

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง
Factors Related to Self-care Behaviors of Elderly in Urban City

นันทิณี วังนันท¹
วสันต์ชาย สุรมาตย์²
นัยนา สุแพง³

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในพื้นที่ตำบลศิลา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 377 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบง่าย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์ความรู้การดูแลสุขภาพ แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับทัศนคติในการดูแลตนเอง แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการเข้าถึงทรัพยากรสุขภาพ แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการให้ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของครอบครัว แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมนและค่าไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า จำนวนผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) สถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาประถมศึกษาตอนต้น อาชีพแม่บ้าน/พ่อบ้าน มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองน้อย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดี คิดเป็นร้อยละ 56.80, 64.20, 66.30, 44.80, 62.00, 66.30 และ 58.60 ตามลำดับ ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดมีทัศนคติที่เหมาะสมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 7,500 บาท ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (โรคประจำตัวมากที่สุดคือ โรคทางต่อมไร้ท่อที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน) มีการเข้าถึงทรัพยากรสุขภาพได้ดี ส่วนใหญ่ครอบครัวให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นอย่างดี คิดเป็นร้อยละ 73.70, 88.30 และ 73.50 ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ($r_s = -.11, p = .03$) ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง และการเข้าถึงทรัพยากรสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ($r_s = .19, p < .001$; $r_s = .11, p = .02$) สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ($\chi^2 = .13, p = .004$) จากผลการศึกษามีข้อเสนอแนะให้หน่วยบริการสุขภาพให้ความสำคัญเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง จัดสถานที่และกิจกรรมที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง

Abstract

The objective was to examine self-care behavior of elderly and its relation to predisposing factor, enabling factor and reinforcing factor with self-care behaviors in Sila Sub-district, Muang Khon Kaen District, Khon Kaen Province. The sample through stratified random sampling, a total of 377. Data were collected using questionnaires interviewing and analysed using descriptive statistics, Spearman rank correlation analysis and Chi-square test.

The research found that the elderlies' were female, aged 60-69 years old, married, finished primary education, housekeeper/butler occupation, low self-care knowledge, good self-care behavior were 56.80%, 64.20%, 66.30%, 44.80%, 62.00%, 66.30% and 58.60%, respectively. Almost has a good attitude towards self-care, the average income per month was 7,500 baht. Mostly the elderlies' had a chronic

¹อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

²อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

³อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย



non-communicable diseases, access health resources at a high level and people around elderly gave importance to caring were 73.7%, 88.3% and 73.5% respectively. A correlation analysis revealed a negative relation between the age with self-care behavior of the elderly ($r_s = -.11, p = .03$). On the other hand, a positive relation was found attitude towards self-care and access health resources with self-care behavior of the elderly ($r_s = .19, p < .001; r_s = .11, p = .02$) and a positive relation between marital status with self-care behavior of the elderly ($\chi^2 = .13, p = .004$) Suggestions to based on the results, there were the health service unit gave importance to the care of their health. Arrange suitable places and activities for health promotion for the elderly.

Keywords: Elderly, Self-care behaviors

บทนำ

จากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในกลุ่มประเทศอาเซียนพบว่า มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเรียงลำดับมากที่สุดคือ สิงคโปร์ ไทยและเวียดนามคิดเป็นร้อยละ 20, 17 และ 11 ตามลำดับ (United Nation, 2017) และองค์การสหประชาชาติ (United Nation, 2015) ได้คาดการณ์จำนวนประชากรผู้สูงอายุของโลกระหว่างปี พ.ศ. 2558-2573 โดยเพิ่มขึ้นจาก 900 ล้านคน เป็น 1400 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2593 จะมีมากถึง 2100 ล้านคน นอกจากนี้ยังพบว่าประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (มากกว่าร้อยละ 20) ในปี 2564 (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2561) เมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุร่างกายจะเกิดความเสื่อมเกือบทุกระบบโดยพบว่า มีปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น มักจะพบปัญหาแทรกซ้อนตามมาอันได้แก่ หกล้ม อัมพาต โรคหัวใจและหลอดเลือด อีกทั้งยังพบปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพ ได้แก่ ด้านพฤติกรรมกรารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2561) ในขณะเดียวกันสังคมไทยในชุมชนเมือง พบว่าส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว วัยแรงงานต้องออกทำงาน ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังหรืออยู่กับคู่สมรสมากขึ้น (จินตนา อางสันทียะ และรัชณีย์ ป้อมทอง, 2561) เกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุ มีรายได้ไม่พอเลี้ยงชีพ และ 2 ใน 3 มีสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางถึงไม่ดี จากสถานการณ์ข้างต้นรัฐบาลได้จัดสวัสดิการทางสังคมและเพิ่มประสิทธิภาพระบบสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการรักษา (อุไร จเรประพาส และชนิษฐา นันทบุตร, 2559) จึงมีการใช้จ่ายงบประมาณเพิ่มสูงขึ้นจากปี พ.ศ.2557 จำนวน 4.4 แสนล้านบาท คาดว่าเพิ่มสูงขึ้นในปี พ.ศ.2566 จำนวน 7.8 แสนล้านบาท (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ผู้สูงอายุมักจะมีความเครียดมากขึ้น อันอาจเกิดจากการสูญเสียบุคคลอัน

เป็นที่รัก และเมื่อคนใกล้ชิดเสียชีวิต ผู้สูงอายุมีความรู้สึกความกลัวตายมากขึ้นและมักเกิดการไม่เคารพผู้สูงอายุ จึงทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกด้อยคุณค่า (สกุณา บุญนารากร, 2551) สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพตนเองน้อยลง

จากการทบทวนวรรณกรรมมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กรีน และ ครูเตอร์ (1999) ได้พัฒนาแบบจำลองแบบวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ PRECEDE MODEL ประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำ (Predisposing factors) เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรม ปัจจัยด้านเพศ สถานภาพการสมรส ระดับรายได้ จากการศึกษาของ เบญจมาพร สว่างศรี และ เสริมศิริ แต่งงาม (2556) เรื่องการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าเพศหญิงมีระดับการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าเพศชาย คนโสดมีระดับการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่า ปัจจัยด้านอายุ จากการศึกษาของ ประภาสวัชร งามคณะ (2557) เรื่องพฤติกรรมดูแลสุขภาพของคนไทยในเขตปริมณฑล พบว่าในเพศเดียวกันผู้ที่มีอายุมากกว่ามีการดูแลสุขภาพดีกว่า ปัจจัยด้านรายได้ จากการศึกษาของพิมพ์สุทธิ บัวแก้ว และรติพร ถึงฝั่ง (2559) เรื่อง การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พบว่า ระดับรายได้เฉลี่ยต่อปีตั้งแต่ 50,000 บาทขึ้นไป สามารถทำนายภาวะสุขภาพผู้สูงอายุได้ดีที่สุด ปัจจัยด้านการศึกษา จากการศึกษาของนงนุช แยมวงษ์ (2557) เรื่อง คุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ. พบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีระดับการดูแลสุขภาพตนเองสูงสุด ปัจจัยด้านการมีโรคประจำตัว จากการศึกษาของภรณ์ ตั้งสุรัตน์และวิมลฤดี พงษ์ศิริบุญ (2556) เรื่องพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบางเมือง อำเภอเมืองจังหวัดสมุทรปราการ พบว่าการมีโรคประจำตัวเป็นปัจจัยที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความกระตือรือร้นในการหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง

ปัจจัยด้านอาชีพ จากการศึกษาของกฤษฎา คาลอยฟ้า (2554) เรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลแก้งสนามนาง อำเภอแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้ที่มีอาชีพต่างกันจะมีการดูแลสุขภาพตนเองที่แตกต่างกัน และพบว่าอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว มีระดับการดูแลสุขภาพของตนเองสูงสุด (เบญจพร สว่างศรี และ เสริมศิริ แต่งงาม, 2556) 2) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) เป็นปัจจัยสนับสนุนหรือยังยั้งไม่ให้เกิดพฤติกรรม จากการศึกษาของประสิทธิ์ พิริยะไพบูลย์ (2559) เรื่อง การศึกษาการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าการเข้าถึงทรัพยากรทางสุขภาพ ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมากขึ้น และ 3) ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) เป็นปัจจัยภายนอกที่มาจากบุคคลอื่น ที่อาจจะช่วยสนับสนุนหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรม จากการศึกษาของธนายุส ธนธิตและกนิษฐา จำรุงสวัสดิ์ (2558) เรื่อง การพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุตำบลบางเตย อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม พบว่า ความสนใจของครอบครัว การมีหน่วยงานจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาสุขภาพที่ดีได้อย่างยั่งยืน

จากการสำรวจข้อมูล ปี พ.ศ.2561 ในพื้นที่ตำบลศิลา อำเภอเมืองขอนแก่น มีลักษณะชุมชนเมือง พบว่าจำนวนประชากรทั้งหมด 51,185 คน มีจำนวนผู้สูงอายุ 6,357 คน คิดเป็นร้อยละ 12.5 ซึ่งมีจำนวนผู้สูงอายุอันดับ 1 ในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น มีผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2,499 คน (ร้อยละ 39.3) โดยมีผู้สูงอายุที่ติดเตียงหรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จำนวน 21 คน (ร้อยละ 0.8) ติดบ้านหรือสามารถช่วยเหลืออยู่อย่างเป็นอิสระในบ้าน จำนวน 110 คน (ร้อยละ 4.4) ติดสังคมหรือสามารถอยู่ได้ในชุมชนโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น จำนวน 2,368 คน (ร้อยละ 94.7) (รพ.สต. ศิลา, 2560) มีสถานที่อยู่ก้ำกึ่งน้อย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ไม่มีการศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น รวมถึงการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องของคณะผู้วิจัยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติในด้านการดูแลสุขภาพภาคประชาชนสำหรับนักศึกษาพยาบาล จึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตเมือง

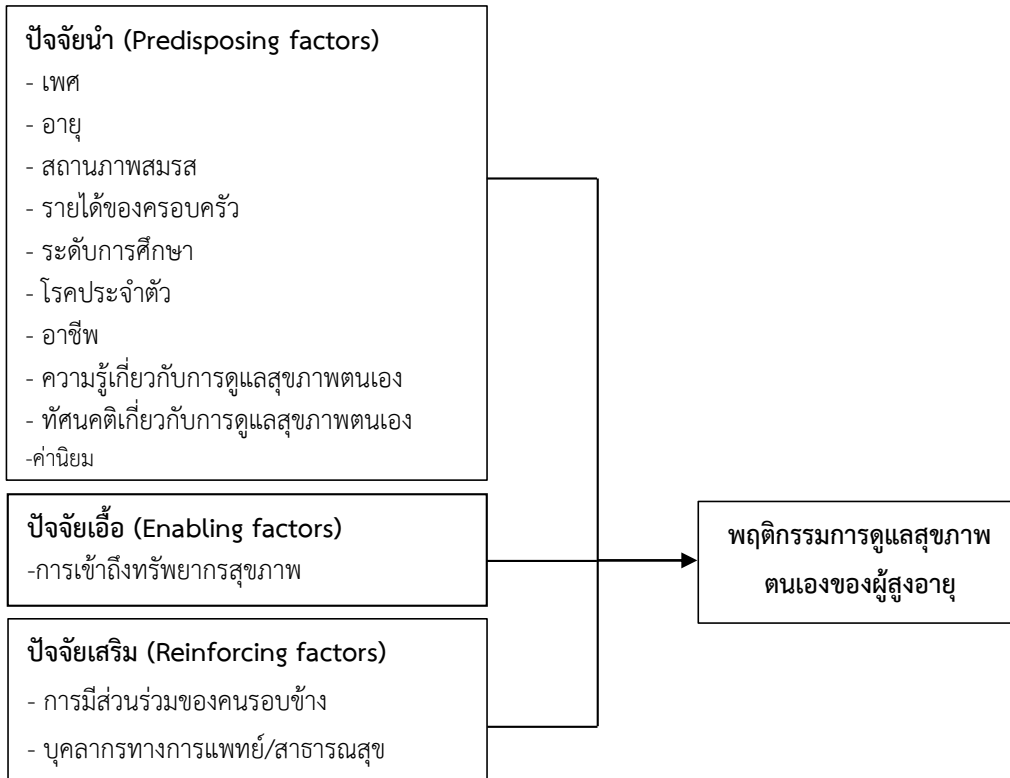
เพื่อนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนการจัดการเรียนการสอน สามารถช่วยชี้แนะนักศึกษาพยาบาลในการออกแบบการดำเนินงานเชิงรุกในชุมชนเพื่อส่งเสริมปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุให้มีสุขภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ปัจจัยนำ (เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา โรคประจำตัว อาชีพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ทศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง) ปัจจัยเอื้อ (การเข้าถึงทรัพยากรสุขภาพ) ปัจจัยเสริม (การมีส่วนร่วมของครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์/สาธารณสุข) กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ประยุกต์จากแบบจำลอง Precede Model ของกรีนและครูเตอร์ (1999) เป็นแบบจำลองที่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับ 1) สุขภาพและพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการมีสุขภาพที่ไม่ดีอันเกิดจากหลายสาเหตุ และ 2) สิ่งที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสิ่งแวดล้อมและสังคม ซึ่งเหมาะกับการวิเคราะห์พฤติกรรมของการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในแต่ละบุคคล ในตำบลศิลา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น แบ่งกลุ่มออกเป็น 3 องค์ประกอบ ดังนี้ 1. **ปัจจัยนำ** (Predisposing factors) เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลหรือสภาพการณ์ของแต่ละบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา โรคประจำตัว อาชีพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ทศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง 2. **ปัจจัยเอื้อ** (Enabling factors) เป็นปัจจัยสนับสนุน หรือยังยั้งไม่ให้เกิดพฤติกรรม อันเนื่องมาจากสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลง ได้แก่ การเข้าถึงทรัพยากรสุขภาพ 3. **ปัจจัยเสริม** (Reinforcing factors) เป็นปัจจัยภายนอกที่มาจากบุคคลอื่น ที่ช่วยสนับสนุนหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นต่อไป ได้แก่ การมีส่วนร่วมของครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์/สาธารณสุข ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิง
วิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Correlation Studies)

1. ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในตำบลศิลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น
กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในตำบลศิลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น ในช่วงเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 จำนวน 377 คน

2. การคัดเลือกตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกพื้นที่ในการวิจัยด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลาก จำนวน 1 หมู่บ้าน จากจำนวนทั้งหมด 21 หมู่บ้าน คือ บ้านโกทา หมู่ที่ 25 ตำบลศิลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น หลังจากนั้นได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มของประชากรเพื่อคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สามารถตอบคำถามได้ด้วยตัวเอง ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ไม่ใช่ผู้ป่วยติดเตียง และยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้และอาศัยอยู่ในพื้นที่การดำเนินการวิจัยในช่วงเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562

3. การกำหนดตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างตามหลักการ การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร ของ Yamane (1976) ได้จำนวน 377 คน ดังรายละเอียด

$$\text{สูตร } n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

$$n = \frac{6,357}{1 + 6,357(0.05)^2}$$

$$n = 376.69 = 377 \text{ คน}$$

$$n = \text{จำนวนขนาดตัวอย่าง}$$

$$e = \text{ความผิดพลาดที่ยอมรับได้ (กำหนดให้เท่ากับ 0.05)}$$

$$N = \text{จำนวนทั้งหมดของประชากรที่ใช้}$$

ในการศึกษาสถานที่ดำเนินการวิจัย

4. เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ 6 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

มีทั้งหมด 13 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้ของครอบครัว อาชีพ ประเภทของครอบครัว ผู้ที่มีอำนาจเป็นหัวหน้า

ครอบครัว สิทธิประโยชน์ โรคประจำตัว ประวัติการแพ้ยายาที่ใช้เป็นประจำ และภาวะโภชนาการ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความรู้การดูแลสุขภาพ รวมจำนวน 21 ข้อ โดยลักษณะการตอบแบบ Semantic Differensal Scale มี 3 ตัวเลือก ลักษณะการตอบคือ ใช่ ไม่ใช่และไม่แน่ใจ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่แน่ใจให้ 0 คะแนนและทำการกลับค่าคะแนนในข้อคำถามเชิงลบ ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 21 คะแนน คะแนนมาก หมายความว่า มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุดี

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับทัศนคติในการดูแลตนเอง รวมจำนวน 10 ข้อ โดยลักษณะการตอบแบบ Likert scale ลักษณะการตอบ 5 ตัวเลือกคือ เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) เห็นด้วยมาก (4 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (3 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) และทำการกลับค่าคะแนนในข้อคำถามเชิงลบ ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 10 - 50 คะแนน คะแนนมาก หมายความว่า มีทัศนคติในการดูแลตนเองที่ดี

ส่วนที่ 4 คือ แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการเข้าถึงทรัพยากรสุขภาพ รวมจำนวน 12 ข้อ โดยลักษณะการตอบแบบ Rating scale ลักษณะการตอบ 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) และทำการกลับค่าคะแนนในข้อคำถามเชิงลบ ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 12-60 คะแนน คะแนนมาก หมายความว่า มีการเข้าถึงทรัพยากรสุขภาพได้มาก

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการให้ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของครอบครัว แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของบุคคลากรสาธารณสุข จำนวน 5 ข้อ และแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว จำนวน 6 ข้อ โดยลักษณะการตอบแบบ Likert scale ลักษณะการตอบ 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) เห็นด้วยมาก (4 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (3 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) และทำการกลับค่าคะแนนในข้อคำถามเชิงลบ ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 11-55 คะแนน คะแนนมาก หมายความว่า ครอบครัวให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นอย่างดี

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุ รวมทั้งหมด 36 ข้อ โดยลักษณะการตอบแบบ Rating scale มี 4 ตัวเลือก คือ ไม่เคยปฏิบัติ (0 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (1 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (2 คะแนน) และปฏิบัติประจำ (3 คะแนน)

และทำการกลับค่าคะแนนในข้อคำถามเชิงลบ ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 108 คะแนน คะแนนมาก หมายความว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี

การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบสัมภาษณ์ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพชุมชน การพยาบาลครอบครัว และการพยาบาลผู้สูงอายุแล้วนำมาแก้ไขความเหมาะสม จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้เพื่อตรวจสอบความเที่ยงในผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายตัวอย่างจำนวน 30 คน แบบสัมภาษณ์ความรู้การดูแลสุขภาพ ค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรครูดอร์- ริชาร์ด (Kuder-Richarson, KR-20) เท่ากับ .57 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับทัศนคติในการดูแลตนเองและแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .82 และ .83 ตามลำดับ

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีผู้ช่วยวิจัยจำนวน 7 คน การเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 2 ขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ ภายหลังจากได้รับการตรวจสอบความถูกต้อง และความเที่ยงตรงของแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศิลา อ.เมือง จ.ขอนแก่น เพื่อขออนุญาตและขออนุญาตวิทยุขอความร่วมมือให้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จัดทำขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล (protocol) เตรียมแบบสัมภาษณ์ ประชุมปรึกษาชี้แจงแก่ผู้ช่วยวิจัยจำนวน 7 คน ที่มีคุณสมบัติเป็นนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยบัณฑิตเอเชียที่ผ่านการเรียนในภาคทฤษฎีวิชาชีพทางการพยาบาล และนัดหมายการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บข้อมูล ให้กับกลุ่มตัวอย่างโดยที่ผู้วิจัย 1 คน ต่อกลุ่มตัวอย่าง 1 คน พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างยินยอม พร้อมอธิบายข้อสงสัยที่ละข้อและให้กลุ่มตัวอย่างตอบ ใช้เวลา 20 นาที/คน เก็บรวบรวมแบบสัมภาษณ์ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ ใช้เวลาทั้งสิ้น 3 วัน

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

6.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติบรรยายประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

6.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ (อายุ รายได้ ความรู้ ทัศนคติ) ปัจจัยเอื้อ (การเข้าถึงทรัพยากรสุขภาพ) และปัจจัยเสริม (การมีส่วนร่วม



ของคนรอบข้างและบุคลากรทางการแพทย์/สาธารณสุข) กับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation)

6.3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง

ปัจจัยนำ (เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และโรคประจำตัว) โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test)

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 377 ราย โดยส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 74.0) มากกว่าครึ่งสามีเป็นหัวหน้าครอบครัว (ร้อยละ 57.0) ส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 82.2) มากกว่าครึ่งมีอาชีพใช้ประจำ (ร้อยละ 66.6) ซึ่งเป็นยากกลุ่มรักษาโรคเบาหวาน รองลงมาคือกลุ่มรักษาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และกลุ่มรักษาโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 33.1 30.7 และ 23.1 ตามลำดับ มากกว่าครึ่งมีภาวะโภชนาการมากกว่าเกณฑ์หรือ BMI > 25 Kg/m² (ร้อยละ 61.7) เพศชายเกือบทั้งหมดมีเส้นรอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือน้อยกว่า 90 cm. (ร้อยละ 93.9) เพศหญิงมากกว่าครึ่งเส้นรอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือน้อยกว่า 80 cm. (ร้อยละ 53.3) ส่วนใหญ่มีค่าความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 87.5)

2. จากการวิเคราะห์ลักษณะข้อมูลของปัจจัยนำพบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง 214 คน (ร้อยละ 56.8) มีอายุในช่วงผู้สูงอายุตอนต้น (ร้อยละ 64.2) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 66.3) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวอยู่ในช่วง 5,000 -10,000 บาท (ร้อยละ 51.7) จบการศึกษา

ประถมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 62.9) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 73.7) ซึ่งเป็นกลุ่มโรคทางต่อมไร้ท่อที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (ร้อยละ 87.8) มีอาชีพแม่บ้าน/พ่อบ้านมากที่สุด (ร้อยละ 44.8) มากกว่าครึ่งมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองที่ไม่ดี (ร้อยละ 66.3) มีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง 377 คน (ร้อยละ 100) การวิเคราะห์ปัจจัยเอื้อพบว่า ส่วนใหญ่มีการเข้าถึงทรัพยากรสุขภาพได้ดี 333 คน (ร้อยละ 88.3) การวิเคราะห์ปัจจัยเสริมพบว่า ส่วนใหญ่คนรอบข้างให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นอย่างดี (ร้อยละ 73.5) มากกว่าครึ่งมีบุคลากรทางการแพทย์/สาธารณสุขให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 66.8) และพบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดี (ร้อยละ 58.6)

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมนพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ($r_s = -.11, p = .03$) ที่ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ($r_s = .19, p < .001$) การเข้าถึงทรัพยากรสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ($r_s = .11, p = .02$) อย่างไรก็ตาม รายได้ของครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง การมีส่วนร่วมของคนรอบข้าง และการมีส่วนร่วมบุคลากรทางการแพทย์/สาธารณสุข ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (n=377)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ Spearman ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ	p-value
ปัจจัยนำ		
อายุ	-.11*	.03
รายได้ของครอบครัว	.08	.09
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง	.01	.70
ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง	.19**	<.001
ปัจจัยเอื้อ		
การเข้าถึงทรัพยากรสุขภาพ	.11*	.02
ปัจจัยเสริม		
การมีส่วนร่วมของคนรอบข้าง	.09	.07
บุคลากรทางการแพทย์/สาธารณสุข	.07	.14

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 **มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการทดสอบไคสแควร์พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ($\chi^2 = .13, p = .004$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของปัจจัยนำกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (n=377)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ Chi-square test ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ	(p-value)
ปัจจัยนำ		
เพศ	.15	.62
สถานภาพสมรส	.13*	.004
ระดับการศึกษา	<.001	.42
โรคประจำตัว	.27	.59
อาชีพ	.009	.86

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

1. จากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้น ซึ่งเป็นช่วงอายุที่ยังมีความสามารถในการดูแลตนเองที่จำเป็นได้ดีเนื่องจากเป็นวัยที่การทำงานของอวัยวะในร่างกายยังไม่เสื่อมประสิทธิภาพมากนัก ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการควบคุมขนาดของเส้นรอบเอวและระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ สอดคล้องกับการศึกษาของอิธาร์ตัน เลิศวิทยากุล (2561) พบว่า ผู้สูงอายุตอนต้นส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามแบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) โดยมีความต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 97.56 ส่วนผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวและได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง มีการกระตุ้นให้ตื่นตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ดีอยู่เสมอ ร่วมกับมีทัศนคติที่ดี สามารถเข้าถึงทรัพยากรสุขภาพได้ง่าย และครอบครัวส่วนใหญ่ให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นอย่างดี ทำให้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุบ้านโกทา หมู่ 25 ร้อยละ 58.6 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาพร มโนรัตน์ และคณะ (2559) พบว่า ผู้สูงอายุเห็นว่าการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องของตนเองที่จะต้องคงไว้เพื่อสุขภาพดี และจากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและเป็นครอบครัวขยาย มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3-6 คน ลักษณะเป็นชุมชนเมือง วัฒนธรรมอีสาน จึงมีความรักและความสัมพันธ์อันดีระหว่างกันในครอบครัว มีความเอื้อเฟื้อซึ่งกันและกันในชุมชน ปัจจัยนี้จะช่วยเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประภาพร มโนรัตน์ (2559) ที่กล่าวไว้ว่า บทบาทของสังคมที่ร่วมกันดูแลผู้สูงอายุเป็นสิ่งจำเป็นต่อ

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ดังนั้น จึงส่งผลทำให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี

2. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น ยังคงได้รับอิทธิพลจากข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพที่เข้าถึงได้ในอดีต ประสบการณ์การดูแลตนเองที่ผ่านมายังไม่เลือนหายจากความทรงจำ ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในวัยผู้สูงอายุตอนต้น จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมของผู้สูงอายุกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุพบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ สถานภาพ ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง และปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงทรัพยากรสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ สฐาภรณ์ มหาวิจิตร (2557) พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ในเขตบางกอกน้อย ที่มีอายุ และสถานภาพสมรส แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุในช่วงตอนต้น (60-69 ปี) เป็นวัยที่พึ่งผ่านวัยทำงานมาได้ไม่นาน ร่างกายยังไม่เกิดความเสื่อมเท่าที่ควร ไม่มีอาการเจ็บป่วยที่ส่งผลต่อภาวะร่างกายและจิตใจ รับประทานอาหาร และออกกำลังกายได้ตามปกติ มีการติดต่อกับเพื่อน ๆ เพื่อทำกิจกรรมต่างๆ ในการช่วยเหลือชุมชนหรือสังคม ซึ่งเป็นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดี และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เบญจพร สว่างศรี และเสริมศิริ แต่งงาม (2556) กล่าวว่าสถานภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสดมีระดับการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าสถานภาพสมรส เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสดไม่ต้องมีการดูแลบุคคลอื่นๆ ในครอบครัว



จึงมีเวลาใส่ใจต่อสุขภาพของตนเอง และจากผลการศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาพร มโนรัตน์ และคณะ (2559) ที่กล่าวไว้ว่า ผู้สูงอายุที่มีทัศนคติและเห็นว่าการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องของตนเองที่จะต้องคงไว้เพื่อสุขภาพดี จึงทำให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของพูลศักดิ์ พุมวิเศษ (2554) พบว่า ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุและสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยนำ ได้แก่ เจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพและการตรวจรักษาที่เหมาะสม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

3. จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าปัจจัยนำในด้านเพศ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว อาชีพ รายได้ของครอบครัว และความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง และปัจจัยเสริมในด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์/สาธารณสุข ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 อาจเป็นเพราะวัยผู้สูงอายุตอนต้นยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี สามารถแสวงหาข้อมูลทางด้านสุขภาพและการอาศัยในชุมชนเมือง ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงสถานบริการได้อย่างหลากหลายตามความพึงพอใจและความต้องการด้านสุขภาพทำให้รู้สึกว่ามีสิ่งใดที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพของตน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจพร สว่างศรี และเสริมศิริ แต่งงาม (2556) พบว่า ระดับการศึกษา และอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

หน่วยบริการสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ควรให้ความสำคัญเกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการให้ความรู้ที่ถูกต้อง และการจัดกิจกรรมที่เหมาะสม รวมถึงการเชิญชวนให้ครอบครัวและชุมชนช่วยกระตุ้นการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุอย่างถูกต้องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งในด้านร่างกายจิตใจ และอารมณ์ ของผู้สูงอายุในชุมชน
2. ควรศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องของปัญหาและอุปสรรค ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อที่จะได้หาแนวทางในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆในการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ
3. ควรทำการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตลอดจนเครือข่ายต่างๆ ในการจัดกิจกรรมที่หลากหลายเพื่อส่งผลการสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กฤษฎา คำลอยฟ้า. (2554). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลแก้งสนามนาง อำเภอแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, 17(1), 17-30.
2. จินตนา อาจสันทียะ และ รัชณีย์ ป้อมทอง. (2561). แนวโน้มการดูแลผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21: ความท้าทายในการพยาบาล (The trend of Elderly Care in 21 st Century: Challenging in Nursing Care). วารสารพยาบาลทหารบก, 19(1), 39-46.
3. ธนายุส ธนฉิติ และ กนิษฐา จำริญสวัสดิ์. (2558). การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบางเตย อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 35(3): 57.
4. ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล. (2561). การทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุตามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ. วารสารวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย, 8 (ฉบับพิเศษ เดือนตุลาคม), 287-307.
5. นงนุช แยมวงษ์. (2557). คุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ. Journal of Medicine and Health Sciences, 21(1), 37-44.



6. เบญจพร สว่างศรี และ เสริมศิริ แต่งงาม. (2556). การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ, 1 (กรกฎาคม-ธันวาคม), 128-137.
7. ประภาสวัชร งามคณะ. (2557). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคนไทยในเขตปริมณฑล. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี, 6(2), 21-30.
8. ประสิทธิ์ พิริยะไพบูลย์. (2559). การศึกษาการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. สืบค้นเมื่อ 14 มกราคม 2560, จาก file:///C:/Users/Toshiba/Downloads/158179 - Article%20Text-433200-1-10-20181129.pdf.
9. ประภาพร โมรินทร์ และคณะ. (2559). การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุไทยพุทธในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท:กรณีศึกษาบ้านนาโปร่ง ตำบลท่าเสา อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์, 8(2), 96-111.
10. ปราโมทย์ ประสาทกุล, บรรณาธิการ. (2561). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2560. กรุงเทพฯ: บริษัทโรงพิมพ์ เดือนตุลาคม จำกัด.
11. พิมพ์สุทธิ บัวแก้ว และ รติพร ถึงฝั่ง. (2559). การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. วารสารสมาคมนักวิจัย, 21(2), 94-129.
12. พูลศักดิ์ พุ่มวิเศษ. (2554). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี. สืบค้นเมื่อ 14 มกราคม 2560, จาก http://research.rpu.ac.th/wp-content/uploads/2017/08/Pulsak-Pumwiset_2554.pdf.
13. ภรณ์ ตั้งสุรัตน์ และ วิมลฤดี พงษ์ศิริบุญ . (2556). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบางเมือง อำเภอเมืองจังหวัดสมุทรปราการ. วารสารเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการและงานวิจัย, 20(1), 57-69.
14. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศิลา. (2560). ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ทรัพยากรสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศิลา. สืบค้นเมื่อวันที่ 30 ตุลาคม 2560.
15. สกุนา บุญนรากร. (2551). การสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมทุกช่วงวัย. สงขลา : เหมการพิมพ์.
16. สฐาภรณ์ มหาวิจิตร. (2557). การดูแลสุขภาพตนเองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา.
17. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2557). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.
18. อุไร จเรประพาส และ ชนิษฐา นันทบุตร. (2559). การนำใช้ข้อมูลเพื่อการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 39(3), 64-74.
19. Green, L.W., & Kreuter, M.W. (1999). *Health Education Planning: An Educational and Ecological Approach*. (3rd ed.). Mountain View, C.A: Mayfield Publishing Company.
20. United Nation, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2017). *World Population Prospects: The 2017 Revision*, DVD Edition.
21. United Nation. (2015). *World Population Ageing 2013*. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs.