



พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของผู้สูงอายุชาวกูยในจังหวัด ทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*

ธวัชชัย ยืนยาว**

นริมาลย์ นิละไพจิตร***

จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของผู้สูงอายุชาวกูย ตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุชาวกูยที่อาศัยในหมู่บ้านข้างในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต.3 แห่งในตำบลกระโพ อำเภอนาคู จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 409 ราย คัดเลือกตัวอย่างโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม 6 ฉบับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 71.4 ปี มีการใช้ระบบบริการสุขภาพทั้ง 2-3 ระบบร่วมกัน มีการเปลี่ยนไปมาระหว่างระบบบริการสุขภาพทั้ง 3 ระบบ ได้แก่ ระบบบริการสุขภาพแบบสามัญ พืชพันธุ์และวิชาชีพ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ ได้แก่ อายุ รายได้ การออกกำลังกาย การกินยาแก้ปวด การรับรู้ภาวะสุขภาพปัจจุบัน ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านสังคม การปฏิบัติตามความเชื่อ ประเพณี และวัฒนธรรมด้านการดูแลสุขภาพและความเชื่อมั่นของผู้สูงอายุต่อระบบบริการสุขภาพ

ผลการศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะสำหรับพยาบาลชุมชนควรมีความเข้าใจถึงการปฏิบัติตามความเชื่อ ประเพณีและวัฒนธรรมท้องถิ่นเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน การเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพให้สอดคล้องกับวิถีชุมชนและเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ชาวกูย; พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ; ความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพ

*วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

** นักศึกษาปริญญาโทสาขาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล,

e-mail: tock_noknoi@hotmail.com

*** โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล



The Health Seeking Behaviors of the Elderly among the Kui Ethnic Community in North Eastern Province of Thailand*

Thawatchai Yeunyow**

Nareemarn Neelapaichit ***

Chularuk Kaveevivitchai***

Abstract

This descriptive research aimed to describe the health seeking behaviors of the elderly among the Kui ethnic community. A sample of the 409 elderly participants drawn from 3 Sub-District Health Promoting Hospitals in Krapho Sub-District, Tatoon District, Surin province were selected by stratified random sampling. Data were collected using six instruments and analyzed through descriptive statistics. The results revealed that most of the sample were female with a mean age of 71.4 years, and they used 2 or 3 sectors of the health service system at the same time and interchangeably in the 3 sectors (Popular, Folk and Professional sector). The health seeking behavior was significantly related to age, income, exercise, pain medication intake, health status perception and social ability. The Kui Traditional and Cultural self-care practices and confidence in the health service system were also related to the health seeking behaviors. The results suggested that community nurses should understand the traditional and cultural beliefs of the Kui elderly and apply this knowledge to health promotion, prevention, rehabilitation and use this result in developing the health care system for the elderly.

Keywords: Kui ethnic community; health seeking behaviors; self-care belief

*Master thesis of Nursing Science (Community Health Nurse Practitioner) Ramathibodi School of Nursing, Mahidol University

**Graduate student, Master of Nursing, Ramathibodi School of Nursing, Mahidol University, e-mail: tock_noknoi@hotmail.com

***Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University



ความเป็นมาและความสำคัญ

ผู้สูงอายุกำลังเป็นประเด็นสำคัญทั่วโลกเนื่องจากมีแนวโน้มประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มมากขึ้นปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเท่ากับ 9.4 ล้านคน หรือร้อยละ 14.57 และมีประชากรสูงอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 6.3 ล้านคน หรือร้อยละ 9.77 จึงเป็นโครงสร้างประชากรที่เข้าสู่สังคมสูงอายุ (Aging society) และอีกไม่เกิน 10 ปีประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged society) และในปี พ.ศ. 2575 จะเข้าสู่โครงสร้างสังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super-aged society) เมื่อประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20¹ จากสถิติจะเห็นว่าการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม และมักมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรคที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงตามวัยหรือพยาธิสภาพของโรค

เมื่อบุคคลเจ็บป่วยอันมีผลกระทบกับการดำเนินชีวิต บุคคลจึงแสวงหาการดูแลหรือการบริการเพื่อให้หายหรือสุขภาพดี ตามแนวคิดของโคลน์แมน² กล่าวว่า พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพเป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ในการตัดสินใจที่จะเลือกใช้การดูแลสุขภาพที่มีอยู่ในบริบทของชุมชนภายหลังประเมินความเจ็บป่วยของตนเอง โดยอธิบายขั้นตอนในการแสวงหาบริการสุขภาพด้วยแบบจำลองการอธิบายโรค (Explanatory model) ที่อธิบายว่า ความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย วัฒนธรรม ประเพณี ประสบการณ์และใช้เป็นแนวทางการตัดสินใจ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นอย่างไร อาจจะรักษาด้วยตนเองก่อน หรือหาคำแนะนำจากบุคคลรอบครัว เครือญาติและชุมชน ด้วยการเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ในชุมชน

นอกจากนี้โคลน์แมนได้แบ่งระบบการดูแลสุขภาพออกเป็น 3 ระบบ ดังนี้ 1) ระบบสุขภาพแบบสามัญ (Popular sector) เป็นการดูแลสุขภาพและการรักษาความเจ็บป่วยโดยจะใช้องค์ความรู้ที่บอกต่อกันมาจากรุ่นสู่รุ่น ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและเครือข่ายทาง

สังคมเข้ามาร่วมให้คำแนะนำหรือตัดสินใจ 2) ระบบสุขภาพแบบพื้นบ้าน (Folk sector) เป็นการจัดการกับความเจ็บป่วยโดยใช้ระบบการดูแลสุขภาพที่มีอยู่ในชุมชน สมาชิกในครอบครัวไม่สามารถดูแลตนเองได้จำเป็นต้องไปขอรับการรักษาที่หมอพื้นบ้านที่มีความเชี่ยวชาญในแต่ละอาการ การดูแลพื้นบ้านนี้จะมีการถ่ายทอดความรู้แบบเรียนพักลักจำ ไม่มีระเบียบแบบแผนในการถ่ายทอดความรู้เป็นการสั่งสมประสบการณ์ ไม่มีวิชาชีพรองรับ และ 3) ระบบสุขภาพแบบวิชาชีพ (Professional sector) เป็นระบบการแพทย์ปัจจุบันมีวิชาชีพรองรับ ในการเลือกการดูแลตนเองในแต่ละระบบนั้นมีกระบวนการคิดและตัดสินใจด้วยเหตุผลของส่วนบุคคลที่มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของตนเองมากที่สุดโดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ อายุ ความสามารถในการทำหน้าที่ทางด้านสังคม การปฏิบัติตามความเชื่อ ประเพณีและวัฒนธรรม ด้านการออกกำลังกาย และการจัดสิ่งแวดล้อม³

จังหวัดสุรินทร์ มีชื่อเสียงทางด้านการเลี้ยงช้าง จังหวัดหนึ่งในประเทศไทย มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 212,999 คน เพศชาย 95,351 คน เพศหญิง 117,648 คน และมีค่าดัชนีการสูงวัยเท่ากับ 79.4 ประชากรในจังหวัดสุรินทร์มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ ได้แก่ ชาวไทยเขมร ชาวไทยกูย และชาวไทยลาว ชาวไทยกูยเป็นประชากรมากเป็นลำดับที่ 2 คือร้อยละ 38 รองจากชาวไทยเขมร อาศัยในอำเภอต่างๆ ของจังหวัดสุรินทร์ โดยชาวไทยกูยในแต่ละพื้นที่จะมีทั้งความแตกต่างและคล้ายคลึงในสิ่งที่เกี่ยวกับภาษาและวัฒนธรรมตามบริบทของแต่ละพื้นที่⁴

ชาวกูยที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านช้าง ตำบลกระโพ อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ ซึ่งมีเพียงแห่งเดียวในประเทศไทยและเป็นชุมชนที่มีการเลี้ยงช้างในครัวเรือนที่ใหญ่ที่สุดในโลกชาวกูยจะมีความผูกพันกับช้างมาก การเลี้ยงช้างถือเป็นมรดกทางวัฒนธรรมซึ่งรับปฏิบัติสืบทอดกันมาจากบรรพบุรุษ ช้างเปรียบเสมือนตัวแทน



แห่งบรรพบุรุษ การปฏิบัติต่อช้างจึงแสดงออกมาในลักษณะเช่นเดียวกับการปฏิบัติต่อบรรพบุรุษ⁵ รวมถึงมีความเชื่อที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพและความสุขของบุคคลและครอบครัว เช่น การเซ่นไหว้ผี “ยะจ๊ะฮ” ซึ่งเชื่อว่าผีจะปกปักรักษาดูแลบุคคลในครอบครัวหรือการเซ่นไหว้ผีปะกำ “ศาลปะกำ” ศาลปะกำยังเป็นที่เก็บรักษาหนังปะกำและอุปกรณ์ในการคล้องช้าง หนังปะกำ คือ เชือกบ่วงบาศ และสายโยงที่ใช้คล้องช้างป่า ทำจากหนังกระบือสดและมีความเชื่อว่าหากเกิดความเจ็บป่วยจะใช้หนังปะกำฝนเพื่อตีรักษาอาการเจ็บป่วยในเบื้องต้นและความเชื่อพิธีกรรมดนตรีบำบัด “เกลมอ” เป็นการร่ายรำในการแก้ไขหรือบรรเทาอาการรุนแรงของการเจ็บป่วยโดยใช้ร่างทรงเพื่อสื่อสารกับผีและหาวิธีการแก้ไข⁶

กระทรวงสาธารณสุขตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จึงได้กำหนดนโยบายเพื่อให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพที่ดีภายใต้การเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม (accessibility and equity) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้บริการเชิงรุกแก่ผู้สูงอายุภายใต้แนวคิด “โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เอื้ออาทรผู้สูงอายุ” (Age-friendly primary health care) โดยใช้หัวใจของการให้บริการผู้สูงอายุในชุมชนซึ่งมี 3 ส่วนหลัก คือ 1) การประสานระหว่างภาคีหลัก 3 ภาคีเครือข่าย ได้แก่ ภาคีบริการชุมชน/ ท้องถิ่น บริการสุขภาพ และสังคม 2) การมีเจตคติของผู้ให้บริการต่อผู้สูงอายุและความสูงอายุ 3) การบริการที่เอื้ออาทรผู้สูงอายุเป็นรูปแบบบริการใหม่ที่ใส่ใจผู้สูงอายุและเน้นการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ครอบครัวเป็นการจัดบริการอย่างบูรณาการและครอบคลุมเป็นองค์รวมตามภาวะสุขภาพและศักยภาพของผู้สูงอายุ เพื่อการคงความสามารถในการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ⁷

ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานในรพ.สต.และมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพให้กับผู้สูงอายุจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของผู้สูงอายุชาวกูยที่อาศัยในหมู่บ้านช้าง จังหวัดสุรินทร์ ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีความน่าสนใจในด้านวัฒนธรรม ความเชื่อที่หลากหลาย

เช่น “การรำเกลมอ” เพื่อการบำบัดโรค การเซ่นไหว้ผีบุรุษ การเซ่นไหว้ศาลปะกำที่เป็นความเชื่อและการปฏิบัติอย่างเคร่งครัดในกลุ่มชาวกูยที่อาศัยในหมู่บ้านช้าง ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพหรือการจัดการตนเองเมื่อเจ็บป่วยที่มีการสืบทอดกันมาเป็นเวลายาวนาน และยังไม่พบการศึกษาพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพในกลุ่มชาวกูยที่อาศัยในหมู่บ้านช้าง ความเชื่อและการปฏิบัติตามดังกล่าวจะส่งผลถึงภาวะสุขภาพทั้งด้านบวกและด้านลบข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะนำไปปรับใช้และปรับเปลี่ยนแผนการให้บริการทางสุขภาพแก่ผู้สูงอายุชาวกูยที่อาศัยในหมู่บ้านช้าง จังหวัดสุรินทร์ให้สอดคล้องบริบทตามวัฒนธรรม ความเชื่อ และประเพณีเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวกูยที่อาศัยในหมู่บ้านช้าง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของผู้สูงอายุชาวกูยที่อาศัยในเขตอำเภอนาตาล จังหวัดสุรินทร์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของผู้สูงอายุชาวกูยที่อาศัยในเขตอำเภอนาตาล จังหวัดสุรินทร์

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลและคณะ⁸ ร่วมกับแนวคิดเพื่ออธิบายความเจ็บป่วยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของโคลนแมน⁹ ที่กล่าวว่า บุคคลจะเลือกใช้ระบบสุขภาพใดขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพซึ่งประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรสและรายได้) 2) ปัจจัยด้านสุขภาพ (ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน) 3) ปัจจัยด้านสังคม (ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านสังคมการปฏิบัติตามความเชื่อ ประเพณี และวัฒนธรรมด้านการดูแลสุขภาพ) และ 4) ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพที่เป็นความเชื่อมั่นต่อระบบการบริการสุขภาพที่



มีในชุมชน และการที่บุคคลหรือผู้สูงอายุจะเลือกใช้ บริการสุขภาพระบบใดย่อมขึ้นอยู่กับ การรับรู้ภาวะ สุขภาพว่าเป็นผู้ที่มีสุขภาพอย่างไรได้แก่แข็งแรงดี เจ็บ ป่วยเล็กน้อยหรือเจ็บป่วยมากกว่าผู้สูงอายุในวัยเดียวกัน และเมื่อรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเกิดขึ้นผู้สูงอายุหรือญาติ ผู้ดูแลจำเป็นต้องหาวิธีการจัดการกับความเจ็บป่วยนั้นเพื่อ บำบัดรักษาตามความรู้ข้อมูลตลอดจนความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรมในชุมชนที่อาศัยอยู่เพื่อพิจารณาเลือกใช้ระบบ บริการสุขภาพที่เหมาะสมได้แก่ ระบบบริการสุขภาพแบบ สามัญ (Popular sector) ระบบบริการสุขภาพแบบ พื้นบ้าน (Folk sector) หรือเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพ แบบวิชาชีพ (Professional sector) ปัจจัยดังกล่าวน่าจะ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพจาก ระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ในชุมชนของชาวกูยที่อาศัยใน หมู่บ้านช้าง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ ของผู้สูงอายุชาวกูยที่อาศัยในหมู่บ้านช้างในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 3 แห่ง (รพ.สต.กระโพ รพ.สต.ตระมุง และ รพ.สต.ตากกลาง) ตำบลกระโพ อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ และยังศึกษา ถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ ของประชากรกลุ่มดังกล่าว

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุชาวกูยที่อาศัยใน หมู่บ้านช้าง ชายและหญิงที่ในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต. 3 แห่ง คือ รพ.สต.กระโพ, รพ.สต.ตากกลาง และ รพ.สต.ตระมุง ตำบลกระโพ อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์จำนวน 2,005 ราย ตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุชาวกูยที่อาศัยใน หมู่บ้านช้างจำนวน 409 รายโดยอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของ 3 รพ.สต. คือ รพ.สต.กระโพ, รพ.สต.ตากกลาง และ รพ.สต.ตระมุง ตำบลกระโพ อำเภอท่าตูม จังหวัด สุรินทร์ มีจำนวน 20 หมู่บ้าน ที่รับบริการใน รพ.สต. 3 แห่ง ระหว่างเดือนตุลาคม 2559 ถึง มกราคม 2560

การกำหนดขนาดของตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของตัวอย่างเพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง เป็นตัวแทนประชากรที่ดี โดยใช้สูตรคำนวณขนาดของ ตัวอย่างของเคลเซ⁹ แทนค่า $L=.1$, $\sigma^2=1$ และ $Z^2=1.962$ ได้ขนาดของตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าได้จำนวน 385 ราย ผู้วิจัยเพิ่มขนาดของตัวอย่างเพื่อทดแทนข้อมูล ที่อาจเก็บได้ไม่สมบูรณ์ ร้อยละ 5 (20 ราย) ตามการ ศึกษาของสุสสิน เอกา ที่ศึกษาพฤติกรรมการแสวงหาบริการ สุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยเขมร⁴ คำนวณตัวอย่างในการ ศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 405 ราย

ตัวอย่างได้รับการคัดเลือกโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น โดยคำนึงถึงสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ 1) ผู้ชายและหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป สัญชาติไทย เชื้อสายกูย ติดต่อสือสาร ด้วยภาษากูย 2) สามารถสื่อสารด้วยการพูด ฟังภาษา ไทยและภาษากูยได้อย่างเข้าใจ 3) มีการรับรู้ที่ปกติ ประเมินโดยใช้แบบวัดภาวะการรู้คิด (SPMSQ) และได้ ผลประเมินการรู้คิด 8 คะแนนขึ้นไป 4) ไม่ได้รับการ วินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคทางด้านจิตเวชซึ่งลงบันทึก ในแฟ้มประวัติครอบครัว และ 5) ไม่มีภาวะเจ็บป่วย รุนแรง เช่น การทำงานของหัวใจผิดปกติและระบบทาง เดินหายใจผิดปกติ อาการไข้สูง มีภาวะการติดเชื้ออย่าง รุนแรง เป็นต้น

จากนั้นแบ่งตัวอย่างเป็น 3 กลุ่มตามคะแนนการ ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL)¹⁰ ได้ตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุกลุ่มช่วยเหลือตัวเองได้ดี (ติด สังคม) จำนวน 368 ราย กลุ่มช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน (ติดบ้าน) 33 ราย และกลุ่มช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (ติดเตียง) 8 ราย รวมตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าจำนวน 409 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ เครื่อง วัดความดันโลหิตและเครื่องชั่งน้ำหนักแบบดิจิตอลที่ ผ่านการตรวจสอบความเที่ยง (Calibrate) แล้ว สายวัด รอบเอวและเครื่องวัดส่วนสูง



2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินภาวะการรู้คิด แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม แบบสอบถามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แบบสอบถามปัจจัยด้านสังคม ประกอบด้วย ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านสังคม และการปฏิบัติตามความเชื่อ ประเพณี และวัฒนธรรม ด้านการดูแลสุขภาพ แบบสอบถามความเชื่อมั่นต่อระบบบริการสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของผู้สูงอายุชาวกูยที่อาศัยในหมู่บ้านช้าง จังหวัดสุรินทร์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบประเมินภาวะการรู้คิด มีจำนวน 10 ข้อ ซึ่งสารภี พุดคง¹¹ ได้นำไปใช้ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคหืด จำนวน 25 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากการวัดซ้ำ เท่ากับ .82

2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ มีจำนวน 26 ข้อผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .82 และได้ปรับแก้ไขเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ การศึกษาครั้งนี้ได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลฟาเท่ากับ .91

3. แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 การศึกษาครั้งนี้ได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลฟาเท่ากับ .70

4. แบบสอบถามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 การศึกษาครั้งนี้ได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลฟาเท่ากับ .97

5. แบบสอบถามความสามารถในการทำหน้าที่ด้านสังคมผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและ

ภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .77 และได้ปรับแก้ไขเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ในการศึกษาครั้งนี้ได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลฟาเท่ากับ .83

6. แบบสอบถามการปฏิบัติตามความเชื่อ ประเพณี และวัฒนธรรมด้านการดูแลสุขภาพผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .81 และได้ปรับแก้ไขเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ในการศึกษาครั้งนี้ได้ ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลฟาเท่ากับ .91

7. แบบสอบถามความเชื่อมั่นต่อระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ ความเชื่อมั่นของผู้สูงอายุต่อระบบบริการสุขภาพแบบสามัญ เท่ากับ .8 ความเชื่อมั่นของผู้สูงอายุต่อระบบบริการสุขภาพแบบพินบ้าน และความเชื่อมั่นของผู้สูงอายุต่อระบบบริการสุขภาพแบบวิชาชีพ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 จากนั้นได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลฟาเท่ากับ .8.94 และ .91 ตามลำดับ

8. แบบสอบถามพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .88 และได้ปรับแก้ไขเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลฟาเท่ากับ .79

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนจากคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยดำเนินการโดยนำหนังสือ



แนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลไปขึ้นเพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าตูม ผู้อำนวยการ รพ.สต. 3 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.ตากกลาง รพ.สต.ตระมุง และ รพ.สต.กระโพ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ รพ.สต. พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียด และวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยการจัดอบรมทีมผู้ช่วยวิจัย เพื่อให้มีความเข้าใจการใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างถูกต้องและเป็นไปในแนวทางเดียวกันโดยจัดอบรม 1 วัน เนื้อหาโดยสรุปครอบคลุมชื่อเรื่อง วัตถุประสงค์ การวิจัย นิยามตัวแปร การอธิบายเครื่องมือแบบสอบถามเป็นรายข้อ พร้อมมอบคู่มือชี้แจงรายละเอียดและเบอร์โทรศัพท์ผู้วิจัย

ผู้วิจัยและอาสาสมัครสาธารณสุข ให้ผู้สูงอายุทำแบบประเมินวัดภาวะการรู้คิด (The Short Portable Mental Status Questionnaire: SPMSQ) เพื่อคัดเลือกรูปแบบตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกรวบรวมข้อมูลสุขภาพในส่วนภาวะสุขภาพ (การตรวจร่างกาย) ได้แก่ น้ำหนักส่วนสูง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอวและระดับความดันโลหิต การซักประวัติได้แก่ ปัญหาสุขภาพที่บ่งบอกและการมีโรคประจำตัวผู้วิจัยสัมภาษณ์ตัวอย่างตามรายชื่อที่ได้นัดหมายไว้ 30-40 รายต่อวัน ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาได้ตามนัด ผู้วิจัยได้ดำเนินการนัดหมายเก็บข้อมูลในวันถัดไป โดยผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลที่บ้านตามความพร้อมของตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 2559/686 (ID-10-49-48 ย) ผู้วิจัยขอให้ผู้ร่วมวิจัยลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรตามความสมัครใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพและพฤติกรรมแสวงหาการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในหมู่บ้านข้างวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และวิเคราะห์เพิ่มเติมด้านความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านสุขภาพ ด้านสังคม และระบบบริการสุขภาพกับผู้สูงอายุชาวกูยที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านข้างใช้สถิติ Chi-square test

ผลการศึกษา

ปัจจัยส่วนบุคคลพบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นเพศหญิงมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 63.3) มีอายุระหว่าง 60-97 ปี อายุเฉลี่ย 71.4 ปี (SD=8.3) ตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ มากกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 57.7) ส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 84.1) ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมเป็นส่วนมาก (ร้อยละ 61.9) มีรายได้ส่วนตัว 1,001-5,000 บาท/เดือนมากที่สุด (ร้อยละ 46.2)

ปัจจัยด้านสุขภาพพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมีโรคประจำตัว 3 อันดับแรก คือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 68.1) เบาหวาน (ร้อยละ 27.3) และโรคไขข้อในเส้นเลือดสูง (ร้อยละ 17.3) กลุ่มอาการที่พบในผู้สูงอายุ 3 อันดับแรก คือ สายตามัว นอนไม่หลับ และอ่อนเพลียไม่มีแรง (ร้อยละ 47.8, 33.9 และ 30.3 ตามลำดับ) อาการปวด 3 อันดับแรก ได้แก่ ปวดหลัง/เอว (ร้อยละ 56.7) ปวดข้อ/เข่า (ร้อยละ 56.1) และปวดกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 54.9)

ปัจจัยด้านสังคมพบว่า ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านสังคมตามแนวคิด รพ.สต.เอื้ออาทรผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมด้านสังคมและการประสบปัญหาทุกข์ยากเดือนร้อนของผู้สูงอายุในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมาพบว่า ตัวอย่างส่วนมากมีความสามารถ



ในการทำหน้าที่ด้านสังคมปานกลาง (ร้อยละ 57.0) ส่วนการปฏิบัติตามความเชื่อ ประเพณี และวัฒนธรรม ด้านการดูแลสุขภาพ พบว่า ตัวอย่างส่วนมากมีการปฏิบัติตามความเชื่อ ประเพณี และวัฒนธรรมด้านการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ ด้านอนามัย ด้านสมอง (เขาวนปัญญา) และด้านสิ่งแวดล้อมในระดับปานกลาง (ร้อยละ 87.3)

ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ พบว่า ตัวอย่างส่วนมากมีระดับความเชื่อมั่นต่อระบบบริการสุขภาพแบบสามัญและระบบบริการสุขภาพแบบพื้นบ้านในระดับปานกลาง (ร้อยละ 52.1 และ 44.7) ส่วนระบบบริการสุขภาพแบบวิชาชีพตัวอย่างส่วนมากมีระดับความเชื่อมั่นในระดับมาก (ร้อยละ 81.7)

พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ พบว่าตัวอย่างมีการใช้ระบบบริการสุขภาพแบบวิชาชีพทุกราย (ร้อยละ 100) รองลงมาเป็นการใช้ระบบการบริการสุขภาพแบบพื้นบ้านและสามัญร้อยละ 91.0 และ 67.7 ตามลำดับ นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์ยังพบว่า ตัวอย่างมีพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพโดยส่วนมากจะใช้ระบบบริการสุขภาพทั้ง 3 ระบบร่วมกัน คือระบบสามัญ พื้นบ้าน และวิชาชีพ (ร้อยละ 66.9) และการใช้ระบบบริการสุขภาพ 2 ระบบร่วมกัน ได้แก่ ระบบบริการสุขภาพแบบพื้นบ้านและวิชาชีพ (ร้อยละ 24.1) หรือระบบบริการสุขภาพระบบสามัญร่วมกับวิชาชีพ (ร้อยละ .7) และมีการใช้ระบบบริการสุขภาพระบบเพียง 1 ระบบ คือ ระบบบริการสุขภาพระบบวิชาชีพ (ร้อยละ 8.3)

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ กับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรสและรายได้) ปัจจัยด้านสุขภาพ (ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน) ปัจจัยด้านสังคม (ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านสังคมและการปฏิบัติตามความเชื่อ ประเพณีและวัฒนธรรมด้านการดูแลสุขภาพ) และปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ (ความเชื่อมั่นของผู้สูงอายุต่อระบบการบริการสุขภาพ) และวิเคราะห์เพิ่มเติมด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square

test) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ได้ผลการศึกษาดังนี้

1. พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพแบบ 3 ระบบร่วมกันพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพ 3 ระบบร่วมกันมากที่สุดจะเป็นผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) (ร้อยละ 71.6) ที่มีรายได้มาก (5,000 บาทขึ้นไป/เดือน) (ร้อยละ 80.3) ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ตัวอย่างที่มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ และไม่ได้กินยาแก้ปวด (ร้อยละ 71.6 และ 76.7 ตามลำดับ) ด้านการรับภาวะสุขภาพ พบว่า ตัวอย่างที่เลือกใช้ระบบบริการสุขภาพ 3 ระบบร่วมกันมากที่สุดจะมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในเกณฑ์ดี/ดีมาก/ดีเลิศ (ร้อยละ 70.2) ส่วนปัจจัยด้านสังคม พบว่า ตัวอย่างที่มีความสามารถในการทำหน้าที่ด้านสังคมดีและมีการปฏิบัติตามความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรมด้านการดูแลสุขภาพโดยรวมทุกด้านในระดับปานกลางมีพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพแบบ 3 ระบบร่วมกัน (ร้อยละ 75.3 และ 70.6 ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ พบว่า ตัวอย่างที่เลือกใช้ระบบบริการสุขภาพ 3 ระบบร่วมกันเป็นผู้สูงอายุที่มีความเชื่อมั่นต่อระบบบริการสุขภาพทั้ง 3 ระบบ ได้แก่ ระบบสามัญ พื้นบ้านและวิชาชีพในระดับมาก (ร้อยละ 80.2, 80.1 และ 70.9 ตามลำดับ)

2. พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพแบบ 2 ระบบร่วมกันและ 1 ระบบ (วิชาชีพ) พบว่าตัวอย่างที่เลือกใช้บริการสุขภาพแบบ 2 ระบบร่วมกัน ได้แก่ แบบสามัญร่วมกับแบบวิชาชีพหรือแบบพื้นบ้านร่วมกับแบบวิชาชีพ และแบบ 1 ระบบ (วิชาชีพ) มีสถิติการเลือกใช้ตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องใกล้เคียงกันดังนี้ ผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) จะเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพ 2 ระบบร่วมกัน (ร้อยละ 32.4) ในขณะที่ผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) จะเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพ 1 ระบบ (วิชาชีพ) มากที่สุด (ร้อยละ 10.5) โดยตัวอย่างที่มีรายได้น้อย (ต่ำกว่า 1,000 บาท/เดือน) จะเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพแบบ 2 ระบบและ 1 ระบบมากที่สุด (ร้อยละ 33.3 และ 16.0 ตามลำดับ) ในด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ตัวอย่างที่ไม่ได้ออกกำลังกายจะเลือกใช้



ระบบบริการสุขภาพแบบ 2 ระบบร่วมกันและ 1 ระบบมากที่สุด (ร้อยละ 30.9 และ 9.2 ตามลำดับ) เช่นเดียวกันกับตัวอย่างที่กินยาแก้ปวดเป็นประจำที่เลือกระบบบริการสุขภาพ 2 ระบบและ 1 ระบบมากที่สุด (ร้อยละ 27.7 และ 9.2 ตามลำดับ) ตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดีจะเลือกระบบบริการสุขภาพ 2 ระบบและ 1 ระบบมากที่สุด (ร้อยละ 66.7 และ 20.0 ตามลำดับ) ตัวอย่างที่มีความสามารถในการทำหน้าที่ด้านสังคมระดับน้อยจะเลือกระบบบริการสุขภาพ 2 ระบบและ 1 ระบบมากที่สุด (ร้อยละ 50.0 และ 20.0 ตามลำดับ) เช่นเดียวกันกับการปฏิบัติตามความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรมด้านการดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 41.4 และ 37.9 ตามลำดับ) ด้านระบบบริการสุขภาพ พบว่า ตัวอย่างที่เลือกใช้ระบบบริการสุขภาพ 2 ระบบร่วมกันจะมีระดับความเชื่อมั่นต่อระบบบริการสุขภาพแบบสามัญและพื้นบ้านอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 30.0 และ 32.3 ตามลำดับ) ส่วนระบบบริการสุขภาพแบบวิชาชีพตัวอย่างมีระดับความเชื่อมั่นอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 37.4) ตัวอย่างที่เลือกใช้ระบบบริการสุขภาพ 1 ระบบมีระดับความเชื่อมั่นอยู่ในระดับน้อยทุกระบบ (ระบบบริการสุขภาพแบบสามัญ พื้นบ้านและวิชาชีพ) (ร้อยละ 29.2, 20.0 และ 13.3 ตามลำดับ)

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์เพิ่มเติมในด้านความสัมพันธ์ของพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ($\chi^2 = 10.312$, $p=.035$) รายได้ ($\chi^2 = 32.18$, $p<.001$) การออกกำลังกาย ($\chi^2=6.452$, $p=.040$) การกินยาแก้ปวด ($\chi^2=6.943$, $p=.031$) การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($\chi^2=21.512$, $p<.001$) ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านสังคม ($\chi^2=14.716$, $p=.005$) การปฏิบัติตามความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรมด้านการดูแลสุขภาพโดยรวม ($\chi^2=46.683$, $p<.001$) และรายด้านทุกด้าน ได้แก่ ด้านอาหาร ($\chi^2=53.681$, $p<.001$) ด้านการออกกำลังกาย ($\chi^2=53.681$, $p<.001$) ด้านอารมณ์ ($\chi^2=30.374$, $p<.001$) ด้านอนามัย

($\chi^2=9.726$, $p=.045$) ด้านสมอง (เชาวน์ปัญญา) ($\chi^2=23.272$, $p<.001$) และด้านสิ่งแวดล้อม ($\chi^2=23.452$, $p<.001$) รวมทั้งปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ คือ ระดับความเชื่อมั่นของผู้สูงอายุต่อระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ ระบบบริการสุขภาพแบบสามัญ ($\chi^2=37.590$, $p<.001$) แบบพื้นบ้าน ($\chi^2=30.946$, $p<.001$) และแบบวิชาชีพ ($\chi^2=13.001$, $p=.002$)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุชายวัยกลางคน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นและผู้สูงอายุวัยกลาง ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุวัยปลายมีจำนวนเหลือน้อยลงในแต่ละชุมชนสืบเนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังและความสูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอยลงๆ จนเสียชีวิต ส่วนรายได้ของตัวอย่างส่วนมากพบว่ามีรายได้ต่อเดือนระดับปานกลาง (1,000–5,000 บาท/เดือน) อาจจะเป็นเพราะผู้สูงอายุชายวัยกลางคนที่มีช่วงวัยอยู่ในครอบครัวจะได้รับเงินเดือนของผู้เลี้ยงช้างจากโครงการคชอาณาจักร องค์การสวนสัตว์ในพระบรมราชูปถัมภ์ นอกจากนี้ยังได้รับเบี้ยยังชีพจากสวัสดิการผู้สูงอายุจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น รายได้จากการประกอบอาชีพเกษตรกรรม รวมถึงได้รับเงินจากบุตรหลาน

ปัจจัยด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ผลการศึกษา พบว่า ตัวอย่างส่วนมาก มีโรคประจำตัวและมีโรคประจำตัวตั้งแต่ 2–3 โรค โดยโรคที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูงและปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่พบมากที่สุดของตัวอย่าง คือ อาการปวดหลัง/เอว ปวดกล้ามเนื้อและข้อรลงมาเป็นปัญหาสาตาและนอนไม่หลับ สอดคล้องกับหลายการศึกษาได้แก่ สุขสิน เอกา³ ผ่องพรรณ อรุณแสงและคณะ¹² และวาริฐและคณะ¹³ และยังสอดคล้องกับวิชย์ เอกพลากร และคณะ¹⁴ ที่สำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ.2557 ที่พบโรค 10 โรคที่พบบ่อย ได้แก่ความดันโลหิตสูง



เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง เส้นเลือดในสมองแตก โรคหัวใจขาดเลือด โรคอัมพฤกษ์อัมพาต โรคถุงลมโป่งพอง/หลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเมะเร็งอวัยวะต่างๆ และโรคไตวายเรื้อรังซึ่งเป็นไปตามความเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมและการทำกิจวัตรประจำวันลดลงส่งผลต่อคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุลดลงด้วย

ด้านพฤติกรรมสุขภาพพบว่าตัวอย่างส่วนมากไม่ได้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้สูงอายุคิดว่าการทำกิจวัตรประจำวันหรือการประกอบอาชีพ คือเกษตรกรรมและการเตรียมอาหารให้ช้างก็เป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว ด้านการรับประทานผักและผลไม้ซึ่งเป็นผลมาจากความเสื่อมของร่างกาย ฟันที่เป็นอวัยวะในการเคี้ยวอาหารมีจำนวนน้อยลงซึ่งสอดคล้องกับวิชัย เอกพลกร และคณะ¹⁴ ที่สำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ.2557 พบว่า ความชุกของผู้สูงอายุไทยที่มีฟันน้อยกว่า 20 ซี่มีประมาณร้อยละ 52 จึงทำให้ผู้สูงอายุเคี้ยวอาหารได้ไม่ดี ส่วนในด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไปในปัจจุบันอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อเปรียบเทียบกับสุขภาพกับคนวัยเดียวกันพบว่า เหมือนคนอื่นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมาร์ตินและคณะ¹⁵ ที่อธิบายความหมายของภาวะสุขภาพไว้ว่า การทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวันและการทำหน้าที่ในสังคม และสอดคล้องคำนิยามตามแนวคิดของรพ.สต.เอื้ออาทรผู้สูงอายุ ปี 2553 ในด้านสุขภาพและคุณลักษณะทางด้านสังคมเพื่อจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุนั้นอาจจะมี/ไม่มีโรคหรือปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและความทุกข์ใจอย่างอื่นร่วมด้วยและพบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ส่วนใหญ่จะมีความสามารถทางด้านสังคมในเรื่องการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับชุมชนในระดับปานกลาง

ปัจจัยด้านสังคม ด้านความสามารถในด้านการทำหน้าที่ด้านสังคม พบว่าตัวอย่างส่วนมากมีความสามารถทางด้านสังคมปานกลาง ซึ่งอาจจะเกิดจากการความยุ่งยากในการทำเกษตรกรรมหรือความเหนื่อยล้าจากการ

ประกอบอาชีพและการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุชายวัยเลี้ยงช้างการเข้าร่วมในการทำกิจกรรมทางสังคมจึงอยู่ในระดับปานกลางซึ่งต่างจากการศึกษาของสุสนิ เอกา⁴ ที่พบว่าความสามารถในด้านการทำหน้าที่ด้านสังคมของผู้สูงอายุชาวไทยเขมรอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากมีบริบททางสังคมต่างกันเพราะผู้สูงอายุชายกวยอาศัยอยู่ในชนบทเป็นส่วนใหญ่แต่การศึกษาของสุสนิ เอกา⁴ ศึกษาในผู้สูงอายุชุมชนกึ่งเมืองจึงมีผลการศึกษาด้านความสามารถในด้านการทำหน้าที่ด้านสังคมที่ต่างกัน และด้านการปฏิบัติตามความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรมด้านอาหารพบว่า ผู้สูงอายุทุกคนรับประทานข้าวพันธุ์พื้นเมือง จะดื่มสุราเป็นยาเจริญอาหารซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา หลาวทอง¹⁶ ซึ่งจะเห็นว่าผู้สูงอายุชายกวยเลี้ยงช้างมีการรับประทานข้าวพันธุ์พื้นเมือง (หอมมะลิ) ทุกสาย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพทำนาจึงมีผลผลิตทางการเกษตรคือข้าวหอมมะลิไว้รับประทานตลอดปี ส่วนเรื่องความเชื่อว่าจะดื่มสุราเป็นยาเจริญอาหาร เนื่องด้วยความเชื่อในการประกอบพิธีกรรมต่างๆ เช่น การเซ่นไหว้ปู่ตา เช่นไหว้ผีบรรพบุรุษ การไหว้ศาลปะกำหรือการรำเงลมอก็ต้องมีสุราเป็นสิ่งสำคัญในพิธีกรรมนั้นจึงมีการถ่ายทอดความเชื่อนั้นมา จากความเชื่อในด้านอาหารทำให้เห็นแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารให้ถูกต้องเหมาะสมตามวัย

ด้านอารมณ์พบว่า ตัวอย่างส่วนมากมีการปฏิบัติตามความเชื่อด้านประเพณีชุมชน ได้แก่ เช่นผีบรรพบุรุษโดยมีการกระทำในโอกาสสำคัญหรือการทำกิจการใดๆ ต้องมีการเซ่นไหว้ผีบรรพบุรุษเพื่อบอกกล่าวให้รับทราบและปกป้องรักษาคุ้มครองให้ประสบแต่สิ่งดีๆ มีมงคลกับชีวิตตนเองและครอบครัว การเซ่นไหว้ศาลปะกำ เป็นที่สถิตของวิญญาณบรรพบุรุษและเป็นสิ่งที่เก็บรักษา “เชือกปะกำ” ซึ่งเป็นเชือกที่ทำจากหนังกระบือที่ผ่านการทำพิธีปลุกเสกเพื่อใช้คล้องช้างป่า ศาลปะกำมีความสำคัญอย่างยิ่งในด้านความเชื่อของชาวกวยเลี้ยงช้างซึ่งมีข้อห้ามและข้อปฏิบัติที่เคร่งครัด รวมถึงเป็นที่พึ่งทางด้านจิตใจและมีการบนบานร้องขอให้ผีปะกำช่วยบรรเทาอาการเจ็บป่วย



ของบุคคลในครอบครัว⁷ และการรักษาโรคด้วยเพลงดนตรี เรียกว่า รำกล่อมมีวัตถุประสงค์ตามความเชื่อได้แก่ เพื่อเป็นการเคารพครูบาอาจารย์หรือบรรพบุรุษเพื่อแก้บนตามที่ได้นบนานไว้และเพื่อบำบัดรักษาผู้ป่วยมีการสื่อสารกับดวงวิญญาณโดยล่ามหรือคนทรงสอบถามหาสาเหตุของการเจ็บป่วยและหาทางรักษาตามความเชื่อการเล่นกล่อมเป็นพิธีกรรมที่ช่วยคลี่คลายปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างคนกับคน คนกับธรรมชาติ¹⁷

ด้านอนามัย ตัวอย่างส่วนมากมีการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เพื่อรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเองซึ่งเป็นวิธีแรกในการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง และสามารถปฏิบัติได้ง่าย ส่วนการปฏิบัติที่เกี่ยวกับสุขอนามัย 3 อันดับแรก โดยมีการอาบน้ำ/ทำความสะอาดร่างกายอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง มีการแปรงฟันด้วยเกลือหรือบ้วนปากแทนการใช้ยาสีฟัน และมีการกินหมากเพื่อป้องกันโรคทางช่องปาก การกินหมากตัวอย่างได้อธิบายว่านอกจากเพื่อป้องกันโรคทางช่องปากแล้วยังช่วยควบคุมเรื่องกลิ่นปากและยังเกิดกิจกรรมร่วมกันในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปริญญาดอกานนท์¹⁸ ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการกินหมากต่อสุขภาวะช่องปากของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสิ่งที่ทีมสุขภาพต้องทำความเข้าใจและปรับกระบวนการป้องกันดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับวิถีความเชื่อ

ด้านสมอง (เขาน้ำปัญญา) พบว่า ตัวอย่างส่วนมากมีการปฏิบัติด้านสมอง(เขาน้ำปัญญา) เช่น ดุโทรทัศน์ พังวิทุย สอดคล้องกับเจริญชัย หมั่นห่อ¹⁹ ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนกับการจัดทำแผนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยพบว่าตัวอย่างมีดุโทรทัศน์และพังวิทุยเพื่อผ่อนคลายและรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เช่นเดียวกันกับการศึกษาของผ่องพรรณ อรุณแสงและคณะ¹² และสุขสิน เอกา³ และยังพบว่ามีปฏิบัติน้อยในการอ่านหนังสือติดตามข่าวสาร สาเหตุกลุ่มตัวอย่างมีการอ่านหนังสือน้อย เนื่องจากมีปัญหาด้านสายตาหรือมีอาการของโรคหรือปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและเหตุผลอีกประการหนึ่งคือการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารจากวิทยุและโทรทัศน์มีความสะดวกและรวดเร็ว

ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ตัวอย่างส่วนมากมีการจัดสภาพแวดล้อมใน/นอกบ้านให้มีความเหมาะสม ได้แก่ จัดบ้านให้มีแสงสว่าง ปลอดภัย หรือการตั้งศาลประจำไว้ไม่ให้เกวบ้านเรือนทับเป็นความเชื่อในด้านสิ่งแวดล้อมในการปลูกสร้างประจำ ซึ่งเชื่อว่าศาลประจำเป็นเก็บเชือกประจำในการคล้องช้าง มีวิญญาณที่ช่วยปกป้องรักษา หากถูกเงาบ้านเรือนทับทับเป็นการลบหลู่ดวงวิญญาณผีประจำทำให้ผีผีประจำส่งผลต่อตนเองและครอบครัวเกิดความทุกข์กายทุกข์ใจ

ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ผลการวิจัยเกี่ยวกับความเชื่อมั่นของผู้สูงอายุต่อระบบการบริการสุขภาพทั้ง 3 ระบบ พบว่า ตัวอย่างส่วนมากมีความเชื่อมั่นต่อระบบการบริการสุขภาพแบบสามัญระดับปานกลาง ซึ่งแสดงถึงความมั่นใจในระบบบริการสุขภาพแบบสามัญที่ตนเองเป็นผู้ตัดสินใจเลือกใช้บริการด้วยตนเอง เช่นเดียวกันกับความเชื่อมั่นของผู้สูงอายุต่อระบบบริการสุขภาพแบบพื้นบ้านพบว่า ตัวอย่างส่วนมากมีความเชื่อมั่นต่อระบบการบริการสุขภาพแบบพื้นบ้านระดับปานกลาง ซึ่งเป็นการรักษาดูแลสุขภาพจากภูมิปัญญาท้องถิ่น ส่วนความเชื่อมั่นของผู้สูงอายุต่อระบบการบริการสุขภาพแบบวิชาชีพ พบว่า ตัวอย่างส่วนมากมีความเชื่อมั่นต่อระบบการบริการสุขภาพแบบวิชาชีพระดับมาก เนื่องมาจากว่า ผู้ให้บริการมีความรู้ความสามารถ มีความเชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพและการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการให้บริการอย่างผสมผสาน ระยะทางมารับบริการสะดวกสบาย มีระบบการส่งต่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพ และมีระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน การเยี่ยมบ้าน และมีการฟื้นฟูสุขภาพเพื่อป้องกันความรุนแรงของโรค

ด้านพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ตัวอย่างมีการใช้ระบบบริการสุขภาพแบบวิชาชีพมากที่สุดและใช้ระบบบริการสุขภาพทั้ง 3 ระบบร่วมกันคือระบบสามัญ พื้นบ้าน และวิชาชีพพบว่า จะมีการเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพแบบสามัญก่อนและเมื่ออาการเป็นมากขึ้น จะเลือกใช้การดูแลที่มากกว่า 1 ระบบ บางคนจะเลือกใช้การดูแล²⁻³ ระบบ พร้อมกันหรือมี



การเลือกใช้ครั้งละระบบ^{3,20} หากการรักษาอาการเจ็บป่วยด้วยระบบบริการสุขภาพแบบวิชาชีพไม่หาย ชาวภูมที่อาศัยในหมู่บ้านซึ่งจะเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพแบบพื้นบ้าน ได้แก่ การเช่นไหว้ผีบรรพบุรุษ ศาลปะกำและการรำกล่อม เพราะมีความเชื่อว่าการเกิดจากการผัดผีหรือการถูกเวทมนต์คุณไสยต่างๆ ซึ่งเป็นระบบบริการสุขภาพที่ช่วยในด้านจิตใจและตอบสนองต่อความคาดหวังจากการหายของอาการเจ็บป่วยนั้นๆ

ข้อเสนอแนะ

1. ทีมสุขภาพควรทำการสำรวจชุมชนในด้านข้อมูลพื้นฐาน ด้านสุขภาพ ด้านสังคมและวัฒนธรรมท้องถิ่นเพื่อทราบสภาพปัญหาและความต้องการของชุมชน ตลอดจนเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนพยาบาลควรมีความเข้าใจถึงประเพณีความเชื่อและวัฒนธรรมท้องถิ่นอย่างลึกซึ้งซึ่งจะสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการเจ็บป่วยให้สอดคล้องวิถีชุมชนที่ปฏิบัติงาน

2. นักวิจัยควรมีการศึกษาพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างอื่น เช่น กลุ่มสตรีหลังคลอด กลุ่มพระสงฆ์ กลุ่มผู้ป่วยไตวายหรือกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือมีการศึกษาความเชื่อ ประเพณีและวัฒนธรรมอื่นๆ หรือชาติพันธุ์อื่นที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพและพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ เช่น กลุ่มชาติพันธุ์เยอ ภูไท มอแกน อาข่า หรือจาม เพื่อจัดลำดับการเลือกใช้บริการและศึกษาผลการใช้ระบบบริการสุขภาพตามลำดับการเลือกใช้และวิเคราะห์ความเชื่อหรือประเพณีวัฒนธรรมที่อาจมีผลทางลบต่อสุขภาพเพื่อวางแผนการให้ความรู้ทางสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบท

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยต้องขอขอบคุณสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลรามธิบดีและโรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยและขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่ได้สละเวลาให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์สำหรับการวิจัย

Reference

1. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. Situation of the Thai Elderly 2014. Bangkok: Amarin Printing and Publishing; 2015. (in Thai).
2. Kleinman A. Patient and healer in the context of culture. Berkeley: University of California; 1980.
3. Aeka S. Health seeking behavior of older Cambodian-Thais: Case study of Bansomrong-kokphettambon health promotion hospital. Journal of Health Promotion and Environmental Health 2015; 38(4): 35-51. (in Thai).
4. Surin Culture Department. Data of Ethnic group in Surin Province. Surin: S. Panpen; 2013. (in Thai).
5. Boonyiam P, Mahakhan P. Pakham : The Way of Life and Existence of Elephant Herders under Dynamic of Change in Social and Cultural. Journal of Social Science and Humanities Burapha university 2015; 23(41): 91-111. (in Thai).
6. Phasook S, Phanurat A, Sriboonnaka K. Kui: Living together peacefully. Surin: Surin Cultural Center; 1993. (in Thai).
7. Department of Health. Long term Care. Bangkok: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand; 2010. (in Thai).



8. Brook RH, Ware JE, Davies-Avery A, Stewart AL, Donald CA, Rogers WH, et al. Overview of adult health status measures fielded in Rand's health insurance study. *Medical Care* 1979, 17(7): 131.
9. Kelsey JL, Whittemore AS, Evans AS, Thompson WD. *Methods in Observational Epidemiology*. New York: Oxford University Press. (1996).
10. Jitapankul S. Geriatric assessment: Multi-disciplinary care for the elderly. Nonthaburi: Institute of Geriatric Medicine, Ministry of Public Health. (2005). (in Thai).
11. Pootkong S. Factors related to self-care behavior for medication use and perceived asthma control in older persons with asthma. *Ramathibodi Nursing Journal* 2013; 17(3): 309-327. (in Thai).
12. Arunsang P, Srithayarat W, Lertatr P, Sibindee S, Surit P, Thiranoot A. Health Profile of Older persons in Health Care Institute and in community. *Journal of Nursing Science & Health* 2012; 32(2): 14-24. (in Thai).
13. Waweru, EW. Kabiru JN. Mbithi ES. Some. Health status and health seeking behavior of elderly person in Dagoretti division, Nairobi. *East African medical journal* 2003; 80(2):63-67.
14. Aekpalakorn W. et al. Thai Health Survey by Physical Examination 5. Nonthaburi: Aksorn Graphic and Design; 2014. (in Thai).
15. Shadi S. Martin, Jacqueline Trask, Tina Peterson, Bryan C. Martin, Josh. (2010). Influence of Culture and Discrimination on Care-Seeking Behavior of Elderly African Americans: A Qualitative Study. *Social Work in Public Health* 2010; 2010(25):311-26.
16. Lowthong A. Dynamic to Change in Consumption Foods Culture of Thai-Kuoy Ethnic groups in Surin and Buriram Province. Bangkok: Office of the National Culture Commission. 2007. (in Thai).
17. Kruenak T. Kallmore: Intangible Cultural Heritage [internet]. 2016 [cited 2016 September 23]. Available from <http://ich.culture.go.th/index.php/th/ich/performing-arts/236-performance/255-----m-s>
18. Pakanon P. The effects of Mak eating for elderly oral hygiene in Kamnursab Subdistrict, Ubon-Rhatchatani province. Ubon-Rhatchatani: Rhatchatani University. 2015. (in Thai).
20. Meunhore C. Community Participation: The Health Promotion Plan for the Elderly. *Journal of Community Development Research, Naresuan University* 2012; 5(20): 43-54. (in Thai).
21. Tiamtip S. Health service seeking behavior of Pganyau People with Hypertension in Kullayaniwatthana District, Chiang Mai Province. [Master Thesis]. Chiang Mai University. 2010. (in Thai).