



ภาวะสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

Health Status and Factors Associated with Self-Care among Older Adults

นิรุวรรณ เทิร์นโบลล์¹ วิลาวรรณ ชาดา¹ วิพา ชุปปา¹ เสาวลักษณ์ ศรีตาเกษ² สุติน ชนะบุญ²

เบญจพล แสงใส³ สุภาพร ชัยชาญวัฒนา⁴ นงคัลักษณ์ ตั้งปรัชญากุล⁴

Niruwan Turnbull¹ Wilawun Chada¹ Wipa Chuppawa¹ Saowaluk Seedaket²

Sutin Chanaboon² Benchapon Sangswai³ Supaporn Chaichanwattana⁴ Nonglak Tangprachayakun⁴

¹คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ²วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

³สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ โพนงาม, กาฬสินธุ์ ⁴องค์การบริหารส่วนตำบลโพนงาม จังหวัดกาฬสินธุ์

¹Faculty of Public Health Mahasarakham University ²Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen Province

³Phon Ngam Sub District Chaloem Phrakiat Health Center ⁴Phon Ngam Sub District Administration Organization

Corresponding author: Niruwan Turnbull; Email: niruwan.o@msu.ac.th

Received: May 28, 2020 Revised: July 11, 2020 Accepted: July 20, 2020

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลโพนงาม อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ จาก 13 หมู่บ้าน จำนวน 1,348 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของ เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ในกลุ่มตัวแปรเชิงปริมาณ และตัวแปรเชิงคุณภาพ ใช้ Pearson's Chi-square ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคมที่พึ่งตนเองได้ มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มีค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) ต่ำกว่าปกติ (ร้อยละ 58.6) ส่วนใหญ่ได้รับการตรวจสุขภาพ ประจำปี ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด และยังพบว่ามีปัญหาเรื่องโรคข้อต่อ กระดูก กล้ามเนื้อ และมีอาการ ปวดหลังเรื้อรัง ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยด้านเพศ ($C=.084$, $p=.009$) ประวัติการเคยตรวจร่างกายประจำปี ($C=.198$, $p<.001$) และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ($r=.063$, $p=.036$) มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ส่วนปัจจัยด้านอายุของผู้สูงอายุพบว่ามีความสัมพันธ์ ไปในทิศทางผกผันกันกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ($r=-.117$, $p<.001$) ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง และทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ($r=.268$, $p<.001$, $r=.103$ $p=.036$ ตามลำดับ) ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการอบรมเพิ่มพูนความรู้ด้านการดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ รวมทั้งจัดการด้านสวัสดิการของรัฐ เช่น เบี้ยยังชีพ เงินสงเคราะห์ เพื่อส่งเสริมหรือเพิ่มรายได้ให้กับผู้สูงอายุให้สูงขึ้น รวมไปถึงจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อเพิ่มทักษะต่างๆ ในการประกอบอาชีพ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ มีอาชีพและสร้างรายได้ด้วยตนเอง อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ; ภาวะสุขภาพ; การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ



Health Status and Factors Associated with Self-Care among Older Adults

Niruwan Turnbull¹ Wilawun Chada¹ Wipa Chuppawa¹ Saowaluk Seedaket²

Sutin Chanaboon² Benchapon Sangswai³ Supaporn Chaichanwattana⁴ Nonglak Tangpratchayakun⁴

¹Faculty of Public Health Mahasarakham University ²Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen Province

³Phon Ngam Sub District Chaloe Phrakiat Health Center ⁴Phon Ngam Sub District Administration Organization

Corresponding author: Niruwan Turnbull; Email: niruwan.o@msu.ac.th

Received: May 28, 2020 Revised: July 11, 2020 Accepted: July 20, 2020

Abstract

This cross sectional study aims to investigate health status and factors related to self-care of the older adults in Phon Ngam, Kamalasai district, Kalasin Province. The participants consisted of 1,348 elderly from 13 villages. Data were collected using an interview form and analyzed using descriptive statistics, such as Frequency, Mean, Standard deviation and Pearson's product moment correlation coefficient. The results revealed that the majority of the elderly were socially independent group, earning less than 5,000 baht per month, and have a lower body mass index (58.6%), with most receiving health checks. Most of the elderly suffered with hypertension and problems associated with joints, bones, muscles, and chronic back pain. The association factors with self-care of the elderly, which correlated in the same direction including; gender ($C=.084$, $p=.009$), the history of annual physical examination ($C=.198$, $p<.001$) and the average monthly income ($r=.063$, $p=.036$). Regarding the age of the elderly, it was found that there is an inverse relationship with the self-care of the elderly ($r=-.117$, $p<.001$). Knowledge of self-care and attitudes towards self-care were also correlated in the same direction of self-care in the elderly ($r=.268$, $p<.001$, $r=.103$ $p=.036$ respectively). Therefore, responsible and involved organizations should arrange training programs to increase knowledge about health care for the elderly. This should also include managing welfare of the state such as social allowances to promote or increase income for the elderly. The local stakeholders should be included in organizing learning processes to improve the various skills for particular work career to increase their income. Accordingly, it will lead to a better quality of life for the elderly.

Keywords: elderly; health status; self-care of the elderly



ความเป็นมาและความสำคัญ

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศอาเซียน ส่วนหนึ่งมาจากการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์อย่างรวดเร็ว ทำให้จำนวนเด็กเกิดใหม่น้อยลง ส่งผลให้สัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมากในแต่ละประเทศ การมีอายุยืนยาวเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่ทำให้ประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น เมื่อประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นในขณะที่สัดส่วนคนวัยทำงานลดลง ส่งผลให้อัตราการพึ่งพิงวัยสูงอายุในอาเซียนสูงขึ้น หมายความว่าผู้ที่อยู่ในวัยแรงงานต้องรับภาระเลี้ยงดูผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยในประเทศไทย พ.ศ. 2558 มีอัตราการพึ่งพิงวัยสูงอายุ 14.58 และคาดว่าจะใน พ.ศ.2573 และ พ.ศ.2593 จะมีอัตราการพึ่งพิงวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 29.22 และ 52.54 ตามลำดับ¹

การดำเนินการโดยแผนงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยปี 2557 โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขพบว่า ผู้สูงอายุในประเทศไทยมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพหลายประการ โดยหนึ่งในสี่ของผู้สูงอายุชายยังคงสูบบุหรี่ ส่วนในเพศหญิง ความชุกของการสูบบุหรี่สูงในวัยกลางคนและผู้สูงอายุ โดยสูงสุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 2.8) ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ พบร้อยละ 31.3 ในกลุ่มอายุ 70-79 ปีและมากที่สุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 48.6 สัดส่วนของคนในเขตเทศบาลที่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอมีมากกว่าคนนอกเขตฯ (ร้อยละ 21.6 และ 17.2 ตามลำดับ) และการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน 6 กิจกรรม ได้แก่ อาบน้ำ/ล้างหน้า, แต่งตัว, กินอาหาร, ลุกจากที่นอน, ใช้ห้องน้ำ/ส้วม และเดินในตัวบ้าน รวมกับความสามารถในการกลั้นปัสสาวะ หรือการกลั้นอุจจาระ ผลการสำรวจพบว่า ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรพื้นฐานด้วยตนเอง ร้อยละ 11.4 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมใด ๆ 1 กิจกรรม ร้อยละ 10.4 มีข้อจำกัด 2 กิจกรรม และร้อยละ 4.1 มีข้อจำกัด 3 กิจกรรมขึ้นไป เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะพึ่งพิงของการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยฯ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2552 พบว่า สัดส่วนที่อยู่ในเกณฑ์ที่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรพื้นฐานดังนี้ 1 กิจกรรม ร้อยละ 21.2, 2 กิจกรรม ร้อยละ 11.2 และ 3 กิจกรรม ร้อยละ 23.1 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าผลการสำรวจครั้งนี้² รัฐบาลให้ความสำคัญกับการที่ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และมีนโยบายด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่มมาอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น จาก 4 ล้านคน (ร้อยละ 6.8) ในปี 2537 เป็น 10 ล้านคน (ร้อยละ 14.9) ในปี 2557 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 20.5 ล้านคน (ร้อยละ 32.1) ในปี 2583 และในปี 2558 กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 6,394,022 คน พบว่าเป็นกลุ่มติดสังคมประมาณ 5 ล้านคนหรือร้อยละ 79 และเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำเป็นต้องสนับสนุนบริการด้านสุขภาพและสังคม ประมาณ 1.3 ล้านคน หรือร้อยละ 21 มุ่งเน้นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง โดยมีเป้าหมายสำคัญคือหาวิธีการป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีการเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่น³

ข้อมูลจากการปกครองจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ประชากรผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีจำนวนและสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 13.1 ของประชากรทั้งจังหวัดในปี 2557 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14.9 ในปี 2560 (จำนวน 145,029 คน) และในปี 2563 (สำรวจ 8 ต.ค. 2563) จังหวัดกาฬสินธุ์จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ เมื่อประชากรสูงอายุมีจำนวน 144,800 คน มีสัดส่วนถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และในปี 2571 จังหวัดกาฬสินธุ์จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด เมื่อประชากรสูงอายุมีจำนวน 219,000 คน มีสัดส่วนถึงร้อยละ 28 ของประชากร⁴ จากการสำรวจอำเภอภมกลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ มีจำนวนผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับสี่ของจังหวัดจำนวน 15,744 คน (ร้อยละ 10.87) โดยพื้นที่ตำบลโพงาม อำเภอภมกลาไสย เป็นพื้นที่ที่ถูกเลือกเข้าร่วมโครงการสนับสนุนวิชาการเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในชุมชนท้องถิ่น ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ปีงบประมาณ 2561-2563 (รหัสโครงการ 61-02025) เพื่อการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทุกด้าน จากการสำรวจปี 2563 พบว่า มีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 1,379 คน ร้อยละ 20.97 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 781 คน ร้อยละ 56.64 โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี จำนวน 779 คน ร้อยละ 56.49 รองลงมาคือช่วงอายุ 70-79 ปี



จำนวน 431 คน ร้อยละ 31.26 ตามลำดับ และนอกจากสถานการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นดังกล่าวแล้ว ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของจังหวัดกาฬสินธุ์มีจำนวนมากถึง 7,081 คน และในอำเภอกมลาไสยมีจำนวนสูงเป็นอันดับที่สองจำนวน 852 คน (ร้อยละ 12.03) รองจากอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จำนวน 1,083 คน (ร้อยละ 15.30) อยู่ในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีตำบลโพธิ์งาม จำนวน 115 คน⁵ ซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวเป็นกลุ่มที่ต้องให้ความสำคัญ เพราะช่วยเหลือดูแลตัวเองไม่ได้อย่างสมบูรณ์ทุกด้าน ดังนั้นการศึกษาภาวะสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเพื่อทราบข้อมูลในการวางแผนและจัดการเรื่องระบบการดูแลสุขภาพที่จะเกิดขึ้น การศึกษาของ Young Ik Cho et al.⁶ พบว่าการรับรู้ด้านสุขภาพ และการเลือกใช้บริการด้านสุขภาพส่งผลต่อสถานะด้านสุขภาพในกลุ่มคนอเมริกันจำนวนหนึ่ง และการศึกษาของ Serap Unsar⁷ พบว่าภาวะสุขภาพและภาวะความเครียดมีความสัมพันธ์ตรงข้ามกันกับคะแนนคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง การจัดการระบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุเป็นบทบาท ความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างครอบครัวกับหน่วยงานของรัฐ รวมไปถึงการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนั้น กลุ่มผู้วิจัยเห็นความสำคัญดังกล่าวจึงได้ศึกษาข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขต อบต.บ้านโพธิ์ อ.กมลาไสย จ.กาฬสินธุ์ เพื่อจะได้นำผลของการศึกษาไปวางแผนในการจัดระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขต อบต.บ้านโพธิ์ อ.กมลาไสย จ.กาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขต อบต.บ้านโพธิ์ อ.กมลาไสย จ.กาฬสินธุ์

สมมติฐานการวิจัย

ลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ การตรวจร่างกายประจำปี ความรู้ และทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์งาม อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างวันที่ 10 มกราคม – 10 พฤษภาคม 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาเป็นการศึกษาในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุทุกคนที่อาศัยในเขตพื้นที่ตำบลโพธิ์งาม อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 1,348 คน จากทั้งหมด 13 หมู่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยปรับปรุงจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 6 ส่วน⁸ ได้แก่ 1) ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ จำนวน 9 ข้อ 2) แบบตรวจคัดกรองสุขภาพ จำนวน 11 ข้อ 3) แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (barthel ADL index) จำนวน 10 ข้อ⁹ 4) แบบประเมินความรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ¹⁰ มีตัวเลือก 3 ตัวเลือกคือ ใช่/ไม่แน่ใจ/ไม่ใช่



โดยกำหนดคะแนน ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดและไม่แน่ใจให้ 0 คะแนน แบ่งความรู้เป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของ Bloom¹¹ คือความรู้ระดับดี (8-10 คะแนน) ความรู้ระดับปานกลาง (6-7 คะแนน) ความรู้ไม่ดี (0-5 คะแนน) 5) แบบประเมินทัศนคติในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามที่ให้ความสำคัญกับระดับความคิดเห็นจากผู้สูงอายุมีความคิดเห็นว่าคุณค่านี้สำคัญน้อยมากจนถึงผู้สูงอายุมีความคิดเห็นว่าคุณค่านี้สำคัญสูงมาก (คะแนนระดับ 1 ถึงระดับ 10)¹² จัดระดับทัศนคติด้วยคะแนนรวมแบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับทัศนคติไม่ดี (คะแนนต่ำกว่า 81 คะแนน) ระดับทัศนคติพอใช้/ปานกลาง (คะแนนอยู่ระหว่าง 81-140 คะแนน) ระดับทัศนคติดี (คะแนนมากกว่า 140 คะแนน) และ 6) แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำนวน 38 ข้อ ประกอบด้วยคำถาม 4 ด้าน คือ 1) พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร จำนวน 18 ข้อ¹³ 2) พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย จำนวน 8 ข้อ และ 3) การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเอง จำนวน 7 ข้อ ทั้งสามส่วนเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ตัวเลือก (ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อย ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย) แบ่งระดับการดูแลทั้ง 3 ด้าน ตามคะแนนรวมในแต่ละด้านเป็น 3 ระดับคือ ระดับไม่ดี ระดับปานกลาง และระดับดี และ 4) ด้านพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่ จำนวน 5 ข้อ คำถามเป็นแบบเลือกตอบ แบบเคย/ไม่เคย และจำนวนมากน้อยของความเคย

คุณภาพเครื่องมือวิจัย

การทดสอบเพื่อหาความตรงของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน มีค่า IOC (Index of Item - Objective Congruence) ตั้งแต่ .67-1.00 ทดลองใช้เครื่องมือในกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่ใกล้เคียง และมีลักษณะคล้ายคลึงกับพื้นที่ศึกษา จำนวน 35 คน และทดสอบความเชื่อมั่นด้วยสูตร KR-20 กับแบบประเมินความรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุมีค่า .73 และหาค่า Cronbach Alpha Coefficient กับแบบประเมินทัศนคติในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ มีค่า .82 และแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุมีค่า .89

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยตามเงื่อนไขการวิจัยของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC 044/2563 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัยให้กับผู้สูงอายุโดยผู้สูงอายุมีอิสระในการตัดสินใจตอบรับ หรือปฏิเสธ การเข้าร่วมการวิจัย และในระหว่างการวิจัยมีสิทธิที่จะขอถอนตัวเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและไม่มีผลกระทบต่อการรักษาหรือการได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ทั้งสิ้น ผู้วิจัยเก็บข้อมูลการวิจัยเป็นความลับไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลและผลของการวิจัยจะรายงานข้อมูลในภาพรวมของความคิดเห็นเป็นกลุ่ม หลังจากผู้สูงอายุรับทราบและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีกลุ่มผู้สูงอายุปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานงานพื้นที่ตำบลโพธิ์งาม อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยได้รับความร่วมมือจากองค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์งาม สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีตำบลโพธิ์งาม และอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ตำบลโพธิ์งาม เป็นผู้ช่วยวิจัย จำนวน 13 คน ที่ผ่านการเข้าร่วมอบรมการเตรียมการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุตามแบบสัมภาษณ์ที่กำหนด การซักซ้อมการสัมภาษณ์เพื่อทบทวนการสัมภาษณ์ตามเค้าโครงแบบสัมภาษณ์ที่กำหนด และเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ ผู้สูงอายุ คนละ 10-20 นาที ตามจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ประจำบ้าน จำนวน 13 หมู่บ้าน เป็นระยะเวลา 14 วัน



การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล เป็นการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ในส่วนของข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์และตรวจคัดกรองสุขภาพ แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ และพฤติกรรม การดูแลผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ใช้สถิติเชิงอนุมาน คือ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ค่า (r) ในกลุ่มตัวแปรเชิงปริมาณ และตัวแปรเชิงคุณภาพ ใช้ Pearson's Chi-square และวัดระดับความสัมพันธ์ด้วยค่า Contingency coefficient (C)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.6) มีอายุเฉลี่ย 69.65 ปี ($\sigma=7.72$) ส่วนใหญ่มีอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 55.5) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 65.9) มีระดับการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 99.2) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 88.0) แหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่จากสวัสดิการจากรัฐ (ร้อยละ 76.7) อาศัยอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 65.9) และไม่ได้เข้าร่วมโรงเรียนผู้สูงอายุ (ร้อยละ 87.1) รายละเอียดดังตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ (N=1,348)

ข้อความ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	558	41.4
- หญิง	790	58.6
กลุ่มอายุ		
- 60 - 69	651	55.5
- 70 - 79	380	32.4
- 80 ปีขึ้นไป	141	12.0
Mean=69.65 SD=7.72 Max=99 ปี Min=60 ปี		
ระดับการศึกษาสูงสุด		
- ไม่ได้เรียน	6	.5
- ประถมศึกษา	1,223	92.2
- มัธยมศึกษา	68	5.1
- อนุปริญญา/ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	29	2.2
สถานภาพ		
- โสด	74	5.6
- สมรส	864	65.9
- หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่	374	28.5
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
- ต่ำกว่า 5,000 บาท	1,186	88.0
- 5,000 - 10,000 บาท	132	9.8
- 10,001 - 15,000 บาท	15	1.1
- มากกว่า 15,000 บาท	15	1.1
Median=1,000 Range=49,900 Max=50,000 บาท Min=100 บาท		



ข้อความ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
แหล่งที่มาของรายได้		
- การประกอบอาชีพ	320	23.7
- บำนาญ	19	1.4
- บุคคลในครอบครัว เช่น คู่สมรส บุตร	246	18.2
- สวัสดิการจากรัฐ เช่น เบี้ยยังชีพ เงินสงเคราะห์ ฯลฯ	1,034	76.7
ลักษณะการอยู่อาศัย		
- อยู่ตามลำพัง	76	5.6
- อยู่กับคู่สมรส	684	50.7
- อยู่กับบุตร/หลาน	597	44.3
- อยู่กับญาติ	25	1.9
- อื่นๆ	13	1.0
การเข้าร่วมโรงเรียนผู้สูงอายุ		
- เข้าร่วม	163	12.9
- ไม่เข้าร่วม	1,098	87.1

2. ข้อมูลภาวะสุขภาพ

ข้อมูลภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อมูลการคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุ และ การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน

2.1 ข้อมูลการคัดกรองสุขภาพ เป็นการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพในรอบ 12 เดือนก่อนการเข้าร่วมการสัมภาษณ์ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เคยตรวจร่างกายประจำปี (ร้อยละ 74.2) โดยเคยตรวจระดับความดันโลหิต (ร้อยละ 77.3) เคยตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (ร้อยละ 76.6) ตรวจระดับไขมันในเลือด (ร้อยละ 66.7) เคยชั่งน้ำหนัก (ร้อยละ 95.8) เคยวัดส่วนสูง (ร้อยละ 95.8) เคยวัดรอบเอว (ร้อยละ 89.1) เคยวัดรอบสะโพก (ร้อยละ 85.3) ประวัติการเจ็บป่วยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 30.9) รองลงมาคือ มีภาวะโรคเก๊าท์ ข้อต่อกระดูก และกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 13.7) และ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 58.6) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลการคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุ (N=1,348)

ข้อความ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การตรวจร่างกายประจำปี		
- เคยตรวจ	909	74.2
- ไม่เคยตรวจ	316	25.5
ประวัติการเจ็บป่วย		
- โรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ	823	61.1
- โรคระบบโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อ	240	17.8
- โรคระบบทางเดินอาหารและตับ	134	9.9
- โรคระบบประสาทและสมอง	80	5.9
- โรคระบบทางเดินหายใจ	38	2.8
- โรคระบบเซลล์ร่างกายผิดปกติ	14	1.0
- อื่นๆ	19	1.4



ข้อคำถาม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index)		
- ต่ำกว่า 18.5 หมายถึง ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	685	58.6
- 18.50 ถึง 22.99 หมายถึง ตามเกณฑ์ปกติ	416	35.6
- 23.00 ถึง 24.99 หมายถึง โรคอ้วนระดับหนึ่ง	42	3.6
- 25.00 ถึง 29.99 หมายถึง โรคอ้วนระดับสอง	25	2.1
- มากกว่า 30 หมายถึง โรคอ้วนระดับสาม	1	.1
น้ำหนัก Max=120 กก. Min=23 กก.		
ส่วนสูง Max= 185 ซม. Min=100 ซม.		

3. การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมซึ่งพึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (ร้อยละ 96.2) รองลงมา เป็นกลุ่มติดบ้าน (ร้อยละ 2.4) และกลุ่มติดเตียง (ร้อยละ 1.4) ประเมินผลทั้ง 10 ด้าน เช่น ด้าน Feeding ด้าน Grooming ด้าน Transfer ด้าน Toilet use ด้าน Mobility ด้าน Dressing ด้าน Stairs ด้าน Bathing ด้าน Bowels และด้าน Bladder พบว่า ส่วนใหญ่ช่วยเหลือตนเองได้ รายละเอียดดังตารางที่ 3 และตารางที่ 4

ตารางที่ 3 การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) (N = 1,348)

ข้อคำถาม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)		
- ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้	15	1.1
- ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า	39	2.9
- ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	1,294	95.9
2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24-28 ชั่วโมงที่ผ่านมา)		
- ต้องการความช่วยเหลือ	29	2.2
- ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	1,319	97.8
3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)		
- ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น	18	1.3
- ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้	15	1.1
- ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแล เพื่อความปลอดภัย	63	4.7
- ทำได้เอง	1,252	92.9
4. Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)		
- ช่วยตัวเองไม่ได้	23	1.7
- ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง	48	3.6



ข้อคำถาม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	1,277	94.7
5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)		
- เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้	20	1.5
- ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้	19	1.4
- เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย	41	3.0
- เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	1,268	94.1
6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)		
- ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย	19	1.4
- ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย	31	2.3
- ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	1,298	96.3
7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)		
- ไม่สามารถทำได้	62	4.6
- ต้องการคนช่วย	53	3.9
- ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)	1,233	91.5
8. Bathing (การอาบน้ำ)		
- ต้องมีคนช่วยหรือทำให้	38	2.8
- อาบน้ำเองได้	1,310	97.2
9. Bowels (การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)		
- กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ	46	3.4
- กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)	123	9.1
- กลั่นได้เป็นปกติ	1,179	87.5
10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)		
- กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้	53	3.9
- กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)	138	10.2
- กลั่นได้เป็นปกติ	1,157	85.8

ตารางที่ 4 ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันแบ่งตามกลุ่มผู้สูงอายุตามเกณฑ์ (Barthel ADL Index) (N = 1,348)

กลุ่มผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มติดสังคม (12 คะแนนขึ้นไป)	1,279	96.2
กลุ่มติดบ้าน (5-11 คะแนน)	32	2.4
กลุ่มติดเตียง (0-4 คะแนน)	19	1.4



4. การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ในส่วนนี้นำเสนอการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ครอบคลุม ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ทักษะต่อการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 49.2 มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ระดับปานกลาง ผู้สูงอายุ ร้อยละ 76.9 มีทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ระดับดี ส่วนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ทั้งด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และด้านการสูบบุหรี่ และด้านการดูแลสุขภาพตนเอง มีรายละเอียดดังนี้

1) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานอาหารเช้า (ร้อยละ 96.9) รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ (ร้อยละ 86.4) โดยอาหารที่ผู้สูงอายุรับประทานส่วนใหญ่มาจากอาหารที่ปรุงเอง (ร้อยละ 93.8) มีผู้สูงอายุบางส่วนกำลังพยายามลดน้ำหนัก (ร้อยละ 12.2) ผู้สูงอายุพิจารณาตัวเองแล้วเห็นว่า ตนเองมีน้ำหนักพอดีแล้ว (ร้อยละ 72.7) ส่วนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 55.0) ซึ่งพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ผู้สูงอายุปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุดได้แก่ การรับประทานอาหารเช้าที่ปรุงสุกใหม่ ๆ (ร้อยละ 43.4) การประกอบอาหารรับประทานเอง (ร้อยละ 39.4) และการปรุงรสชาติอาหารด้วยผงชูรส (ร้อยละ 29.6)

2) พฤติกรรมการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ออกกำลังกายและมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลาง (ร้อยละ 52.4) ซึ่งพฤติกรรมทางกายที่ผู้สูงอายุปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด ได้แก่ เดินขึ้นลงบันไดด้วยตนเอง (ร้อยละ 39.3) การทำงานบ้าน เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน ด้วยตนเอง (ร้อยละ 32.7) และการอบอุ่นร่างกาย ก่อนออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา 5-10 นาที (ร้อยละ 18.5)

3) พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และด้านการสูบบุหรี่ ในปัจจุบันผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 63.0) มีผู้สูงอายุที่ดื่มเป็นประจำทุกวัน ร้อยละ 4.3 ด้านการสูบบุหรี่ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 77.1) กรณีผู้ที่เคยสูบบุหรี่ส่วนใหญ่จะเริ่มสูบบุหรี่อายุต่ำกว่า 31 ปี (ร้อยละ 98.4) โดยในช่วง 14 วันที่ผ่านมาผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่จะสูบบุหรี่โดยเฉลี่ยวันละ 6-10 มวน (ร้อยละ 32.7)

4) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับดี ร้อยละ 46.1 โดยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด ได้แก่ การไปพบแพทย์ตามนัด (ร้อยละ 48.9) เมื่อมีอาการผิดปกติ/เจ็บป่วยกะทันหัน จะรีบมาพบแพทย์ทันที (ร้อยละ 44.8) และเมื่อมีอาการเจ็บป่วย ผู้สูงอายุปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ (ร้อยละ 43.9)

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ด้านข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลพบว่า ปัจจัยด้านเพศ ($C=.084, p=.009$) ประวัติการเคยตรวจร่างกายประจำปี ($C=.198, p<.001$) และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ($r=.063, p=.036$) มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ส่วนด้านอายุของผู้สูงอายุพบว่ามีความสัมพันธ์ไปในทิศทางผกผันกันกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ($r=-.117, p<.001$) ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง และทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ($r=.268, p<.001, r=.103, p<.001$) รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ($N = 1,348$)

ตัวแปร	Coefficients	p value
1. เพศ	.084 ^b	.009
2. อายุของผู้สูงอายุ	-.117 ^a	<.001
3. ระดับการศึกษา	.113 ^b	.080



ตัวแปร	Coefficients	p value
4. ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)	.051 ^a	.090
5. ประวัติการเคยตรวจร่างกายประจำปี	.198 ^b	<.001
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	.063 ^a	.036
7. ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง	.265 ^a	<.001
8. ทศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง	.103 ^a	<.001

หมายเหตุ: a หมายถึง ค่า Pearson's correlation coefficient (r)

b หมายถึง ค่า Contingency coefficient (C)

อภิปรายผล

จากผลการศึกษสามารถอภิปรายผลด้านภาวะสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ดังนี้

1. ข้อมูลทางประชากร และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เรียนจบในระดับประถมศึกษา อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน และส่วนใหญ่รายได้มาจากสวัสดิการจากรัฐ เช่น เบี้ยยังชีพ เงินสงเคราะห์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐญา ประไพพานิช¹⁴ ซึ่งพบว่า ขนาดของครัวเรือน จำนวนบุตร เพศหญิง อายุ รายได้สูง สุขภาพที่ดี การมีงานทำ มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบต่อความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุ คือ ความรู้สึกว่าตนเองมีหนี้สินมาก ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลโพงาม มีสถานะทางสังคมที่ต้องใส่ใจในการบริหารเรื่องการจัดจการระบบการดูแลสุขภาพด้านนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรด้านข้อมูลทั่วไปกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุพบว่า ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุในประถมศึกษาและต่ำกว่า รวมทั้งที่มาของรายได้ของผู้สูงอายุทั้งสามด้านมีความสัมพันธ์ไปในทางเดียวกันกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในหลายประเทศ เช่น ประเทศเบลเยียม¹⁵ และสหรัฐอเมริกา ที่ได้จัดทำนโยบายเพื่อให้เกิดการช่วยเหลือด้านรายได้แก่ผู้สูงอายุ¹⁶

ข้อมูลด้านภาวะสุขภาพ พบว่ามีข้อมูลที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสนใจเพื่อวางแผนในการจัดระบบการดูแลสุขภาพในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลโพงามอย่างยั่งยืน ประกอบด้วย

1) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการตรวจสุขภาพ และพบว่าป่วยเป็นโรคโรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ ซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของไทย ซึ่งประกอบด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของมินตรา สารรักษ์และคณะ¹⁷ ที่พบว่าผู้สูงอายุในเขตอำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีมีปัญหาโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน (ตามลำดับ) และยังพบว่ามีปัญหาเรื่องโรค ข้อต่อ กระดูก และกล้ามเนื้อ และมีอาการปวดหลังเรื้อรัง ถึง 240 คน (ร้อยละ 17.8) ซึ่งพบเป็นอันดับสองของประวัติการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ และการศึกษาที่ประเทศบราซิล¹⁸ พบว่าผู้สูงอายุในประเทศดังกล่าวมีปัญหาเรื่องโรคติดต่อไม่เรื้อรังเกือบครึ่งหนึ่งของผลการศึกษา นอกจากนั้น Geoffrey F. Joyce¹⁸ ยังพบว่าผู้ที่สูงอายุป่วยเป็นโรคเรื้อรังมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

2) ข้อมูลจากพื้นที่โพงามยังระบุว่าอีกว่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุต่ำกว่าเกณฑ์ปกติมากกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่ ผู้สูงอายุมีน้ำหนักน้อยที่สุดอยู่ที่ 23 กิโลกรัม และส่วนสูงน้อยที่สุด 100 เซนติเมตร ซึ่งบ่งบอกว่าผู้สูงอายุอาจจะมีภาวะผิดปกติทางด้านร่างกายอาจเกิดจากภาวะขาดสารอาหารทำให้กล้ามเนื้อของร่างกายทุกส่วนลีบและเล็กลงซึ่งส่งผลต่อน้ำหนักและส่วนสูงโดยเฉพาะกล้ามเนื้อบนใบหน้าและกล้ามเนื้อแขนและขา ส่งผลให้มีการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและกระดูกได้¹⁹

3) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ของพื้นที่โพรงน้ำเป็นกลุ่มติดสังคมที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ ซึ่งจากการศึกษาของ Thunyanom S.²⁰ ระบุว่าปัญหาของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม อาจอยู่ที่การเข้าถึงกิจกรรมทางสังคมที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีชีวิตชีวา ซึ่งผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่โพรงน้ำควรมีการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้กิจกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มนี้เพื่อเป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพด้านอื่น ๆ ที่จะตามมา ซึ่งอาจจะทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้กลายเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่ต้องมีคนช่วยพาออกไปมีส่วนร่วมในสังคม

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีลักษณะประชากรคล้ายกับ ผู้สูงอายุในชุมชนทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.6) มีอายุเฉลี่ย 69.65 ปี มีสถานภาพคู่สมรส (ร้อยละ 65.9) มีระดับการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุพบว่า ตัวแปรด้านอายุมีความสัมพันธ์ผกผันกับการดูแลตนเองซึ่งสามารถระบุได้ว่าผู้สูงอายุเมื่อมีอายุมากขึ้นความสามารถในการดูแลตนเองกลับลดลง เป็นเพราะความเสื่อมถอยทางด้านร่างกายทำให้การเคลื่อนไหว และการใช้กล้ามเนื้อได้น้อยลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรด้านข้อมูลทั่วไปกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุพบว่า ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุในประถมศึกษาและต่ำกว่า รวมทั้งที่มาของรายได้ของผู้สูงอายุทั้งสามด้านมีความสัมพันธ์ไปในทางเดียวกันกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้จะมีโอกาสในการแสวงหาแหล่งข้อมูลหรือแหล่งบริการสุขภาพได้มากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่า และผู้สูงอายุที่มีโอกาสทางการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้ดีกว่า เนื่องจากมีโอกาสได้รับความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่า²¹ อีกทั้งพบว่า ฐานะเศรษฐกิจ โดยเฉพาะเรื่องความมั่นคงทางการเงินของผู้สูงอายุ มีผลต่อความสนใจในเรื่องสุขภาพ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี

การศึกษาของ Johanna M. Seddon และคณะ²² พบว่า ผู้สูงอายุที่มี BMI ในระดับสูงมีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงต่อการลื่นของกล้ามเนื้อแต่การเพิ่มการขยับร่างกายที่มากขึ้นของผู้สูงอายุทำให้ความลื่นของกล้ามเนื้อลดลง ดังนั้นการเพิ่มกิจกรรมให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้นจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองที่ดีขึ้น โดยเฉพาะการสร้าง ความแข็งแรงให้กับกล้ามเนื้อและข้อต่อให้มากขึ้น และผลการศึกษายังพบอีกว่าความสูงของผู้สูงอายุยังมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุเดียวกันกับการศึกษาเรื่อง BMI เพราะเมื่อมีอายุมากขึ้นมีความเสื่อมของกล้ามเนื้อและการละลายตัวของกระดูกทางโครงสร้างของร่างกายทำให้กระดูกพรุน เช่น หมอนรองกระดูกเสื่อมหรือทรุดทำให้ผู้สูงอายุมีน้ำหนักและส่วนสูงลดลงและการดูแลตนเองก็ลดลงตามไปด้วย²³ ถึงแม้ว่าผลการศึกษาจากแบบวัดของ Barthel ADL index พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังเคลื่อนไหว หรือเคลื่อนที่ภายในตัวบ้านได้ แต่ก็ยังพบว่าผู้สูงอายุ บางส่วนที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือเคลื่อนที่ได้ การวางแผนและกำหนดนโยบายที่ชัดเจนเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุ กลุ่มดังกล่าวเป็นสิ่งจำเป็นที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรรับดำเนินการ

การดูแลตนเองของผู้สูงอายุเพื่อลดความเสี่ยงดังกล่าวนี้ ปัจจัยที่สำคัญและจำเป็นมากอีกอย่างคือ ผู้สูงอายุ จำเป็นต้องมีความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าปัจจัยทั้งสองอย่างมีความสัมพันธ์กัน ถึงแม้ในทางสถิติจะพบว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับน้อย แต่ด้านการจัดการความรู้ให้กับผู้สูงอายุมีความเกี่ยวเนื่องกัน โดยเฉพาะข้อที่ผู้สูงอายุตอบถูกน้อยที่สุดคือ ผู้สูงอายุจำเป็นต้องรับประทานอาหารเสริมและวิตามินเพื่อบำรุงร่างกายเป็นประจำ และการออกกำลังกายอย่างหนักจะช่วยให้ร่างกายแข็งแรง ซึ่งความรู้ทั้งสองข้อต้องได้รับการปรับเปลี่ยนให้ถูกต้อง การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการทำกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้มากขึ้นจะทำให้การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุดีขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าระดับความรู้ของผู้สูงอายุส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ²⁴ โดยเฉพาะความรู้ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ายังมีผู้สูงอายุบางราย



ยังดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ โดยเฉพาะในช่วง 14 วันก่อนที่จะมีการสัมภาษณ์ยังพบว่ายังมีผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่โดยเฉลี่ยวันละ 6–10 มวน มากถึงร้อยละ 32.7 จากจำนวนผู้สูบบุหรี่ (ร้อยละ 22.9) ทำให้ส่งผลการการดูแลสุขภาพตนเอง เพราะการกระทำทั้งสองอย่างถูกค้นพบว่าส่งผลกระทบต่อร่างกายของผู้สูงอายุ

ข้อมูลด้านทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุพบว่ามีความสัมพันธ์ไปในทางเดียวกันกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ถึงแม้การศึกษาครั้งนี้ พบว่าด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี แต่การค้นพบดังกล่าวไม่ถึงครึ่งหนึ่งของจำนวนประชากรที่ศึกษา (ร้อยละ 48) จะเห็นว่าระดับทัศนคติของผู้สูงอายุคะแนนอยู่ในระดับไม่ดีและไม่ดีมากถึง 82 คน (ร้อยละ 6.1) และในบางข้อยังพบว่ามีความเห็นที่ทัศนคติในรายชื่อระดับปานกลาง เช่น การลดน้ำหนัก การใช้ถุงยางอนามัย และการรับประทานอาหารที่ประกอบด้วยไขมันจากสัตว์ ยังเป็นข้อที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้สูงอายุในด้านดังกล่าวให้ถูกต้อง ซึ่งผลจากการศึกษาที่ผ่านมา มีการใช้ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้สูงอายุ โดยกำหนดให้มีการปรับเปลี่ยนทัศนคติไปในทางบวกในการดูแลสุขภาพ²⁵

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาพบปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เช่น ข้อมูลด้านการศึกษา ข้อมูลด้านรายได้ของผู้สูงอายุทั้งรายได้ที่เกิดจากการประกอบอาชีพด้วยตนเอง รายได้ที่เกิดจากผู้อื่น โดยเฉพาะรายได้จากสวัสดิการของรัฐ ซึ่งเป็นหัวใจหลักด้านเศรษฐกิจครอบครัว ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดนโยบายเรื่องสวัสดิการด้านการเพิ่มรายได้ให้กับผู้สูงอายุ เช่น การจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อเพิ่มทักษะต่างๆ ในการประกอบอาชีพ ในกรณีที่ผู้สูงอายุยังสามารถประกอบอาชีพได้เพื่อให้มีการสร้างรายได้กลับคืนสู่ครอบครัว และควรมีการวิเคราะห์เพื่อหาข้อมูลที่เป็นจริงในการจัดทำเบี้ยยังชีพที่เหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจในปัจจุบัน เพื่อการปรับเพิ่มค่ายังชีพตามอัตราเงินเฟ้อของระบบเศรษฐกิจโลก

2. ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เป็นตัวแปรสำคัญที่ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้มากขึ้นโดยเฉพาะเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง เช่นการจัดรูปแบบให้สุศึกษาที่เหมาะสมกับ สภาพแวดล้อม และการดำรงชีพของผู้สูงอายุ รวมทั้งการจัดโครงการความรู้ด้านการดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากผู้สูงอายุอาจจะลืมหรือไม่ได้ความรู้ทางด้านนี้มาเป็นเวลายาวนาน โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนทัศนคติความเชื่อในการดูแลสุขภาพให้ถูกต้องด้วยการจัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีความรู้ และทัศนคติไปในทางที่ดีในการดูแลสุขภาพตนเองมากยิ่งขึ้น

3. ปัจจัยด้านสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุในพื้นที่ อบต.โพธาราม จะได้รับการตรวจสุขภาพ แต่ก็ยังมีผู้สูงอายุบางส่วนไม่ได้รับการตรวจ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจน และออกแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุทุกคนต้องได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง

References

1. Department of Older Person. ASEAN elderly population [Internet]. Bangkok;2016. [cited 2020 May 27]. Available from: http://www.dop.go.th/download/knowledge/knowledge_th_20161309100713_1.pdf.
2. Wichai A. Report of the Thai public health survey by physical examination No.5. Bangkok;2014. [cited 2020 May 27]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/>
3. National Health Security Office. A guide to support the management of long-term health care services for the elderly who are dependent in the national health insurance system. 1st ed. Bangkok;2016.
4. Kalasin statistical office. Situation and perspectives on the elderly, Kalasin Province 2017 [Internet]. Kalasin;2018. [cited 2020 April 6]. Available from: <http://kalasin.nso.go.th/images/attachments/Info.News/Info.News2561/009Sep/1004older61 up.pdf>.



5. Phon Ngam Chaloe Phrakiat Health Center. Demographic data of people preparing to enter the elderly age 50–59 years. Kalasin;2018.
6. Cho YI, Lee SY, Arozullah AM, Crittenden KS. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Social science & medicine* 2008;66(8):1809–16.
7. Unsar S, N Sut. Depression and health status in elderly hospitalized patients with chronic illness. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2010;50(1):6–10.
8. Boongird C. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA): how to change the system of primary care. *J PCFM* 2009;32–36.
9. Daipratham MR, Juntham P, Pianmanak S, Jantharakasamjit S, Yuwan A. The inter-rater reliability of Barthel Index (Thai version) in stroke patients. *J Thai Rehab medicine* 2006;1:1–9.
10. Promkhun T, Sakheamjit P, Piromjitpong S. Self-health care behaviors of senior people in Sisaket province. *RDHS J* 2557;7(1):133–45.
11. Bloom BS. Taxonomy of educational objectives. 1st ed: Cognitive domain. New York:McKay;1956.
12. Yunker HE, Hurley MK. Contact with and attitudes toward persons with disabilities: the measurement of intergroup contact. *Rehabilitation Psychology* 1987;32(3):145–54.
13. Tritipsombut J, Kaopimai C, Sornchamnong W, Thoengnong W, Thuengthao S, Yoongklang A. Health care behaviors of the elders using 11 basic elements for health. *Srinagarind Med J* 2015;30(5):482–90.
14. Prapaipanich N. An exploratory study of the relationship between household size and individuals' subjective well-being in case of elderly's living in Bangkok. *J Humanities and Social Sciences* 2018;10(19):46–58.
15. Van OT. Socio-economic inequality in ill-health amongst the elderly: should one use current or permanent income. *J Health Economics* 2003;22(2):219–41.
16. Pollock H, House JS, Schoeni RF. Income support policies and health among the elderly. In: Schoeni RF, House JS, Kaplan GA, Pollock H, editors. *Making Americans healthier: social and economic policy as health policy*. New York: Russell Sage Foundation;2010:97–121.
17. Sararuk M, Nganchamung T, Krasuaythong N. Health status and health behaviors among elderly in Kham Kwang sub-district, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province. *Srinagarind Medical J* 2020;35(3):304–10.
18. Joyce GF, Keeler EB, Shang B, Goldman DP. The lifetime burden of chronic disease among the elderly: reducing chronic illness in future elderly cohorts will have only modest effects on medicare's financial stability. *Health Affairs* 2005;24:W5–R18.
19. Fukumoto Y, Ikezoe T, Yamada Y, Tsukagoshi R, Nakamura M, Mori N, et al. Skeletal muscle quality assessed from echo intensity is associated with muscle strength of middle-aged and elderly persons. *Eu J applied physiology* 2012;112(4):1519–25.
20. Thunyaporn S. Under the mask of elderly. Blog of Good Factory, a Bangkok-Based Social Innovation Design Consultancy [Internet]. Bangkok;2017. [cited 2020 April 6]. Available from: <https://blog.goodfactory.co>.
21. Sukchot S, Hongwityakorn U. An analysis of factors related to active ageing preparation. *DRU J* 2016; 10(2):62–76
22. Seddon JM, Cote J, Davis N, Rosner B. Progression of age-related macular degeneration: association with body mass index, waist circumference, and waist-hip ratio. *Ar ophthalmology* 2003;121(6):785–92.



23. Hebert R, Brayne C, Spiegelhalter D. Factors associated with functional decline and improvement in a very elderly community-dwelling population. *Am J Epidemiology* 1999;150(5):501–10.
24. Porsing R, Hansakul A. Effectiveness of learning programs knowledge and self-care behaviors in participatory learning to elderly's Nongbuakhok sub-district, Chatturat district, Chaiyaphum province. *Journal of the office of DPC 6 Khon Kaen* 2019;19(1):39–53.
25. Jugsingto C. Effectiveness of health behavior modification program in health risk group for diabetes hypertension and obesity. *Rajabhat Rajanagarindra University*;2017.