



การรับรู้ปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ สอดคล้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิต ในพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจ พิเศษภาคตะวันออก(อีอีซี)

Perceptions of Health Problems and Healthcare Needs of the Elderly with Respect to Culture, Beliefs, and Ways of life in the Eastern Economic Corridor zone (EEC)

ลัดดาวัลย์ พุทธรักษา¹ จินห์จู้ทา ชัยเสนา ดาลลาส² สาวิตรี หลักทอง³

Laddawan Puttaruksa¹ Jinjutha Chaisena Dallas² Sawitree Lakthong³

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ²นักวิชาการอิสระ ³คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันปัญญาภิวัฒน์

¹Faculty of Nursing, Burapha university ²Independent Academician, ³Panyapiwat Institute of Management

Corresponding author: Laddawan Puttaruksa; E-mail: laddawalp2550@gmail.com

Received: March 24, 2023 Revised: July 30, 2023 Accepted: August 8, 2023

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ปัญหา ด้านสุขภาพ ความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิต ในพื้นที่ ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก และเปรียบเทียบการรับรู้ปัญหาด้านสุขภาพ และความต้องการการดูแลสุขภาพ ของผู้สูงอายุ ที่มีความแตกต่างกันของ เพศ อายุ ความถี่ในการเข้ารับการรักษาพยาบาล และการมีโรคประจำตัว ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวนขนาดตัวอย่างได้ 440 คน ทำการสุ่มตัวอย่าง แบบหลายขั้นตอนเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป การรับรู้ปัญหา ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และความต้องการการดูแลสุขภาพ ของผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลโดยทีมผู้วิจัย วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ independent sample t-test ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.8 มีอายุระหว่าง 71-80 ปี มากที่สุดร้อยละ 54.8 ส่วนใหญ่มี ระดับการศึกษาประถมศึกษาตอนปลายร้อยละ 68.4 มีความถี่ 1-5 ครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากที่สุดร้อยละ 66.6 และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 54.4 พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ปัญหาสุขภาพด้านจิตใจในระดับมาก (Mean 3.61, SD=.35) และรับรู้ปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย และด้านจิตวิญญาณ อยู่ในระดับปานกลาง (Mean 3.18, SD=.47 และ Mean 3.00, SD=.34 ตามลำดับ) ผู้สูงอายุมีระดับความต้องการการดูแลสุขภาพ ด้านปัจจัยส่วนบุคคล ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิต และด้านพฤติกรรมดำเนินชีวิตในระดับมากที่สุด (Mean 4.52 (SD=.71), Mean 4.51 (SD=.78) และ Mean 4.50 (SD=.81) ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบว่า เพศ อายุ และความถี่ในการเข้ารับการรักษาพยาบาล ที่แตกต่างกันส่งผลให้การรับรู้ปัญหาด้านสุขภาพ และ ความต้องการการดูแลสุขภาพ แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการมีโรคประจำตัวที่แตกต่างกัน ส่งผลให้การรับรู้ปัญหาด้านสุขภาพแตกต่างกันด้วย ซึ่งผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้นำมาใช้เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ และ สร้างนวัตกรรมองค์ความรู้ เพื่อเกื้อกูลบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมในผู้สูงอายุต่อไป

คำสำคัญ: ปัญหาการดูแลสุขภาพ; การรับรู้ปัญหาสุขภาพ ความต้องการการดูแลสุขภาพ; ผู้สูงอายุ วัฒนธรรม; ความเชื่อ; วิถีชีวิต; ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก



Perceptions of Health Problems and Healthcare Needs of the Elderly with Respect to Culture, Beliefs, and Ways of life in the Eastern Economic Corridor zone (EEC)

Laddawan Puttaruksa¹ Jinjutha Chaisena Dallas² Sawitree Lakhong³

¹Faculty of Nursing, Burapha university ²Independent Academician, ³Panyapiwat Institute of Management

³Corresponding author: Laddawan Puttaruksa; E-mail: laddawanp2550@gmail.com

Received: March 24, 2023 Revised: July 30, 2023 Accepted: August 8, 2023

Abstract

This descriptive study aimed at assessing perceptions of health problems and healthcare needs among the elderly with respect to culture, beliefs, and ways of life in the Eastern Economic Corridor. The study compared perceptions of health problems and healthcare needs among the elderly with differences in gender, age, frequency of medical treatment, and congenital diseases. The population of this study was older people who were 60 years and older. A sample of 440 participants were recruited by the multi-stage sampling technique. The questionnaire developed by the researchers included 3 parts: general information, health problem perceptions, and healthcare needs among the elderly. Data were collected via an interview with the researchers. The statistics used were frequency, percentage, mean, standard deviation, and independent sample t-tests.

The results showed that the majority of the sample was female (71.8%) with ages between 71–80 years old (54.8%). Most of them (68.4%) had upper elementary education level, receiving medical treatment 1–5 times was 66.6%, with 54.4% having congenital disease. The study found a high level of perception of psychological health problems (Mean 3.61, SD=.35), and a moderate level of perception of physical and spiritual health problems (Mean 3.18, SD=.47). Their healthcare needs, which included personal factors, ways of life, and lifestyle behavior, were at the highest level (Mean 4.52 (SD=.71), Mean 4.51 (SD=.78) and Mean 4.50 (SD=.81)), respectively. Differences in gender, age, and frequency of medical treatment significantly affected perceptions of health problems and healthcare needs. Differences in congenital diseases also showed a significant difference in perceptions of health problems. The researchers suggest that the findings can be used to expand the body of knowledge and innovation in transcultural nursing services for the elderly.

Keywords: health problem perceptions; healthcare needs; elderly; culture; beliefs; ways of life; Eastern; Economic; Corridor zone

ความเป็นมาและความสำคัญ

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมสูงวัยเริ่มทวีจำนวนมากขึ้นตั้งแต่ปี 2548 ซึ่งมีสาเหตุมาจากอัตราการเกิดที่ลดลง และประชากรมีอายุที่ยืนยาวมากขึ้น จากรายงาน “World Population Ageing 2020 Highlights”¹ ข้อมูลในปี พ.ศ. 2563 พบว่าประชากรโลกซึ่งเป็นผู้สูงวัยอายุตั้งแต่ 65 ขึ้นไป มีจำนวน 727 ล้านคน โดยเป็นผู้สูงวัยเพศหญิงมากกว่าผู้สูงวัยเพศชาย และคาดการณ์ว่าในอีก 30 ปีข้างหน้าจำนวนประชากรผู้สูงวัยทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นจากเดิมมากกว่าเท่าตัว และจะเพิ่มเป็น 1.5 พันล้านคน ภายในปี พ.ศ. 2593 สำหรับประเทศไทย เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบ (completed aged society) ในปี พ.ศ. 2564 โดยจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 20 ของจำนวนประชากรทั้งหมด หรือไม่น้อยกว่า 13 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2583 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุ 20 ล้านคน หรือ 1 ใน 3 ของคนไทยจะเป็นผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปจะมีมากถึง 3.5 ล้านคน² และจากข้อมูลพบว่าประเทศไทยมีอัตราการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่เร็วกว่าประเทศกำลังพัฒนาอื่น ๆ ซึ่งโดยปกติจะใช้เวลานานถึง 18 - 115 ปี ขณะที่ประเทศไทยจะใช้เวลาเพียง 20 ปี พบว่ามีสัดส่วนประชากรอายุมากกว่า 65 ปีเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากร้อยละ 8.7 เป็นร้อยละ 13 ในปี พ.ศ. 2563 และภายในปี พ.ศ. 2578 ประเทศไทยจะเป็นประเทศกำลังพัฒนาประเทศแรกที่เข้าสู่ผู้สูงวัย

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของร่างกาย การทำหน้าที่ของร่างกายลดลงทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยเฉพาะโรคเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ ซึ่งจากการศึกษาของ นงนุช แยมวงษ์³ พบว่า ผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 70 เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค โดย 3 อันดับแรกของโรคประจำตัวที่ผู้สูงอายุเป็น คือ ความดันโลหิตสูง โรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อและกระดูก และโรคเบาหวาน ในขณะที่นิรุธรรม เทรินโบส และคณะ⁴ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยด้านเพศ ประวัติการเคยตรวจร่างกายประจำปี มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ส่วนปัจจัยด้านอายุของผู้สูงอายุพบว่ามีความสัมพันธ์ไปในทิศทางผกผันกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับน้ำฝน กองอรินทร์, ชลธิชา เรือนคำ และโรชินี อุปรา⁵ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ นอกจากนี้ยังพบว่า Young Ik Cho et al.⁶ ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และการเลือกใช้บริการด้านสุขภาพส่งผลต่อสถานะด้านสุขภาพในกลุ่มคนอเมริกันจำนวนหนึ่ง นอกจากนี้ นิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์ และศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์⁷ ยังพบว่าสมการทำนายพฤติกรรมสุขภาพ มีองค์ประกอบของตัวแปร ระดับการศึกษา การเป็นสมาชิกชมรม การมีโรคประจำตัว และแรงสนับสนุนทางสังคมด้วย

จากการวิเคราะห์ความต้องการบริการพยาบาลของผู้รับบริการที่อยู่ในวัยผู้สูงอายุจะมีวิถีชีวิต ความเชื่อ ความเข้าใจภาษา เชื้อชาติ ศาสนา และวัฒนธรรมในการดำเนินชีวิตที่แตกต่างจากผู้รับบริการในกลุ่มอื่น จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดของวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพประกอบไปด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 เป็นแนวคิดดั้งเดิมที่ว่า ความเชื่อ ประเพณี หรือพิธีกรรม ส่งผลต่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของบุคคล กลุ่มบุคคล และชุมชน และส่วนที่ 2 เป็นแนวคิดใหม่ที่ว่าด้วยวัฒนธรรมองค์กรและวัฒนธรรมของสังคมหรือชุมชนหนึ่ง ๆ มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของคนในสังคมในภาพรวม⁸ ซึ่งเมื่อองค์กรต้องการส่งเสริมสุขภาพของประชากรที่ดีขึ้นนั้น ปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งที่ต้องนำมาใช้เพื่อการพัฒนาคือปัจจัยด้านวัฒนธรรม⁹ โดย ปราณีต ส่องวัฒนา¹⁰ กล่าวว่า การสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมในการดูแลสุขภาพที่หลากหลายของผู้ใช้บริการต่างวัฒนธรรม ซึ่งส่วนใหญ่อ้างอิงจากทฤษฎีการดูแลต่างวัฒนธรรมของโลนนิ่งเจอร์¹¹ เป็นการดูแลผู้รับบริการที่ให้ความสำคัญกับความแตกต่างทางวัฒนธรรม 3 ประการ ดังนี้ (1) กระบวนการที่พยาบาลให้การดูแลโดยคำนึงถึงและเคารพซึ่งวัฒนธรรม



ความเชื่อของผู้รับบริการ (2) กระบวนการที่พยาบาลมีส่วนช่วยให้ผู้รับบริการเรียนรู้ที่จะปรับตัวต่อการดูแลอย่างค่อยเป็นค่อยไป และ (3) กระบวนการที่พยาบาลสามารถช่วยให้ผู้รับบริการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตของตนให้สอดคล้องกับแนวทางการดูแลสุขภาพของทีมสุขภาพ¹⁰ สอดคล้องกับแนวคิดการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของไกเกอร์และเดวิดไฮซาร์¹² ที่กล่าวว่าพยาบาลจะต้องมีความเข้าใจและเข้าถึงมิติด้านการเปิดพื้นที่ส่วนตัว การสื่อสาร การควบคุมสิ่งแวดล้อม และองค์การทางสังคมของผู้รับบริการด้วย

สำหรับผู้สูงอายุในเขตพื้นที่พัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (EEC) ก็เป็นอีกพื้นที่หนึ่งที่กำลังเผชิญกับปัญหาด้านผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน ซึ่งในเขตพื้นที่ระเบียงเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออกระหว่างปี 2559-2569 จะมีจำนวนเปอร์เซ็นต์ของผู้สูงอายุต่อประชากรเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามลำดับ โดยในปี พ.ศ. 2559 มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 14.26 ของประชากรทั้งหมดคิดเป็น 1,340,440 คนจาก 9,400,00 คน ซึ่งในปี 2569 จะมีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 19.77 ของประชากรทั้งหมดคิดเป็น 2,633,364 คนจาก 13,320,000 คน แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ทุกปี¹³ และเมื่อวิเคราะห์สถานการณ์ภาพรวมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก¹⁴ พบว่าระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกับระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ในขณะที่ระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมและด้านสิทธิเสรีภาพอยู่ในระดับน้อยและพบว่าเพศต่างกันมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจต่างกัน ในขณะที่อายุต่างกันจะมีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อมแตกต่างกันด้วย ในส่วนของระดับการศึกษา ประเภทที่พักอาศัย อาชีพ จะมีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านสิทธิเสรีภาพแตกต่างกัน ในขณะที่สุขภาพจะมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและด้านสัมพันธภาพทางสังคมแตกต่างกันด้วย

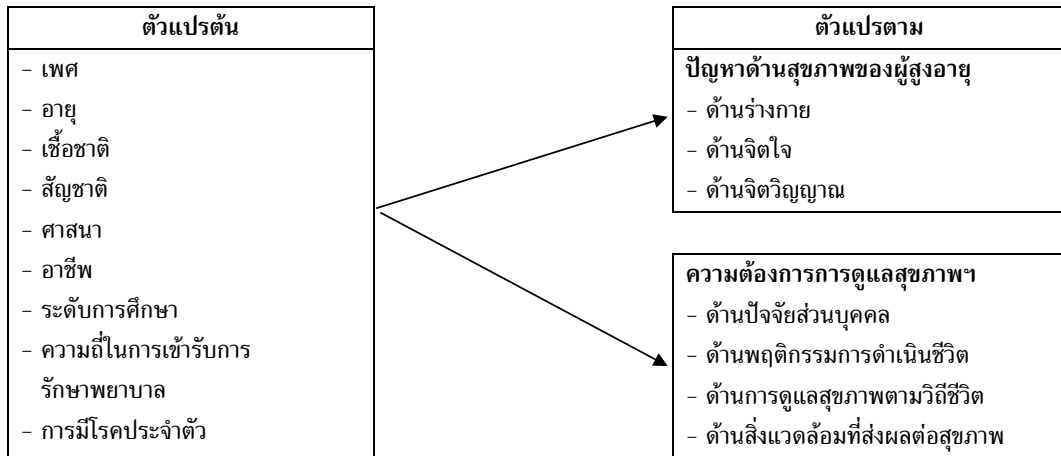
เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมและหาแนวทางไปสู่การแก้ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่ยั่งยืนในอนาคต ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิต ในพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก (อีอีซี) โดยมุ่งเน้นศึกษาข้อมูลปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ รวมถึงศึกษาความต้องการการดูแลสุขภาพโดยคำนึงถึงวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุใน 4 ด้าน คือด้านปัจจัยส่วนบุคคลด้านพฤติกรรมกรดำเนินชีวิต ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิต และด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ และวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาด้านสุขภาพและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้ใช้เพื่อพัฒนาองค์ความรู้และสร้างนวัตกรรมองค์ความรู้ เพื่อเกื้อกูลบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก
2. เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิตในพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก
3. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ปัญหาด้านสุขภาพ และความต้องการการดูแลสุขภาพฯ ของผู้สูงอายุ ที่มีความแตกต่างกันของ เพศ อายุ ความถนัดในการเข้ารับการรักษาพยาบาล และการมีโรคประจำตัว



กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยการรวบรวมความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการการดูแลสุขภาพโดยคำนึงถึงวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เคยมีประสบการณ์เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พักอาศัยอยู่ในจังหวัดชลบุรี หรือจังหวัดฉะเชิงเทรา หรือจังหวัดระยอง จังหวัดใดจังหวัดหนึ่ง สามารถอ่านออกเขียนได้จำนวน 491,744 คน¹⁵ เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) คือเป็นผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีประสบการณ์รับการรักษาในโรงพยาบาล อาศัยอยู่ในจังหวัดชลบุรี หรือจังหวัดฉะเชิงเทรา หรือจังหวัดระยอง จังหวัดใดจังหวัดหนึ่ง อ่านออกเขียนได้ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือมีความเจ็บป่วยจนทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ เป็นผู้พิการ ติดตึง พระภิกษุ และอาศัยอยู่นอกจังหวัดที่ระบุข้างต้น เมื่อหักเกณฑ์คัดออกแล้วคงเหลือประชากรศึกษา จำนวน 387,539 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรในการคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างของ Taro Yamane¹⁶ คือ $n = N / (1 + Ne^2)$ และกำหนดค่าความคลาดเคลื่อน .05 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 400 คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเพิ่มเติมอีก 10 % เพื่อป้องกันปัญหากรณีเก็บข้อมูลไม่ครบถ้วนหรือรายการในแบบสอบถามไม่ครบถ้วน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น $400 + 40 = 440$ คน โดยผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) โดยเริ่มต้นจากการสุ่มแบบชั้นภูมิ (stratified sampling) และในขั้นสุดท้ายผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (systematic sampling) ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ระบุไว้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ HSO75/2564 เมื่อวันที่ 21 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 กลุ่มตัวอย่างได้รับฟังการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นความสมัครใจโดยไม่มีผลกระทบต่อสิทธิที่ได้รับในปัจจุบันและในอนาคต แบบสอบถามใช้รหัสแทนชื่อ นามสกุลกลุ่มตัวอย่าง



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา อาชีพ ระดับการศึกษา ความถี่ในการเข้ารับการรักษาพยาบาล และอาการ/อาการแสดง หรือโรคที่เข้ารับการรักษา เป็นลักษณะคำถามเลือกตอบ และคำถามปลายเปิด รวม 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งหมด 16 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านร่างกาย 8 ข้อ ด้านจิตใจ 5 ข้อ และ ด้านจิตวิญญาณ 3 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ จาก 5-1 กำหนดให้ 5 หมายถึง ผู้สูงอายุมีปัญหาดังกล่าวในระดับมากที่สุด และกำหนดให้ 1 หมายถึง ผู้สูงอายุมีปัญหาดังกล่าวในระดับน้อยที่สุด และมีเกณฑ์ในการแปลผลข้อมูลปัญหาผู้สูงอายุ ดังนี้ 1.00-1.80 หมายถึง น้อยที่สุด 1.81-2.60 หมายถึง น้อย 2.61-3.40 หมายถึง ปานกลาง 3.41-4.20 หมายถึง มาก และ 4.21-5.00 หมายถึง มากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิต ทั้งหมด 44 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการ 16 ข้อ ด้านพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการ 11 ข้อ ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิตของผู้รับบริการ 11 ข้อ และด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้รับบริการ 6 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ จาก 5-1 กำหนดให้ 5 หมายถึง ผู้สูงอายุมีความต้องการฯ ดังกล่าวในระดับมากที่สุด และกำหนดให้ 1 หมายถึง ผู้สูงอายุมีความต้องการฯ ดังกล่าวในระดับน้อยที่สุด และมีเกณฑ์ในการแปลผลข้อมูลความต้องการการดูแลสุขภาพฯ ของผู้สูงอายุ ดังนี้ 1.00-1.80 หมายถึง น้อยที่สุด 1.81-2.60 หมายถึง น้อย 2.61-3.40 หมายถึง ปานกลาง 3.41-4.20 หมายถึง มาก และ 4.21-5.00 หมายถึง มากที่สุด

แบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นได้ทำการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบไปด้วย ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ข้ามวัฒนธรรม มีการศึกษาระดับปริญญาเอก และมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยผู้รับบริการวัยสูงอายุอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 3 คน และพยาบาลวิชาชีพ มีการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป และมีประสบการณ์ดูแลผู้รับบริการวัยสูงอายุอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 2 คน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา

มีค่าเฉลี่ยของร้อยละความสอดคล้อง เท่ากับ .958 ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ .90 และค่า CVI ทั้งฉบับมีค่า .842 ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ .80 และทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถามในด้านด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ .75 ด้านความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ .89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ IRB1-014/2565 ลงวันที่ 21 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 แล้วผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยเริ่มจากการทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยไปยังนายกองค์การบริหารส่วนตำบลในเขตพื้นที่ จังหวัดฉะเชิงเทรา จังหวัดระยอง และจังหวัดชลบุรี จำนวน 12 ตำบล เมื่อได้รับอนุญาตจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ระบุไว้



การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้คือ ความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด และ independent sample t-test แล้วแปลผลข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบการบรรยาย

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

การเก็บข้อมูลครั้งนี้มีอัตราตอบกลับคิดเป็นร้อยละ 100 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 71.8 มีอายุระหว่าง 71-80 ปีมากที่สุดร้อยละ 54.8 ทุกคนมีเชื้อชาติไทย และสัญชาติไทย ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 82.3 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ แม่บ้าน/พ่อบ้าน ร้อยละ 51.1 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาตอนปลายร้อยละ 68.4 มีความถี่ 1-5 ครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากที่สุดร้อยละ 66.6 และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 54.4 โดยมีรายละเอียดตามตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n = 440)

	ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
1.	เพศ		
	1.1 เพศหญิง	235	53.4
	1.1 เพศชาย	205	46.6
2	อายุ		
	2.1 อายุระหว่าง 60-70 ปี	232	52.7
	2.2 อายุระหว่าง 71-80 ปี	208	47.3
3	เชื้อชาติ		
	3.1 เชื้อชาติไทย	440	100
4	สัญชาติ		
	4.1 สัญชาติไทย	440	100
5	ศาสนา		
	5.1 ศาสนาพุทธ	362	82.3
	5.2 ศาสนาอิสลาม	63	14.3
	5.3 ศาสนาคริสต์	15	3.4



ตารางที่ 1 (ต่อ)

	ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
6	อาชีพ		
	6.1 แม่บ้าน/พ่อบ้าน	225	51.1
	6.2 รับจ้าง /ก่อสร้าง/แม่ครัว	76	17.3
	6.3 ค้าขาย	69	15.7
	6.4 เกษตรกรรม	34	7.7
	6.5 ข้าราชการบำนาญ	17	3.9
	6.6 อาชีพอื่น ๆ	19	4.2
7	ระดับการศึกษา		
	7.1 ไม่ได้เรียน	13	3.0
	7.2 ประถมศึกษา	326	74.1
	7.3 มัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า	83	18.9
	7.4 ปริญญาตรี	15	3.4
	7.5 สูงกว่าปริญญาตรี	3	.6
8	ความถี่ในการเข้ารับการรักษาพยาบาล		
	8.1 1-5 ครั้ง	293	66.6
	8.2 มากกว่า 5 ครั้ง	147	33.4
9	การมีโรคประจำตัว		
	9.1 ไม่มี	201	45.68
	9.2 มี	239	54.4

ตอนที่ 2 ข้อมูลปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ระดับปัญหาสุขภาพด้านร่างกายภาพรวม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณภาพสุขภาพในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.18 (SD=.47) เมื่อวิเคราะห์รายละเอียดแล้วพบว่าผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณภาพสุขภาพในประเด็นดังนี้ (เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย) สายตามองเห็นไม่ชัดเจน ร้อยละ 61.8 รับประทานอาหารได้ลดลง / เบื่ออาหาร ร้อยละ 27.7 และ นอนไม่หลับ ร้อยละ 25.7

ระดับปัญหาสุขภาพด้านจิตใจภาพรวม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณภาพด้านจิตใจในระดับมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.61 (SD=.35) เมื่อวิเคราะห์รายละเอียดแล้วพบว่าผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณภาพด้านจิตใจในประเด็นดังนี้ (เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย) รู้สึกถึงคุณค่าในตนเองลดลง เป็นภาระของลูกหลาน ร้อยละ 73.2 รู้สึกว่าครอบครัว/บุคคลในครอบครัวไม่มีเวลาดูแล ร้อยละ 71.4 และ รู้สึกว่าไม่อยากพบปะผู้อื่น ร้อยละ 65.9

ระดับปัญหาสุขภาพด้านจิตวิญญาณภาพรวม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณภาพด้านจิตวิญญาณในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.00 (SD=.34) เมื่อวิเคราะห์รายละเอียดแล้วพบว่าผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณภาพด้านจิตวิญญาณในประเด็นดังนี้ (เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย) รู้สึกว่าคุณค่าอันน้อยลงกว่าตอนเป็นวัยรุ่น ร้อยละ 56.8 รู้สึกหมดกำลังใจ ในการใช้ชีวิตประจำวัน ร้อยละ 55.7 และ รู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองไม่มีความภาคภูมิใจในชีวิต ร้อยละ 25.0 โดยมีรายละเอียดตามตารางที่ 2 ดังนี้



ตารางที่ 2 ระดับปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ แยกรายด้าน (n = 440)

ลำดับ	รายการ	ระดับปัญหาสุขภาพ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านร่างกาย						
1	กลิ่นปัสสาวะไม่อยู่	2 (.5 %)	37(8.4%)	269(61.1 %)	102(23.2%)	30(6.8 %)
2	สายตามองเห็นไม่ชัดเจน	99(22.5%)	272(61.8 %)	37(8.4%)	30(6.8 %)	2 (.5 %)
3	การได้ยินลดลง	50(11.4%)	96(21.8%)	270(61.4 %)	19(4.3%)	5 (1.1 %)
4	รับประทานอาหารได้ลดลง	49(11.1%)	122(27.7%)	245(55.7 %)	20(4.5 %)	4 (.9 %)
5	นอนไม่หลับ	43(9.8%)	113(25.7%)	250(56.8 %)	28(6.4 %)	6 (1.4 %)
6	ขาดมือนิ้ว-ปลายเท้า	20(4.5 %)	110(25.0%)	49(11.1%)	257(58.4 %)	4 (.9 %)
7	เดินเซ เดินไม่ตรง/ หน้ามืด ตอนเปลี่ยนท่า	4(.9%)	42(9.5%)	127(28.9%)	263(59.8 %)	4 (.9 %)
8	สภาพร่างกายไม่แข็งแรง	45(10.2%)	113(25.7%)	244(55.5 %)	30(6.8 %)	8 (1.8 %)
รวมคะแนนเฉลี่ย ปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย 3.18 (SD=.47) ระดับปานกลาง						
ด้านจิตใจ						
9	รู้สึกว่าครอบครัว/บุคคล ในครอบครัวไม่มีเวลาดูแล	55(12.5%)	314(71.4 %)	53(12.0%)	10(2.3 %)	8 (1.8 %)
10	รู้สึกถึงคุณค่าในตนเองลดลง เป็นภาระของลูกหลาน	56(12.7%)	322(73.2 %)	45(10.2%)	9(2.0 %)	8(1.8 %)
11	มีความวิตกกังวล กลัวถูกทอดทิ้ง	24(5.5%)	68(15.5%)	342(77.7 %)	4(0.9 %)	2(.5 %)
12	รู้สึกโดดเดี่ยว กลัวถูกทอดทิ้ง	23(5.2 %)	102(23.2%)	280(63.6 %)	24(5.5%)	11 (2.5 %)
13	รู้สึกว่าไม่อยากพบปะผู้อื่น	32(7.3%)	290(65.9 %)	108(24.5%)	10(2.3 %)	0 (.0 %)
รวมคะแนนเฉลี่ย ปัญหาสุขภาพด้านจิตใจ 3.61 (SD=.35) ระดับมาก						
ด้านจิตวิญญาณ						
14	รู้สึกหมดกำลังใจ ในการ ใช้ชีวิตประจำวัน	49(11.1%)	20(4.5 %)	245(55.7%)	122(27.7%)	4(.9 %)
15	รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อยลง กว่าตอนเป็นวัยหนุ่มสาว	43(9.8%)	113(25.7%)	250(56.8 %)	28(6.4 %)	6(1.4 %)
16	รู้สึกว่าตนเองไม่ค่อยมี ความภาคภูมิใจในชีวิต	49(11.1%)	20(4.5 %)	110(25.0%)	257(58.4 %)	4 (.9 %)
รวมคะแนนเฉลี่ย ปัญหาสุขภาพด้านจิตวิญญาณ 3.00 (SD=.34) ระดับปานกลาง						

ตอนที่ 3 ระดับความต้องการการดูแลสุขภาพโดยคำนึงถึงวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ

ระดับความต้องการการดูแลสุขภาพฯ ด้านปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการภาพรวม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความต้องการการดูแลสุขภาพฯ ด้านปัจจัยส่วนบุคคลในระดับมากที่สุด มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.52 (SD=.71) เมื่อวิเคราะห์รายละเอียดแล้วพบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการให้จัดบริการโดยคำนึงถึงสิ่งต่างๆ ดังนี้ (เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย) อายุ ร้อยละ 77.7 เพศสภาวะและเพศสรีระ ร้อยละ 73.2 และการนับถือศาสนา ร้อยละ 65.9

ระดับความต้องการการดูแลสุขภาพฯ ด้านพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตภาพรวม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับ



ความต้องการการดูแลสุขภาพฯ ด้านพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตในระดับมากที่สุด มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.50 (SD=.81) เมื่อวิเคราะห์รายละเอียดแล้วพบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการให้จัดบริการโดยคำนึงถึงสิ่งต่าง ๆ ดังนี้ (เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย) การดูแลสุขภาพตามความเชื่อและวัฒนธรรม ร้อยละ 69.3 การขับถ่าย ร้อยละ 66.4 และการบริโภคอาหารตามความเชื่อและวัฒนธรรม ร้อยละ 65.0

ระดับความต้องการการดูแลสุขภาพฯ ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิตภาพรวม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความต้องการการดูแลสุขภาพฯ ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิตในระดับมากที่สุด มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.51 (SD=.78) เมื่อวิเคราะห์รายละเอียดแล้วพบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการให้จัดบริการโดยคำนึงถึงสิ่งต่าง ๆ ดังนี้ (เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย) ความเชื่อตามศาสนา ร้อยละ 71.8 ความเชื่อเรื่องการดูแลตนเองในระยะตั้งครรภ์และการคลอด ร้อยละ 64.1 และ ความเชื่อในช่วงเวลาตามประเพณีหรือศาสนา ร้อยละ 62.7

ระดับความต้องการการดูแลสุขภาพฯ ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพภาพรวม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความต้องการการดูแลสุขภาพฯ ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพในระดับมากที่สุด มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.34 (SD=.93) เมื่อวิเคราะห์รายละเอียดแล้วพบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการให้จัดบริการโดยคำนึงถึงสิ่งต่าง ๆ ดังนี้ (เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย) วิถีชีวิตของบุคคลตามแหล่งที่อยู่อาศัย และประเพณีในสังคม ร้อยละ 60.9 ลักษณะที่พักอาศัย ร้อยละ 60.9 และ แนวทางการดูแลสุขภาพของบุคคลในครอบครัว ตามความเชื่อและวัฒนธรรม ร้อยละ 57.0 โดยมีรายละเอียดตามตารางที่ 3 ดังนี้

ตารางที่ 3 แสดงผลการศึกษาระดับความต้องการการดูแลสุขภาพโดยคำนึงถึงวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ (n = 440)

ลำดับ	รายการประเมิน ให้มีการจัดบริการโดยคำนึงถึง	ระดับความต้องการการดูแลสุขภาพฯ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านปัจจัยส่วนบุคคล						
1	เพศภาวะและเพศสรีระ	322(73.2 %)	56(12.7%)	45(10.2%)	9(2.0 %)	8 (1.8 %)
2	อายุ	342(77.7 %)	68(15.5%)	24(5.5%)	4(.9 %)	2 (.5 %)
3	เชื้อชาติและสัญชาติ	289(65.7 %)	94(21.4%)	45(10.2%)	10(2.3 %)	2 (.5 %)
4	การนับถือศาสนา	290(65.9 %)	104(23.6%)	34(7.7%)	10(2.3 %)	2 (.5 %)
5	อาชีพ และลักษณะงานในการประกอบอาชีพ	269(61.1 %)	141(32.0%)	24(5.5%)	3(.7 %)	3 (.7 %)
6	ระดับการศึกษา	263(59.8 %)	140(31.8%)	31(7.0%)	4(.9 %)	2 (.5 %)
รวมคะแนนเฉลี่ย ความต้องการการดูแลสุขภาพฯ ด้านปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการ 4.52 (SD=.71) ระดับมากที่สุด						
ด้านพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิต						
7	การดูแลสุขภาพตามความเชื่อและวัฒนธรรม	305(69.3 %)	71(16.1%)	47(10.7%)	16(3.6%)	1 (.2 %)
8	การบริโภคอาหารตามความเชื่อและวัฒนธรรม	286(65.0 %)	100(22.7%)	40(9.1%)	13(3.0 %)	1 (.2 %)
9	การขับถ่าย	292(66.4 %)	88(20.0%)	48(10.9%)	11(2.5 %)	1 (.2 %)
10	การออกกำลังกายตามความเชื่อและวัฒนธรรม	260(59.1 %)	115(26.1%)	49(11.1%)	13(3.0 %)	3 (.7 %)



ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลำดับ	รายการประเมิน ให้มีการจัดบริการโดยคำนึงถึง	ระดับความต้องการการดูแลสุขภาพ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
11	การพักผ่อนนอนหลับ	255(58.0 %)	126(28.6%)	42(9.5%)	15(3.4 %)	2 (.5 %)
รวมคะแนนเฉลี่ย ความต้องการการดูแลสุขภาพ ด้านพฤติกรรมการดำเนินชีวิต 4.50 (SD=.81) ระดับมากที่สุด						
ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิต						
12	ความเชื่อตามศาสนา	316(71.8 %)	81(18.4%)	34(7.7 %)	8(1.8 %)	1 (.2 %)
13	ความเชื่อในช่วงเวลาตามประเพณี หรือศาสนา	276(62.7 %)	102(23.2%)	47(10.7%)	12(2.7%)	3 (.7 %)
14	ความเชื่อและการให้ความหมาย เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ในชีวิตประจำวัน	271(61.6 %)	91(20.7%)	49(11.1%)	25(5.7 %)	4 (.9 %)
15	ความเชื่อเรื่องการดูแลตนเอง ในระยะตั้งครรภ์และการคลอด	282(64.1 %)	78(17.7%)	53(12.0%)	23(5.2%)	4 (.9 %)
16	ความเชื่อในการดูแลสุขภาพ ในระยะใกล้เสียชีวิต	264(60.0 %)	96(21.8%)	52(11.8%)	23(5.2 %)	5 (1.1 %)
รวมคะแนนเฉลี่ย ความต้องการการดูแลสุขภาพ ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิต 4.51 (SD=.78) ระดับมากที่สุด						
ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพ						
17	วิถีชีวิตของบุคคลตามแหล่ง ที่อยู่อาศัย และประเพณีในสังคม	268(60.9 %)	116(26.4%)	38(8.6%)	16(3.6 %)	2 (.5 %)
18	ลักษณะที่พักอาศัย	268(60.9 %)	120(27.3%)	35(8.0%)	15(3.4 %)	2 (.5 %)
19	แนวทางการดูแลของบุคคล ในครอบครัว ตามความเชื่อ และวัฒนธรรม	251(57.0 %)	102(23.2%)	60(13.6%)	27(6.1 %)	0 (.0 %)
รวมคะแนนเฉลี่ย ความต้องการการดูแลสุขภาพ ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพ 4.34 (SD .93) ระดับมาก						

ตอนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบการรับรู้ปัญหาด้านสุขภาพ และความต้องการการดูแลสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันของ เพศ อายุ ความถี่ในการเข้ารับการรักษาพยาบาล และการมีโรคประจำตัว

พบว่า เพศ อายุ ความถี่ในการเข้ารับการรักษาพยาบาล และการมีโรคประจำตัว เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า เพศ อายุ ความถี่ในการเข้ารับการรักษาพยาบาล เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการดูแลสุขภาพโดยคำนึงถึงวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยมีรายละเอียดตามตารางที่ 4 ดังนี้



ตารางที่ 4 แสดงผลการเปรียบเทียบการรับรู้ปัญหาด้านสุขภาพ และความต้องการการดูแลสุขภาพ^๑ ของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันของ เพศ อายุ ความถี่ในการเข้ารับการรักษาพยาบาล และการมีโรคประจำตัว (n = 440)

ตัวแปร	คะแนนปัญหาด้านสุขภาพ ^๑				คะแนนความต้องการการดูแลสุขภาพ ^๑			
	N	Mean	SD	P-value	N	Mean	SD	P-value
1. เพศ								
1.1 เพศหญิง	235	2.81	.39	.000*	235	4.21	.77	.000*
1.2 เพศชาย	205	3.83	.57		205	4.67	.45	
2. อายุ								
2.1 อายุระหว่าง 60-70 ปี	232	2.92	.49	.015*	232	4.21	.77	.000*
2.2 อายุระหว่าง 71-80 ปี	208	3.69	.66		208	4.32	.54	
3. ความถี่ในการเข้ารับการรักษาพยาบาล								
3.1 1-5 ครั้ง	293	2.89	.39	.007*	293	4.32	.74	.025*
3.2 มากกว่า 5 ครั้ง	147	4.08	.49		147	4.63	.48	
4. การมีโรคประจำตัว								
4.1 ไม่มี	201	2.77	.40	.011*	201	4.36	.68	.066
4.2 มี	239	3.72	.59		239	4.48	.67	

* p<.05

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาด้านสุขภาพ และความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิต ในพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุแตกต่างกัน นับถือศาสนาพุทธ มีระดับการศึกษาประถมศึกษาตอนปลาย มีความถี่ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1-5 ครั้ง และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว สอดคล้องกับ กิตติวงศ์ สาสวด¹⁷ พบว่าปัจจัยพื้นฐาน ปัจจัยด้านจิตลักษณะ และปัจจัยด้านความต้องการของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กันเมื่อเจ็บป่วย และต้องการการดูแลสุขภาพ

ผลการศึกษาข้อมูลปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านจิตใจในระดับมาก เช่น รู้สึกถึงคุณค่าในตนเองลดลง เป็นภาระของลูกหลาน รู้สึกว่าครอบครัว/บุคคลในครอบครัวไม่มีเวลาดูแล รองลงมาคือด้านร่างกายคือปัญหาสุขภาพเช่น สายตามองเห็นไม่ชัดเจน รับประทานอาหารได้ลดลง นอนไม่หลับ และมีปัญหาด้านจิตวิญญาณเช่น รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อยลงกว่าตอนเป็นวัยหนุ่มสาว รู้สึกหมดกำลังใจในการใช้ชีวิตประจำวัน และรู้สึกว่าตนเองไม่ค่อยมีความภาคภูมิใจในชีวิต สอดคล้องกับ Gajewski และ Falkenstein¹⁸ พบว่า มนุษย์ประสบกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในวัยชรา เช่น การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเนื่องจากความเจ็บป่วยหรือการเสื่อมสภาพตามธรรมชาติของหน้าที่ทางร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางสังคมเนื่องจากการสูญเสียบทบาทในบ้านและสังคม สถานการณ์ทางเศรษฐกิจที่แย่ลง ความหดหู่ ความสันโดษ หรือแม้แต่แรงกระตุ้นการฆ่าตัวตาย ในบรรดาการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ การเสื่อมสภาพของการทำงานทางกายภาพเนื่องจากอายุที่มากขึ้นส่งผลต่อการทำงานของสมองในทางลบ และนำ



ไปสู่การทำงานด้านการรับรู้ที่ลดลง ซึ่งทำให้เกิดปัญหาด้านความจำ สับสน การตัดสินใจลดลง และความเข้าใจที่ไม่ดี¹⁸ เป็นที่ทราบกันดีว่าผู้สูงอายุที่ถูกแยกตัวออกจากสังคมเนื่องจากสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมที่ลดลงมักมีสถานะการรับรู้ที่ลดลง¹⁹ การทำงานด้านความรู้ความเข้าใจที่ลดลงในผู้สูงอายุทำให้ยากต่อการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันอย่างอิสระ นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและส่งผลให้หมดกำลังใจในการใช้ชีวิตและขาดความภาคภูมิใจในตนเองในที่สุด²⁰

ผลการศึกษาความต้องการการดูแลสุขภาพโดยคำนึงถึงวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ พบความต้องการของผู้สูงอายุดังนี้ 1) ด้านปัจจัยส่วนบุคคลเบ็ดเตล็ดความต้องการของผู้สูงอายุมากที่สุดต่อการได้รับการดูแลสุขภาพเพื่อตอบสนองเรื่อง อายุที่เปลี่ยนแปลงไป ลักษณะของเพศภาวะและเพศสรีระและการนับถือศาสนา เป็นต้น 2) ด้านพฤติกรรมการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่มีระดับความต้องการการดูแลสุขภาพฯ เช่น การดูแลสุขภาพตามความเชื่อและวัฒนธรรม การขับถ่าย และการบริโภคอาหารตามความเชื่อและวัฒนธรรม เป็นต้น 3) ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิตมีระดับความต้องการการดูแลสุขภาพฯ เช่น ความเชื่อตามศาสนา ความเชื่อเรื่องการดูแลตนเอง ในระยะตั้งครรภ์และการคลอด และความเชื่อในช่วงเวลาตามประเพณีหรือศาสนา เป็นต้น และด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพระดับความต้องการการดูแลสุขภาพฯ เช่น วิถีชีวิตของบุคคลตามแหล่งที่อยู่อาศัย และประเพณีในสังคม ลักษณะที่พักอาศัย และแนวทางการดูแลของบุคคลในครอบครัว ตามความเชื่อและวัฒนธรรม เป็นต้น สอดคล้องกับ Meinerding และคณะ²¹ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพทางร่างกายลดลงทั้งด้านการได้ยิน การมองเห็น และความแข็งแรงของร่างกายเนื่องจากอายุที่มากขึ้น จะมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การเคลื่อนไหว และอื่น ๆ ลดลง ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมักจะคาดหวังการดูแล และต้องการพึ่งพาผู้อื่นเพื่อช่วยเหลือและดูแลการดำเนินชีวิต นอกจากนี้ ปัจจัยด้านจิตใจ ความมั่นคง ความเชื่อที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้สูงอายุส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการมีภาวะซึมเศร้าค่อนข้างสูง เนื่องจากขาดการเชื่อมต่อกับวิถีชีวิตที่คุ้นเคยและความสัมพันธ์ทางสังคมที่คุ้นเคย²² นอกจากนี้ กิตติวงศ์ สาสวัต¹⁷ ยังกล่าวถึงการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุควรเป็นไปตามความต้องการตามช่วงอายุ เช่น การดูแลผู้สูงอายุที่มีลักษณะร่างกายที่แข็งแรงมีความคาดหวังเพียงต้องการให้เข้าใจถึงความต้องการ ความรู้สึกด้านอารมณ์จิตใจ และส่งเสริมกิจกรรมทางสังคม สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีความต้องการดูแลด้านอาหาร การรักษาโรค ด้านสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัย การทำกิจวัตรประจำวัน และสภาพจิตใจที่อารมณ์อ่อนไหวง่าย¹⁷

ผลการเปรียบเทียบการรับรู้ปัญหาด้านสุขภาพ และความต้องการการดูแลสุขภาพฯ ของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันของ เพศ อายุ ความถี่ในการเข้ารับการรักษาพยาบาล และการมีโรคประจำตัว พบว่า เพศ อายุ ความถี่ในการเข้ารับการรักษาพยาบาล และการมีโรคประจำตัวเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า เพศ อายุ ความถี่ในการเข้ารับการรักษาพยาบาล เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการดูแลสุขภาพโดยคำนึงถึงวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ นิรุวรรณ เทิร์นโบลล์ และคณะ⁴ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยด้านเพศ ประวัติการเคยตรวจร่างกายประจำปี มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ส่วนปัจจัยด้านอายุของผู้สูงอายุพบว่ามีความสัมพันธ์ไปในทิศทางผกผันกันกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารงานด้านสาธารณสุขและผู้บริหารในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก (อีอีซี) สามารถนำข้อมูลปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ความต้องการการดูแลสุขภาพโดยคำนึงถึงวัฒนธรรม ความเชื่อ



และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาด้านสุขภาพ และความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่ได้จากการวิจัยเพื่อวางแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนได้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น

2. พยาบาลวิชาชีพ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และครอบครัว สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลความต้องการการดูแลสุขภาพ โดยคำนึงถึงวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อวางแผนพัฒนาการพยาบาลให้สอดคล้องกับการต้องการทางวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุได้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยพื้นฐานของผู้สูงอายุที่แตกต่างกันในสัดส่วนใกล้เคียงกัน เช่น เพศ ระดับการศึกษา ศาสนา และช่วงอายุของผู้สูงอายุ ที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการดูแลสุขภาพโดยคำนึงถึงวัฒนธรรม ความเชื่อและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยของผู้สูงอายุที่ส่งผลกับความต้องการการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน

2. ศึกษาปัญหาและการรับรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยคำนึงถึงวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลความต้องการของผู้รับบริการและการรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อออกแบบและสร้างนวัตกรรมการดูแลสุขภาพผู้รับบริการสุขภาพผู้สูงอายุโดยคำนึงถึงวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิตต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ได้กรุณาสละเวลาและให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือและให้คำชี้แนะระหว่างการทำดำเนินการวิจัย นอกจากนี้ขอขอบพระคุณทุนอุดหนุนการการทำการกิจกรรมส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) ประจำปี 2565 ประเภท Fundamental Fund และ มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้มอบทุนเพื่อทำการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้สนับสนุนการดำเนินการวิจัย

References

1. The United Nations. World Population Prospects 2019 Highlights. 2019 [Retrieved October 1, 2020], Available from https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf
2. Thailand Creative & Design Center. Looking ahead to 2050: moving towards an aging society. (Aging Society). 2019. [Retrieved October 1, 2020], from https://web.tedc.or.th/th/Articles/Detail/Aging_Society-2050.
3. Yamwong N. Quality of life and physical activities of daily living among elderly patients at HRH Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center. Journal of Medicine and Health Sciences 2014, 21(1): 37-44.(in Thai)
4. Turnbull N, Chada W, Chuppawa W, Seedaket S, Chanaboon S, Sangswai B, Chaichanwattana S Tangpratchayakun N. Health status and factors associated with self-care among older adults. Nursing Journal of the Ministry of Public Health; 2020, 30(3) : 35-49.(in Thai)
5. Kongarin N, Ruenkham C Upra R. Factors influencing health conditions of the elderly from the middle aged up in Chiang Mai. Chiang Mai: Boromarajonani College of Nursing. 2009.(in Thai)



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. Kitreerawutiwong N, Mekrungrongwong S. Factor influencing health behavior among elderly living in the community. *The Public Health Journal of Burapha University* 2016, 11(1): 63-74.(in Thai)
8. Sirasunthorn P. Culture and health. Documentation of lecture topics culture and health for undergraduate students Faculty of Nursing, University Naresuan. 2016. [Retrieved October 1, 2020], Available from www.socsci.nu.ac.th.pdf.(in Thai)
9. Kaewanuchit C, Thongpoon K Chaikan A. Steps towards public health reform, fundamentals in the 21st Century. *Journal of Public Health. Burapha University* 2014; 9(2), 108-120.(in Thai)
10. Songwatthana P. Nursing Research Across Cultures: Research Concepts and Issues. *Thai Journal of Nursing Council* 2014; 29(4), 5-21. (in Thai)
11. Leininger, MM. Cultural care diversity and universality: A theory of nursing. New York: John.1991.
12. Giger, JN., Davidhizar, RE. Transcultural nursing: assessment and intervention (4th ed).St. Louis: Mosby. 2004.
13. Overall diagram for the development of the Eastern Special Development Zone. Macroeconomic effects of Development of the Eastern Economic Corridor (EEC). 2018. [Retrieved on October 1, 2020]. Available from <https://www.eeco.or.th/web-upload/filecenter/untitled%20folder/eec001-7.pdf>
14. Sombunrattanachoke T Lomthaisong W. The comparison of quality of life for the elderly in Eeastern Economic Corridor (EEC). *Rambhai Barni Research Journal*; 2020, 14(2):12-22.(in Thai)
15. The Bureau of Registration Administration. Official statistics registration systems: Age population. 2022. [Retrieved on August 7, 2023]. Available From <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMenu/newStat/home.php>
16. Yamane, T. Statistics, An Introductory Analysis, 2ndEd., New York : Harper and Row.1967.
17. Sasuad K. Factor affecting the quality of life of the elderly in the Eastern province. *NRRU Community Research Journal*; 2017, 11(2) : 21-38. (in Thai)
18. Gajewski P D, Falkenstein M. Physical activity and neurocognitive functioning in aging—A condensed updated review. *European Review of Aging and Physical Activity* 2016, 13(1): 1-7.
19. Coyle C E, Dugan E. Social isolation, loneliness and health among older adults. *Journal of Aging and Health* 2012, 24(8): 1346-363.
20. Svantesson U, Jones J, Wolbert K, Alricsson M. Impact of physical activity on the self perceived quality of life in non-frail older adults. *Journal of Clinical Medicine Research* 2015, 7(8): 585-93.
21. Meinerding M, DeFeis B, Sunderaraman P, Azar M, Lawless S, Perez-Vivaldo C, Gu Y, Stern Y, & Cosentino S. Assessing dependency in a multiethnic community cohort of individuals with Alzheimer's disease. *Innovation in Aging*; 2018, 2(1): 1-7.
22. Olsen C, Pedersen I, Bergland A, Enders-Slegers M J, Patil G, Ihlebaek C. Effect of animal-assisted interventions on depression, agitation and quality of life in nursing home residents suffering from cognitive impairment or dementia: A cluster randomized controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2016, 31(12): 1312-1321.