให้พบว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้ในระดับปานกลาง แต่การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำจึงส่งให้ผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพตนเองในระดับต่ำเช่นกัน หน่วยงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ ควรกำหนดเรื่องระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุในโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อเป็นการช่วยส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยมีกิจกรรมในการให้ความรู้ความเข้าใจในการรับรู้การเกิดโรคในด้านต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุจะพบในช่วงวัยที่มากขึ้น โดยให้เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน ที่เป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีไปจนวาระสุดท้ายของชีวิต และมีการจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้มีพบปะกันเพื่อนแลกเปลี่ยนได้พูดคุยกัน ให้ผู้สูงอายุได้ออกมาจากบ้าน เช่นการทำชมรมผู้สูงอายุขึ้น หรือถ้ามีอยู่แล้วก็ให้มีการกระตุ้นชมรมให้เกิดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป จากการศึกษาผู้สูงอายุมีคะแนนการรับรู้ทางสังคมในระดับต่ำ ซึ่งหมายถึงขาดการดูแลหรือพูดคุยกับครอบครัว เพื่อนบ้าน หน่วยงานรัฐ หรือสื่อต่าง ๆ ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนบ้าน และหน่วยงานรัฐ สื่อสารมวลชนมากขึ้น อาจจะมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมให้ความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพให้ผู้สูงอายุและครอบครัว เพื่อนบ้าน หน่วยงานรัฐก็จะได้มีการแลกเปลี่ยนในการจัดกิจกรรมและสำหรับการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป เรื่องผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการสนับสนุนทางสังคมต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอำเภอบ้านสร้างจังหวัดปราจีนบุรี

บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2563). *สถิติผู้สูงอายุของประเทศ 77 จังหวัด วันที่ 31 ธันวาคม 2563*. วันที่ค้นข้อมูล 1 มกราคม 2564. เข้าถึงได้จาก <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/335>
- กรมแพทย์ทหารเรือ. (2548). *คู่มือเวชกรรมป้องกัน. เอกสารประกอบการสอนสูตรเทคนิคเวชกรรมป้องกัน*. กรุงเทพฯ: กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทย์ทหารเรือ.
- กาญจนา ปัญญาธร. (2557). การดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในครอบครัวบ้านหนองตะไก่อำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานี. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 32(4), 33-39.
- จุฑารัตน์ จิราพงษ์ และรังสิมนต์ สุนทรไชยา. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 32(1), 134-139.
- ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง และปาริฉัตร อุทัยพันธ์. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับการรับรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรคตาต่อกระจกในผู้สูงอายุ จังหวัดยะลา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(2), 157-177.
- ทิพวัลย์ สุวรรณรักษ์. (2557). นวัตกรรมอาหารสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย*, 11(3), 1-10.
- ทศพล คำผลศิริ. (2560). คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล. *วารสารพยาบาลสาร*, 45(2), 1-13.
- นารีรัตน์ สัจจรวงษ์พนา. (2558). ความสามารถในการมองเห็นสีของผู้สูงอายุได้ระดับความสว่างต่างกัน. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 23(1), 13-25.
- นิตินัย รุ่งจินดารัตน์ และนลินี พานสายตา. (2558). โรคเบาหวานกับการสูญเสียการได้ยินในวัยสูงอายุไทย. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 10(2), 89-96.
- นิรัชรา เหลี่ยมเลิศ. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพกับคุณภาพผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบางผึ้ง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา. คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ และพิศมัย เสรีจรกิจเจริญ. (2560). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการสาธารณสุขกรณีศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร*. กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักส์.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2553). *เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย*. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: ศรีอนันต์การพิมพ์.

- เบญจพร สว่างศรี และเสริมศิริ แต่งงาม. (2556). การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ*, 1(2), 128-137.
- ประภาพร มโนรัตน์, กฤษณะ คำฟอง, วรพล แวงนอก และพรฤดี นิธิรัตน์. (2559). การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุของผู้สูงอายุไทยพุทธในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์*, 8(2), 96-111.
- พรพรรณ โรจน์ตระกูล. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคผิวหนัง กรณีศึกษา สถาบันโรคมะเร็ง กรุงเทพมหานคร. *วารสารกรมการแพทย์*, 37(3), 209-214.
- พิมพ์สุทธิ บัวแก้ว และรติพร ถึงฝั่ง. (2559). การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. *วารสารสมาคมนักวิจัย*, 21(2), 94-109.
- มุกดา เดชประพันธ์ และ ปิยวดี ทองยศ. (2560). ปัญหาทางตาที่พบบ่อยและการสร้างเสริมสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุ. *วารสารการพยาบาลราชภัฏบิรมิมหาวิทยาลัยมหิดล*, 20(1), 1-9.
- ลัดดา เกียมวงศ์ และจอม สุวรรณโณ. (2557). ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการทรงตัวบกพร่องของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท. *วารสารการพยาบาลตำรวจ*, 6(2), 56-69.
- วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว. (2557). พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาล ตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. สาขาการบริหารทั่วไป, วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิสาขา แซ่ฮ้อย, ระวีวรรณ วรรณวิไชย และวรพล อร่ามรัศมีกุล. (2560). การพัฒนากิจกรรมการเคลื่อนไหวบำบัดเพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการทรงตัวในผู้สูงอายุ. *วารสารสถาบันวัฒนธรรมและศิลปะ*, 19(1), 144-153.
- ศิริรัตน์ ปานอุทัย, ทศพร คำผลศิริ และณัฐชยาน์ สุวรรณคฤหาสน์. (2560). *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. เชียงใหม่: สมาร์ทโคตรดิ่ง แอนด์ เซอร์วิส.
- สุชาดา สมบูรณ์, สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์และชมนาด สุ่มเงิน (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารเกื้อการุณย์*, 25(1), 141-153.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี (2563). *สถิติประชากร ปี2563*. วันที่ค้นข้อมูล 1 มกราคม 2564. เข้าถึงได้จาก https://pri.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/pop_sex_age.php&cat_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0&id=710884bc8d16f755073cf194970b064a

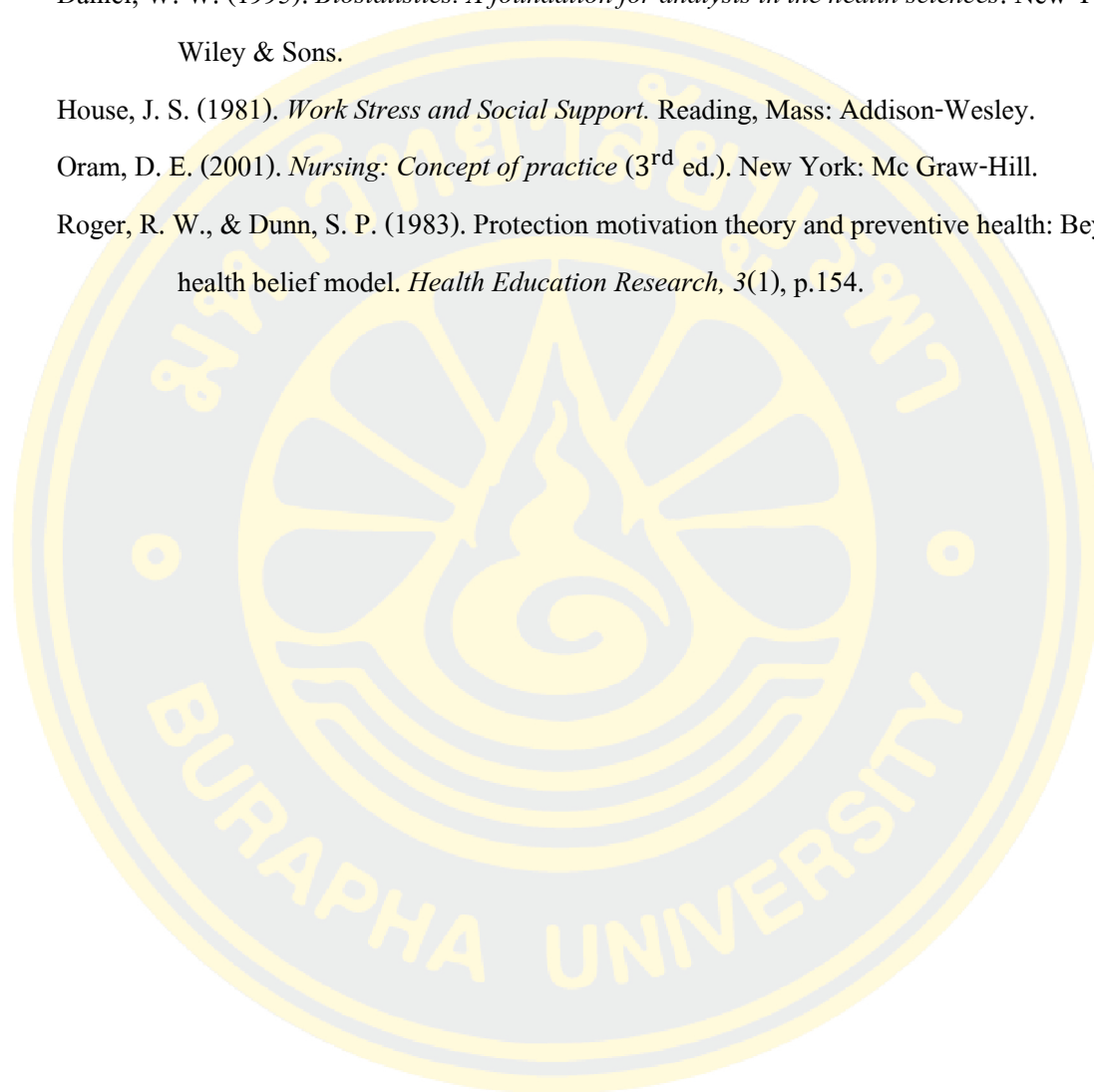
สำนักอนามัยผู้สูงอายุกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *คู่มือมาตรฐานบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล*. กรุงเทพฯ: สำนักบริการวิชาการมหาวิทยาลัยศิลปากร.

Daniel, W. W. (1995). *Biostatistics. A foundation for analysis in the health sciences*. New York: Wiley & Sons.

House, J. S. (1981). *Work Stress and Social Support*. Reading, Mass: Addison-Wesley.

Oram, D. E. (2001). *Nursing: Concept of practice* (3rd ed.). New York: Mc Graw-Hill.

Roger, R. W., & Dunn, S. P. (1983). Protection motivation theory and preventive health: Beyond health belief model. *Health Education Research*, 3(1), p.154.





ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถาม

เรื่อง ปัจจัยการจูงใจในการดูแลรักษาสุขภาพที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุใน
อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิตโดยแบบ
สัมภาษณ์ชนิดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจูงใจในการดูแลรักษาสุขภาพที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพ
ตนเองของผู้สูงอายุในอำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี แบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 การจูงใจในการดูแลรักษาสุขภาพ

ส่วนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 4 การดูแลสุขภาพตนเอง

โดยข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามนี้ จะถือเป็นความลับ และจะนำข้อมูลไปวิเคราะห์ใน
ภาพรวม ซึ่งไม่ก่อให้เกิดผลกระทบใด ๆ แก่ผู้ตอบแบบสอบถาม ดังนั้นจึงขอความกรุณาจากท่าน
ตอบคำถามในแบบสอบถามตามความรู้สึกที่แท้จริงของท่าน

ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงที่เสียสละเวลา และให้ความร่วมมือในการ
ตอบแบบสัมภาษณ์ครั้งนี้

นางสาวสุปรียา บุญคง

นิสิตปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

แบบสอบถามเรื่อง ปัจจัยจูงใจในการดูแลรักษาสุขภาพที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของ
ผู้สูงอายุในอำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่ตรงกับคำตอบของท่าน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. อายุ.....ปี

2. การประกอบอาชีพ

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ | <input type="checkbox"/> 4. รับจ้าง |
| <input type="checkbox"/> 2. เกษตรกรรม (ทำนา เลี้ยงปลา เลี้ยงกุ้ง) | <input type="checkbox"/> 5. ค้าขาย |
| <input type="checkbox"/> 3. ธุรกิจส่วนตัว | <input type="checkbox"/> 6. อื่น ๆ ระบุ..... |

3. ท่านมีสถานภาพสมรส

1. โสด
2. คู่
3. หม้าย / หย่า / แยก

4. ท่านอาศัยอยู่กับ

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. คู่สมรส | <input type="checkbox"/> 4. อยู่คนเดียว |
| <input type="checkbox"/> 2. บุตร-ธิดา | <input type="checkbox"/> 5. อื่น ๆ ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> 3. ญาติพี่น้อง | |

5. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

1. ไม่มี
2. มี ระบุโรค.....

ส่วนที่ 2 การจูงใจในการดูแลรักษาสุขภาพ

คำชี้แจง : แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบการจูงใจในการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ ไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด ดังนั้นให้ท่านตอบคำถามด้วยความรู้สึกที่แท้จริง

ส่วนที่ 2.1 การรับรู้ความรุนแรง

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)	เห็น ด้วย (4)	ไม่ แน่ใจ (3)	ไม่เห็น ด้วย (2)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)
1. การมีความผิดปกติของตาอาจรุนแรงถึงขั้นตาบอดได้					
2. การเจ็บป่วยด้วยโรคทางหูอาจรุนแรงถึงขั้นมีปัญหาทางการได้ยิน เช่นหูน้ำหนวก โรคหินปูนในหู แก้วหู ทะลุ					
3. การเจ็บป่วยทำให้ท่านไม่สามารถทำกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันตามที่ต้องการได้					
4. อาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม บริโภคมากเป็นอันตรายร้ายแรงต่อสุขภาพ เช่นปลาหมึก แกงกะทิ ข้าวเหนียว มะม่วง					
5. พักผ่อนนอนหลับ ต่ำกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน มีส่วนทำลายสุขภาพอย่างร้ายแรง					

ส่วนที่ 2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยง

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)	เห็น ด้วย (4)	ไม่ แน่ใจ (3)	ไม่เห็น ด้วย (2)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)
1. ท่านมีโอกาสเสี่ยงต่อดวงตาเป็น ต้อหิน ต้อกระจก ต้อลม					
2. ท่านมีโอกาสเสี่ยงต่ออาการหูตึง ทำให้ไม่ได้ยินเสียง					
3. ท่านมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีภาวะ กระดูกและกล้ามเนื้อฝืดปกติดึงไม่ สามารถ เคลื่อนไหวได้					
4. ท่านมีโอกาสเสี่ยงในการบริโภค อาหารที่ทำลายสุขภาพ เช่นอาหาร ทอด ขนมหวาน					
5. ท่านมีโอกาสเสี่ยงต่อการนอนหลับ พักผ่อนน้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน					

ส่วนที่ 2.3 คาดหวังในการดูแลรักษาสุขภาพ

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)	เห็น ด้วย (4)	ไม่ แน่ใจ (3)	ไม่เห็น ด้วย (2)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)
1. หากท่านดูแลรักษาสายตาด้วยการ หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมกลางแจ้งหรือที่มี แสงแดด จะช่วยทำให้ท่านสามารถ มองเห็นได้ชัดเจน					
2. หากท่านไปพบแพทย์เมื่อมีอาการหูดับ ปวดหัว น้ำหนักไหล ท่านจะได้ยินเสียง ชัดเจนขึ้น อาการปวดลดลง					
3. หากท่านออกกำลังกายโดยการเดิน หรือการออกไปทำไร่นาเป็นประจำ จะ ส่งผลให้ท่านมีกล้ามเนื้อและกระดูกที่ แข็งแรง					
4. หากท่านหลีกเลี่ยงรับประทานอาหาร หวาน มัน เค็ม ท่านจะมีสุขภาพที่แข็งแรง ลดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง					
5. หากท่านพักผ่อนนอนหลับมากกว่า 8 ชั่วโมง จะทำให้สุขภาพดี					

ส่วนที่ 2.4 การรับรู้ความสามารถในการดูแลรักษาสุขภาพ

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)	เห็น ด้วย (4)	ไม่ แน่ใจ (3)	ไม่เห็น ด้วย (2)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)
1. ท่านสามารถดูแลรักษาสายตาด้วยการไปพบแพทย์ปีละ 1 ครั้ง เพื่อตรวจการมองเห็น					
2. ท่านสามารถไปพบแพทย์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อตรวจการได้ยิน					
3. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพได้					
4. ท่านสามารถออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เช่นการเดิน การทำกิจกรรมประจำวัน					
5. ท่านสามารถพักผ่อนนอนหลับมากกว่า 8 ชั่วโมง ได้					

ส่วนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง : แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด ดังนั้นให้ท่านตอบคำถามด้วยความรู้สึกที่แท้จริง

ส่วนที่ 3.1 การสนับสนุนจากครอบครัว

ข้อความ	เสมอ (5)	บ่อยครั้ง (4)	ปานกลาง (3)	นาน ๆ ครั้ง (2)	ไม่เคยเลย (1)
1. คนในครอบครัวแนะนำให้ท่านใช้น้ำอุ่นเช็ดดวงตาเมื่อท่านมีจี้ตาเยอะ					
2. คนในครอบครัวให้คำแนะนำท่านในเรื่องการดูแลสุขภาพทำความสะอาดใบหู					
3. คนในครอบครัวมักจะแนะนำหรือปรุงอาหารเพื่อสุขภาพที่ลดหวาน มัน เค็ม เน้นผักดัม ปลาอย่าง ให้ท่านรับประทาน					
4. คนในครอบครัวแนะนำให้ท่านออกกำลังกาย โดยการเดิน การแกว่งแขนเป็นเวลา 30 นาที					
5. คนในครอบครัวแนะนำให้ท่านสวมหมวกก่อนนอนเพื่อที่จิตใจสงบ					

ส่วนที่ 3.2 การสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน

ข้อความ	เสมอ (5)	บ่อยครั้ง (4)	ปานกลาง (3)	นาน ๆ ครั้ง (2)	ไม่เคย (1)
1. เพื่อนบ้านมักให้คำแนะนำให้น้ำอุ่นเช็ดดวงตา เมื่อท่านมีอาการจี้ตาเยอะ น้ำตาไหลบ่อยครั้งต่อวัน					
2. เพื่อนบ้านแนะนำให้ท่านใช้สำลีพันหูแทนไม้แคะหู เพื่อลดการอักเสบ					
3. เพื่อนบ้านชักชวนให้ท่านเดินออกกำลังกาย เพื่อให้สุขภาพแข็งแรง					
4. เพื่อนบ้านแนะนำให้ท่านรับประทานอาหารให้ครบ 3 มื้อ					
5. เพื่อนบ้านให้ยานอนหลับแก่ท่านเมื่อท่านบอกว่านอนไม่หลับ มาเป็นเวลาหลายคืน					

ส่วนที่ 3.3 การสนับสนุนจากหน่วยงานรัฐ

ข้อความ	เสมอ (5)	บ่อยครั้ง (4)	ปานกลาง (3)	นาน ๆ ครั้ง (2)	ไม่เคยเลย (1)
1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้คำแนะนำเรื่องการพบแพทย์เพื่อตรวจระดับสายตาอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี					
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้คำแนะนำท่านในเรื่องการดูแลรักษาหู					
3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ข้อมูลข่าวสารหรือประชาสัมพันธ์ให้ท่านออกกำลังกาย โดยการเดิน อย่างน้อย 30 นาที หรือแกว่งแขนลดพุง 3 ครั้งต่อสัปดาห์					
4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำการเลือกทำประเภทอาหารให้มีประโยชน์ต่อสุขภาพ เช่น เน้นกินผักต้ม ย่าง แทนการทอด					
5. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำให้ท่านเปลี่ยนวิธีการพักผ่อนนอนหลับ เช่น ฝึกเข้านอน และตื่นนอนเป็นเวลา อาจจะมีงีบหลับในช่วงบ่ายได้บ้าง แต่หลังจากตื่นช่วงบ่ายจะต้องเดินออกกำลังกายยืดเส้นบ้าง					

ส่วนที่ 3.4 การสนับสนุนจากสื่อสารมวลชน

ในส่วนนี้สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ โดยคะแนนการให้มิตั้งแต่ระดับ 1-5 โดยมีรายละเอียดดังนี้

- 1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยเลย
- 2 คะแนน หมายถึง นาน ๆ ครั้ง
- 3 คะแนน หมายถึง ปานกลาง
- 4 คะแนน หมายถึง บ่อยครั้ง
- 5 คะแนน หมายถึง เสมอ

ข้อความ	สื่อโทรทัศน์	สื่อวิทยุ	สื่อสิ่งพิมพ์ เช่น หนังสือพิมพ์	สื่อชุมชน เช่นเสียง ตามสาย
	คะแนน 1-5	คะแนน 1-5	คะแนน 1-5	คะแนน 1-5
1. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องการดูแลรักษาดวงตาจาก				
2. ท่านได้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพหูจาก				
3. ท่านได้รับวิธีการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุจาก				
4. ท่านได้ความรู้เกี่ยวกับประเภทอาหารที่มีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุจาก				
5. ท่านได้รับความรู้เรื่องวิธีการพักผ่อนนอนหลับจาก				

ส่วนที่ 4 การดูแลสุขภาพตนเอง

คำชี้แจง : แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบการดูแลรักษาสุขภาพตนเองของ

ผู้สูงอายุ ไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด ดังนั้นให้ท่านตอบคำถามด้วยความรู้สึกที่แท้จริง

ส่วนที่ 4.1 การมองเห็น

ข้อความ	ทุก ครั้ง (5)	เกือบทุก ครั้ง (4)	บางครั้ง (3)	นาน ๆ ครั้ง (2)	ไม่เคย เลย (1)
1. ท่านสังเกตว่าตัวเองมีอาการตามัว จี๊ดตา มากกว่าปกติ แสบตา ตาสู้แสงไม่ได้					
2. ท่านติดไฟส่องสว่างภายในบริเวณที่แสง สว่างเข้าไม่ถึง					
3. ท่านใส่แว่นกันแดดเพื่อป้องกันแสงแดดจ้า ก่อนออกนอกบ้านทุกครั้ง					
4. ท่านไปตรวจตากับจักษุแพทย์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง					

ส่วนที่ 4.2 การได้ยิน

ข้อความ	ทุกครั้ง (5)	เกือบ ทุกครั้ง (4)	บางครั้ง (3)	นาน ๆ ครั้ง (2)	ไม่เคย เลย (1)
1. ท่านมีอาการหูดับ ปวดหู มีน้ำหนวกไหล มีกลิ่นเหม็นเน่า					
2. ท่านได้ยินเสียงเมื่อถูกนิ้วระหว่างนิ้วหัวแม่มือกับนิ้วชี้ใกล้ใบหู					
3. ท่านใช้ไม้และหูหรือสำลี่ปั่นหูเป็นประจำ					
4. ท่านได้รับการตรวจหูจากแพทย์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง					

ส่วนที่ 4.3 การบริโภค

ข้อความ	ทุก ครั้ง (5)	เกือบ ทุกครั้ง (4)	บางครั้ง (3)	นาน ๆ ครั้ง (2)	ไม่เคย เลย (1)
1. ท่านเลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันหรือเนื้อสัตว์ติดมันมาก					
2. ท่านรับประทานผัก ผลไม้ แทนขนมหวาน					
3. ท่านรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง ที่ช่วยเสริมสร้างกระดูกและกล้ามเนื้อ เช่น นม ถั่ว ผัก ผลไม้และปลาตัวเล็ก เป็นประจำ					
4. ท่านสูบบุหรี่ ดื่มสุรา					

ส่วนที่ 4.4 การทำกิจกรรม

ข้อความ	ทุก ครั้ง (5)	เกือบทุก ครั้ง (4)	บางครั้ง (3)	นาน ๆ ครั้ง (2)	ไม่เคย เลย (1)
1. ท่านมีอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ เวลาลุกนั่ง					
2. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ 3 ครั้ง ครั้ง 30 นาที เช่น การเดิน การแกว่งแขน การทำงาน ทำกิจวัตรประจำวัน					
3. ท่านจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เดิน สะดวก ไม่มีสิ่งกีดขวางทำให้หกล้ม					
4. ท่านไปพบแพทย์เมื่อมีอาการปวดหัวเข่า ปวดกล้ามเนื้อ					

ส่วนที่ 4.5 การพักผ่อนนอนหลับ

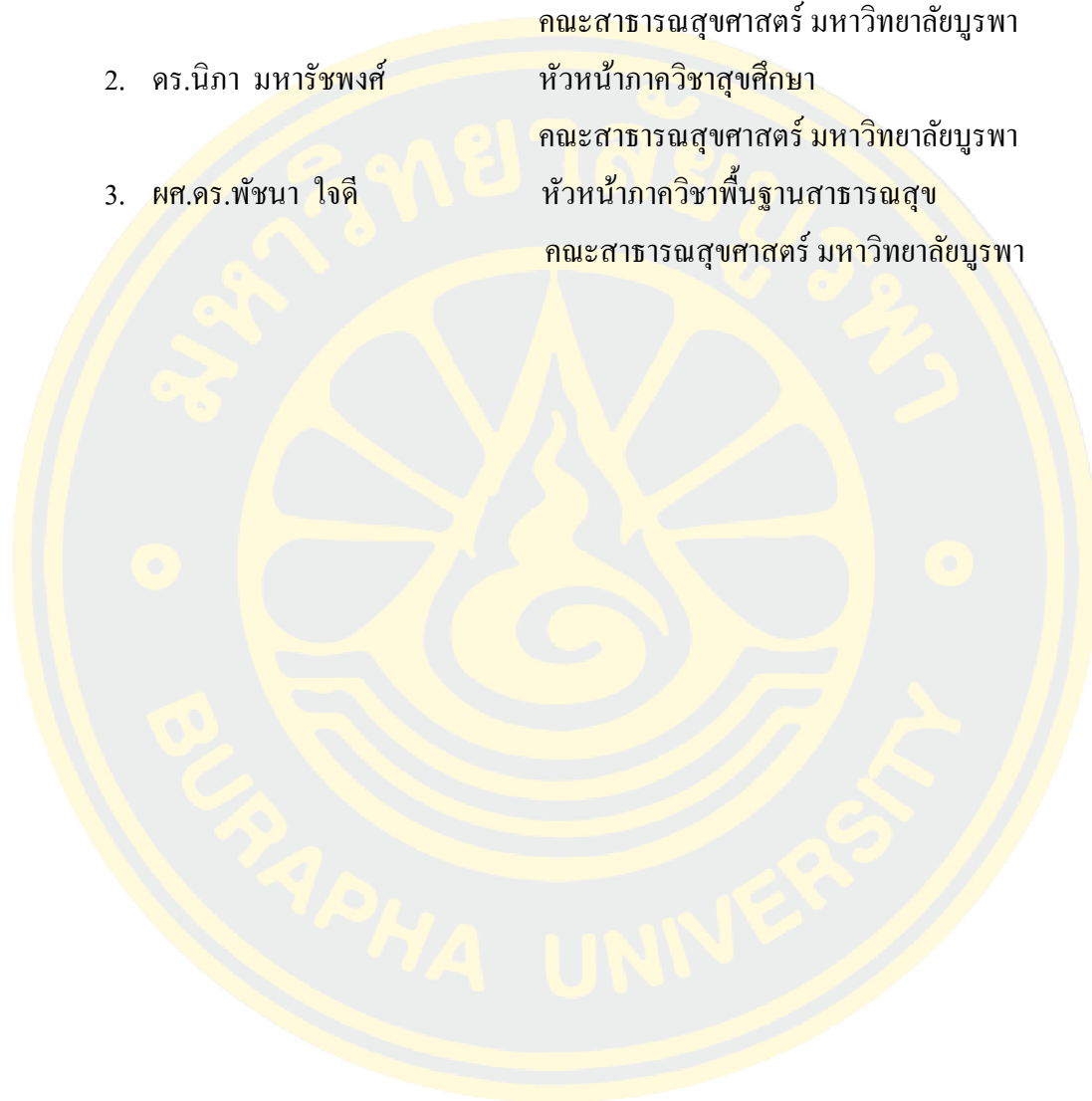
ข้อความ	ทุก ครั้ง (5)	เกือบ ทุกครั้ง (4)	บางครั้ง (3)	นาน ๆ ครั้ง (2)	ไม่เคย เลย (1)
1. ท่านพักผ่อนนอนหลับ 8 ชั่วโมงต่อวัน					
2. ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มชา กาแฟ ในช่วงเย็น					
3. ท่านบัสสาวะก่อนเข้านอนทุกครั้งเป็น ประจำ					
4. ท่านไปปรึกษาแพทย์ เพื่อให้พักผ่อน นอนหลับได้					



ภาคผนวก ข
รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

1. รศ.ดร.วสุธร ตันวัฒนกุล อาจารย์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ดร.นิภา มหารัชพงษ์ หัวหน้าภาควิชาสุขศึกษา
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. ผศ.ดร.พัชณา ใจดี หัวหน้าภาควิชาพื้นฐานสาธารณสุข
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา





ภาคผนวก ค
ตารางค่า IOC

ตารางค่า IOC													
การมุ่งใจในการดูแลรักษาสุขภาพ													
วัตถุประสงค์	ข้อ ที่	คนที่ 1			คนที่ 2			คนที่ 3			ผลรวม	ค่า IOC	ผลรวมการ วิเคราะห์
		1	0	-1	1	0	-1	1	0	-1			
การรับรู้ความ รุนแรง	1		1			1			1		3	1	นำไปใช้ได้
	2		1			1			1		3	1	นำไปใช้ได้
	3		1			1			0		2	0.66	นำไปใช้ได้
	4		1			-1			0		1	0.33	นำไปใช้ได้
	5		1			0			0		1	0.33	นำไปใช้ได้
การรับรู้โอกาส เสี่ยง	6		1			0			0		1	0.33	นำไปใช้ได้
	7		1			1			0		2	0.66	นำไปใช้ได้
	8		1			1			1		3	1	นำไปใช้ได้
	9		1			0			0		1	0.33	นำไปใช้ได้
	10		0			1			1		2	0.66	นำไปใช้ได้
คาดหวังในการ ดูแล	11		0			1			0		1	0.33	นำไปใช้ได้
รักษาสุขภาพ	12		1			1			0		2	0.66	นำไปใช้ได้
	13		1			-1			1		2	0.66	นำไปใช้ได้
	14		1			1			0		2	0.66	นำไปใช้ได้
	15		0			1			1		2	0.66	นำไปใช้ได้
	16		1			1			1		3	1	นำไปใช้ได้
ตนเองในการ	17		0			1			1		2	0.66	นำไปใช้ได้
ดูแลรักษาสุขภาพ	18		1			1			0		2	0.66	นำไปใช้ได้
	19		1			1			0		2	0.66	นำไปใช้ได้
	20		1			1			0		2	0.66	นำไปใช้ได้
	หมายเหตุ -1 ข้อที่ (4) และ (13) ผู้ทรงเสนอให้ปรับแก้โดยระบุหรือยกตัวอย่างชนิดของอาหารและ												
การออกกำลังกาย เพื่อให้ตรงกับเนื้อหาและเกิดความเข้าใจในคำถามมากขึ้น													
0 ข้อที่ (6), (9) และ (11) อ.เสนอแนะให้ปรับคำให้ตรงกับเนื้อหาและเกิดความเข้าใจในคำถามมากขึ้น													

ตารางค่า IOC													
การสนับสนุนทางสังคม													
วัตถุประสงค์	ข้อที่	คนที่ 1			คนที่ 2			คนที่ 3			ผลรวม	ค่า IOC	ผลรวมการวิเคราะห์
		1	0	-1	1	0	-1	1	0	-1			
การสนับสนุน	1		1			1			0		2	0.66	นำไปใช้ได้
จากครอบครัว	2		1			1			0		2	0.66	นำไปใช้ได้
	3		1			1			0		2	0.66	นำไปใช้ได้
	4		1			1			0		2	0.66	นำไปใช้ได้
	5		1			1			0		2	0.66	นำไปใช้ได้
การสนับสนุน	6		1			1			0		2	0.66	นำไปใช้ได้
จากเพื่อนบ้าน	7		1			1			0		2	0.66	นำไปใช้ได้
	8		1			1			1		3	1	นำไปใช้ได้
	9		1			1			1		3	1	นำไปใช้ได้
	10		1			1			1		3	1	นำไปใช้ได้
	11		0			1			1		2	0.66	นำไปใช้ได้
การสนับสนุน	12		1			1			1		3	1	นำไปใช้ได้
จากหน่วยรัฐ	13		1			1			1		3	1	นำไปใช้ได้
	14		1			1			1		3	1	นำไปใช้ได้
	15		1			1			0		2	0.66	นำไปใช้ได้
	16		1			0			0		1	0.33	นำไปใช้ได้
การสนับสนุน	17		1			0			0		1	0.33	นำไปใช้ได้
จากสื่อสาร	18		1			0			-1		1	0.33	นำไปใช้ได้
มวลชน	19		1			0			1		2	0.66	นำไปใช้ได้
	20		1			0			-1		1	0.33	นำไปใช้ได้
หมายเหตุ 0 และ -1 ข้อที่ (16), (17), (18) และ (20) ผู้ทรงเสนอให้ปรับรูปแบบสัมภาษณ์ในส่วนนี้ใหม่โดยการ													
ใช้หนึ่งคำถามแต่สามารถเลือกได้หลายคำตอบโดยการให้คะแนน 1-5													
ตารางค่า IOC													

การดูแลสุขภาพตนเอง													
วัตถุประสงค์	ข้อที่	คนที่ 1			คนที่ 2			คนที่ 3			ผลรวม	ค่า IOC	ผลรวมการวิเคราะห์
		1	0	-1	1	0	-1	1	0	-1			
การมองเห็น	1		1			0			1		2	0.66	นำไปใช้ได้
	2		0			1			1		2	0.66	นำไปใช้ได้
	3		1			1			0		2	0.66	นำไปใช้ได้
	4		1			1			1		3	1	นำไปใช้ได้
การได้ยิน	5		1			1			1		3	1	นำไปใช้ได้
	6		1			1			-1		2	0.66	นำไปใช้ได้
	7		1			1			1		3	1	นำไปใช้ได้
	8		1			1			0		2	0.66	นำไปใช้ได้
การบริโภค	9		1			1			1		3	1	นำไปใช้ได้
	10		1			1			1		3	1	นำไปใช้ได้
	11		1			1			-1		2	0.66	นำไปใช้ได้
	12		1			1			0		2	0.66	นำไปใช้ได้
การทำกิจกรรม	13		1			1			1		3	1	นำไปใช้ได้
	14		1			1			1		3	1	นำไปใช้ได้
	15		1			1			1		3	1	นำไปใช้ได้
	16		1			1			1		3	1	นำไปใช้ได้
การพักผ่อน	17		1			1			0		2	0.66	นำไปใช้ได้
นอนหลับ	18		1			1			0		2	0.66	นำไปใช้ได้
	19		1			1			1		3	1	นำไปใช้ได้
	20		1			1			1		3	1	นำไปใช้ได้
หมายเหตุ -1 ข้อที่ (6) ผู้ทรงเสนอให้ปรับคำถามใหม่เพื่อให้เกิดความเข้าใจและตรงกับเนื้อหา													
ข้อที่ (11) ผู้ทรงเสนอให้ปรับคำในคำถามเพื่อให้เกิดความเข้าใจและยกตัวอย่างชนิดของอาหาร													