# การดูแลสุขภาพตนเองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล

สฐากูร มหาวิจิตร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
พ.ศ. 2557

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

**วิทยานิพนธ์**

**เรื่อง**

# การดูแลสุขภาพตนเองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล

**สฐากูร มหาวิจิตร**

**วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต**
**สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา**
**พ.ศ. 2557**

**ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา**

# THESIS

# THE SELF-HEALTH CARE AND FACTORS RELATED TO SELF-HEALTH CARE IN ELDERLY UNDER SATUN HOSPITAL

**STHAKOON MAHAVIJIT**

**A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS FOR THE DEGREE OF MASTER OF PUBLIC HEALTH PROGRAM IN COMMUNITY HEALTH OF GRADUATE SCHOOL SONGKHLA RAJABHAT UNIVERSITY**

**2014**

**COPYRIGHT OF SONGKHLA RAJABHAT UNIVERSITY**

| | |
|---|---|
| **ชื่อวิทยานิพนธ์** | การดูแลสุขภาพตนเองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล |
| **ผู้วิจัย** | นายสฐากูร มหาวิจิตร **ปีการศึกษา** 2557 |
| **ปริญญา** | สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต **สาขาวิชา**สาธารณสุขชุมชน |
| **อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก** | รองศาสตราจารย์เทพกร พิทยาภินันท์ |
| **อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม** | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภาพร ยางประยงค์ |

## บทคัดย่อ


การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงพรรณนา (Cross-sectional Descriptive Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้วยหลัก 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์) กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเพศชายและหญิงอายุระหว่าง 60-89 ปี จำนวน 385 ราย วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยสถิติไค-สแควร์

ผลการวิจัย พบว่า

1. ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง มีระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

2. การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ปรากฏผลดังนี้ ด้านความรู้ พบว่า ปัจจัยด้านเพศ อายุ และการศึกษา มีความสัมพันธ์กับด้านความรู้โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ด้านพฤติกรรม พบว่า ปัจจัยด้านเพศ การศึกษา อาชีพ และลักษณะโครงสร้างของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับด้านพฤติกรรม ส่วนด้านทัศนคติ พบว่า ไม่มีปัจจัยส่วนบุคคลใดที่มีความสัมพันธ์

**Thesis Title** The Self-Health Care and Factors Related to Self-Health Care in Elderly under Satun Hospital

**Researcher** Mr.Sathakoon Mahawijit **Academic year**: 2014

**Degree** Master of Public Health Program in Community Health

**Advisors** 1. Associate Professor Teppagone Pittayapinune

2. Assistant Professor Dr.Prapaporn Yangprayong

## Abstract

The purposes of the cross-sectional descriptive were 1) to study the level of knowledge, attitudes and practices, and 2) personal factors related to self-health care, by three principles (nutritious food, exercise, emotional) among the elderly in Satun Hospital. The samples consisted of 385 people were interviewed to collect data which were analyzed by chi-square test.

The results were as followed:

1. Male and Female Senior citizen had high level in knowledge, attitudes and practices with significantly at .01

2. The knowledge of senior citizen self-help care showed that gender, age and education level were related to the level in significantly at .05. The attitudes of senior citizen self-care showed that self-health care, gender, education, occupation and family structure were related to self-health care behavior.

# กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มิอาจสำเร็จได้ถ้าปราศจากความกรุณาช่วยเหลือ และกำกับดูแลเป็นอย่างดี จากรองศาสตราจารย์เทพกร พิทยาภินันท์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภาพร ยางประยงค์ อาจารย์ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ดร.สุภาพ สิกขาพันธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิ ดร.คันธมาทม์ กาญจนภูมิ กรรมการและเลขานุการหลักสูตร โดยทุกท่านได้สนับสนุนแนวทาง ข้อคิดเห็น และความรู้ ซึ่งเป็นประโยชน์ในการทำวิจัยอีกทั้งยังช่วยแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงานอีกด้วย

ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือวิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุระพรรณ์ จุลสวรรณ์ คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย นายแพทย์ชัยรัตน์ ลำโป นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล นายแพทย์ธีรชัย เอื้ออารยาภรณ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสตูล สำหรับคำแนะนำ และการทำวิจัยในทุก ๆ ด้าน

ขอขอบคุณ คุณเอกมาศ วงศ์ไพรินทร์ เพื่อนร่วมงานฝ่ายเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลสตูลทุกท่าน เจ้าหน้าที่บัณฑิตวิทยาลัยของมหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา และที่ขาดไม่ได้ต้องขอขอบคุณเป็นอย่างสูงสำหรับผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูลทุกท่าน ในความกรุณาที่ท่านเสียสละเวลาอันมีค่าในการตอบแบบสอบถามงานวิจัย ซึ่งข้อมูลดังกล่าวเป็นประโยชน์อย่างมากในการจัดทำวิทยานิพนธ์ และผลที่ได้มีค่ามหาศาลในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในอนาคต

สุดท้ายผู้วิจัยขอขอบคุณ ครอบครัวที่คอยให้กำลังใจ สนับสนุนตลอดเวลา และขอขอบคุณมหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา สถาบันอันทรงคุณค่าที่เปิดโอกาสให้ได้ศึกษาเล่าเรียนและพัฒนาศักยภาพให้ข้าพเจ้าได้นำความรู้ที่ได้ไปพัฒนาประเทศ

สฐากูร มหาวิจิตร

15 กรกฎาคม 2558

# สารบัญ


| | หน้า |
|---|---|
| บทคัดย่อภาษาไทย | (1) |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ | (2) |
| กิตติกรรมประกาศ | (3) |
| สารบัญ | (4) |
| สารบัญตาราง | (6) |
| สารบัญภาพ | (9) |
| **บทที่ 1 บทนำ** | **1** |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา | 1 |
| วัตถุประสงค์การวิจัย | 3 |
| สมมติฐานการวิจัย | 4 |
| ขอบเขตการวิจัย | 4 |
| กรอบแนวคิดการวิจัย | 7 |
| นิยามศัพท์เฉพาะ | 7 |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ | 9 |
| **บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง** | **10** |
| บริบทจังหวัดสตูล | 10 |
| ความหมายของผู้สูงอายุ | 11 |
| พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ | 14 |
| การดูแลผู้สูงอายุ | 16 |
| การดูแลสุขภาพหลัก 3 อ. | 20 |
| งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | 26 |

# สารบัญ (ต่อ)


| | หน้า |
|---|---|
| **บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย** | **32** |
| รูปแบบการศึกษา | 32 |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง | 32 |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย | 35 |
| วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล | 38 |
| สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ | 38 |
| **บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล** | **39** |
| ข้อมูลส่วนบุคคลผู้สูงอายุ | 39 |
| ความรู้การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ | 42 |
| เจตคติการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ | 43 |
| พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ | 45 |
| ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ | 47 |
| **บทที่ 5 สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ** | **71** |
| สรุป | 71 |
| อภิปรายผล | 73 |
| ข้อเสนอแนะ | 74 |
| บรรณานุกรม | 75 |
| ภาคผนวก | 80 |
| ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ | 81 |
| ภาคผนวก ข หนังสือขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ | 83 |
| ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย | 87 |
| ภาคผนวก ง การหาคุณภาพเครื่องมือ | 93 |
| ประวัติผู้วิจัย | 100 |

# สารบัญตาราง


| ตาราง | | หน้า |
|---|---|---|
| 1 | จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล | 40 |
| 2 | ความรู้การดูแลสุขภาพด้วย หลัก 3 อ. ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล | 42 |
| 3 | ร้อยละเจตคติการดูแลสุขภาพด้วย หลัก 3 อ. ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล | 43 |
| 4 | จำนวนและร้อยละพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วย หลัก 3 อ. ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล | 45 |
| 5 | ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความรู้การดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล | 47 |
| 6 | ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความรู้การดูแลสุขภาพของตนเองด้านความรู้ของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล | 48 |
| 7 | ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับความรู้การดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล | 49 |
| 8 | ความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษากับความรู้การดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล | 50 |
| 9 | ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับความรู้การดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล | 51 |
| 10 | ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับความรู้การดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล | 52 |
| 11 | ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะครอบครัวกับความรู้การดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล | 53 |
| 12 | ความสัมพันธ์ระหว่างโรคประจำตัวกับความรู้การดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล | 54 |
| 13 | ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับเจตคติการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล | 55 |

# สารบัญตาราง (ต่อ)


| ตาราง | | หน้า |
|---|---|---|
| 14 | ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับเจตคติการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล | 56 |
| 15 | ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพการสมรสกับเจตคติการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล | 57 |
| 16 | ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับเจตคติการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล | 58 |
| 17 | ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับเจตคติการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล | 59 |
| 18 | ความสัมพันธ์ระหว่างระดับรายได้กับเจตคติการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล | 60 |
| 19 | ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะครอบครัวกับเจตคติการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล | 61 |
| 20 | ความสัมพันธ์ระหว่างโรคประจำตัวกับเจตคติการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล | 62 |
| 21 | ความสัมพันธ์ระหว่างระดับอายุกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล | 63 |
| 22 | ความสัมพันธ์เพศกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล | 64 |
| 23 | ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล | 65 |
| 24 | ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล | 66 |
| 25 | ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล | 67 |
| 26 | ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล | 68 |

## สารบัญตาราง (ต่อ)

**ตาราง** **หน้า**

27 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล ..... 69

28 ความสัมพันธ์ระหว่างโรคประจำตัวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล ..... 70

มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
SONGKHLA RAJABHAT UNIVERSITY

# สารบัญภาพ


| ภาพ | | หน้า |
|---|---|---|
| 1 | กรอบแนวคิดในการวิจัย ..... | 6 |
| 2 | ผังการสุ่มขนาดตัวอย่างรูปแบบ Systematic sampling ด้วยโปรแกรมสถิติ ..... | 34 |


มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
SONGKHLA RAJABHAT UNIVERSITY

# บทที่ 1
# บทนำ

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสังคมไทยกำลังเผชิญการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างทางประชากรครั้งสำคัญคือ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยพบว่า สัดส่วนจำนวนประชากรในกลุ่มวัยทำงานและวัยเด็กลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยมีสาเหตุจากการลดลงของอัตราเกิดและอัตราการตายของประชากรประกอบกับประเทศไทยได้มีการลงทุนทุ่มงบประมาณเพื่อพัฒนาเทคโนโลยีทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพที่ส่งผลให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นซึ่งสถานการณ์ของประเทศไทยก็ดำเนินไปเช่นเดียวกับประเทศใกล้เคียงและนานา ปะเทศทั่วโลก กล่าวคือ การดำเนินนโยบายด้านประชากรและการวางแผนครอบครัวที่ประสบผลสำเร็จ ตลอดจนความก้าวหน้าในการพัฒนาประเทศทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมส่งผลให้มีโอกาสได้รับการศึกษาที่สูงขึ้น มีความรู้และทักษะในการป้องกันและดูแลสุขภาพ ตลอดจนการวางแผนครอบครัวที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งผลสำเร็จดังกล่าวทำให้ภาวการณ์เจริญพันธุ์และอัตราการเกิดมีแนวโน้มลดลง (ชมพูนุท พรหมภักดิ์, 2556)

การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรในประเด็นสังคมผู้สูงอายุ เป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจกันเป็นอย่างมากทั้งในระดับชาติและในระดับโลก เนื่องจากมีผลกระทบอย่างกว้างขวางในระดับมหภาค ซึ่งผลกระทบดังกล่าวสามารถวัดได้จากผลต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) รายได้ต่อหัวของประชากร การออม และการลงทุน งบประมาณของรัฐบาล การจ้างงานและผลิตภาพของแรงงาน และระดับผลต่อตลาดผลิตภัณฑ์และบริการด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านการเงินและด้านสุขภาพ (ชมพูนุท พรหมภักดิ์, 2556)

การเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จึงเป็นเรื่องเร่งด่วนที่รัฐบาลให้ความสำคัญที่ต้องมีการวางแผนอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะประเทศไทยที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยพุทธศักราช 2548 มีประชากรทั้งประเทศประมาณ 62.2 ล้านคนเพิ่มขึ้นเป็น 62.5 ล้านคนในพุทธศักราช 2549 หรือคิดเป็นอัตราเพิ่มประชากรร้อยละ 0.6 ต่อปี ยังคงมีอัตราเพิ่มขึ้นทุกปี โดยมีการคาดการณ์ในพุทธศักราช 2565 ประชากรไทยถึงจุดอิ่มตัว อัตราเกิดจะอยู่ในระดับใกล้เคียงกับอัตราตาย ทำให้อัตราการเพิ่มของประชากรใกล้เคียงกับศูนย์ และพุทธศักราช 2554 ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุประมาณร้อยละ 12.3 ของจำนวนประชากร ในการสำรวจการประกอบอาชีพของผู้สูงอายุที่เป็นทั้งแรงงานในระบบนอกระบบ พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นแรงงานในระบบส่วนใหญ่

ประกอบอาชีพขั้นพื้นฐานต่าง ๆ ในด้านการขายร้อยละ 25.4 ผู้ปฏิบัติงานด้านความสามารถทางฝีมือและธุรกิจการค้าร้อยละ 16.7 พนักงานบริการและพนักงานขายในร้านค้าร้อยละ 16.4 ผู้ปฏิบัติงานที่มีฝีมือในด้านการเกษตรและประมงร้อยละ 11.8 และผู้บัญญัติกฎหมาย ข้าราชการระดับอาวุโสและผู้จัดการ ร้อยละ 10.6 และยังพบผู้สูงอายุที่เป็นแรงงานนอกระบบ ซึ่งส่วนใหญ่ประกอบอาชีพผู้ปฏิบัติงานที่มีฝีมือในด้านการเกษตรและประมง ร้อยละ 67.0 พนักงานบริการและพนักงานขายในร้านค้าร้อยละ 19.9 และผู้ปฏิบัติงานด้านความสามารถทางฝีมือและธุรกิจการค้า ร้อยละ 6.8 ซึ่งสิ่งเหล่านี้สามารถสร้างผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคม (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554)

ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเป็นอย่างมาก โดยการเปลี่ยนแปลงจะเป็นไปในทิศทางการเสื่อมสภาพของอวัยวะมากขึ้น แต่ระดับการเปลี่ยนแปลงจะขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น กรรมพันธุ์ โรคหรือความเจ็บป่วย สิ่งแวดล้อมหรือสิ่งที่ปฏิบัติอยู่ อาหาร อาชีพ ความเครียด การออกกำลังกาย การพักผ่อน โดยถ้าหากผู้สูงอายุสามารถดูแลรักษาสุขภาพร่างกาย และปฏิบัติตนอย่างถูกต้องและสามารถลดปัจจัยไม่เห็นว่าข้างต้นจะมีปัจจัยเสี่ยงได้ก็จะส่งผลให้ร่างกายผู้สูงอายุสามารถชะลอความเสื่อมของอวัยวะได้ ซึ่งเราสามารถสังเกตการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ได้จากปัญหาสุขภาพ เช่น 1) การทำงานของระบบผิวหนังสามารถพบเซลล์ผิวหนังลดลง ผิวหนังบางลง ขาดความยืดหยุ่น และมีรอยเหี่ยวย่น 2) ระบบประสาทสัมผัสจะพบว่าขนาดของสมองลดลง และมีน้ำหนักสมองลดลงตามไปด้วย ซึ่งส่งผลให้จำนวนเซลล์สมองและเซลล์ประสาทลดลง และประสิทธิภาพการทำงานของสมองน้อยลง โดยทำให้เกิดโรค ความคิดเชื่องช้า อุบัติเหตุ ความจำเสื่อม 3) ด้านจิตใจจะพบว่า ความสามารถในการพึ่งตนเองของผู้สูงอายุจะลดลงและมีความต้องการความช่วยเหลือเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายในแต่ละบุคคล (สิริพร สุธัญญา, 2550) โดยสิ่งเหล่านี้จะส่งผลต่อความมั่นใจในตนเองของผู้สูงอายุ และส่งผลต่อการเข้าสังคมของผู้สูงอายุ 4) ปัญหาสุขภาพช่องปาก โดยพบผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีปัญหาโรคฟันผุ พันกร่อนที่มีผลกระทบต่อวิถีชีวิตประจำวัน เช่น การกินอาหาร การพูด หรือแม้กระทั่งความมั่นใจในการสนทนากับบุคคลอื่น (อัญชนา เตชะอำนวยวิทย์, 2552) โดยปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุข้างต้นแสดงให้เห็นว่าประชากรผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพมากขึ้น และมีความจำเพาะที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่สมบูรณ์และคุณภาพชีวิตที่ดี และในปีงบประมาณ 2557 กระทรวงสาธารณสุขมียุทธศาสตร์ที่สำคัญ ได้แก่ การจัดการสุขภาพประชากรตามกลุ่มวัย เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการสุขภาพที่ดีมีมาตรฐาน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพและปราศจากโรค

พุทธศักราช 2557 จังหวัดสตูลมีประชากรประมาณ 300,000 ราย เป็นผู้สูงอายุจำนวน 34,043 ราย แยกเป็นชาย 15,574 ราย และหญิง 18,469 ราย โดยพบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิ ศูนย์สุขภาพ

ชุมชนฝ่ายเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนของโรงพยาบาลสตูลมีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 2,300 ราย โดยโรงพยาบาลสตูลมีศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ 1) ศูนย์สุขภาพศรีพิมานมีผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ จำนวน 1,096 ราย 2) ศูนย์สุขภาพพิมานมีผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ จำนวน 1,210 ราย ซึ่งหน้าที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชน คือ การดูแลผู้สูงอายุ 1) ด้านส่งเสริมและป้องกันโรค 2) ด้านการรักษาและฟื้นฟูโรคเบื้องต้น และยังพบว่าการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก็เป็นส่วนหนึ่งของภารกิจหลักของศูนย์สุขภาพชุมชน ดังนั้นความเข้าใจและตระหนักถึงปัญหาของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาสุข ภาพของผู้สูงอายุที่ยังยืน โดยเฉพาะการศึกษาภัยคุกคามสุขภาพ ระดับสุขภาพ ปัจจัยที่มีความสำคัญกับสุขภาพผู้สูงอายุในประเด็นรูปแบบความรู้ด้านสุขภาพด้าน เจตคติสุขภาพและพฤติกรมด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขได้มีการรณรงค์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่สามารถนำไปใช้กับชีวิตประจำวันได้เป็นอย่างดี ได้แก่ กิจกรรม 3 อ. ซึ่งประกอบไปด้วย อารมณ์ อาหาร และออกกำลังกาย โดยกิจกรรมดังกล่าวสามารถนำมาปรับใช้กับวิถีชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี ซึ่งการที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีรูปแบบการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่งอาศัยการศึกษาบริบทของผู้สูงอายุในพื้นที่เฉพาะ เพื่อให้ได้ข้อมูลการดูแลสุขภาพปัจจุบันที่ถูกต้อง และสามารถวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพได้ โดยองค์ความรู้ดังกล่าวต้องมีการศึกษาอย่างจริงจังและสามารถนำไปจัดทำแผนยุทธศาสตร์ในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง และตรงตามข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นในสังคมผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสตูล

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการดูแลสุขภาพตนเอง ด้วยหลัก 3 อ. ในด้านความรู้ เจตคติและพฤติกรรมของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล
2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองด้วยหลัก 3 อ. ในด้านความรู้ เจตคติและพฤติกรรมของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล

## สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูลมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองในระดับต่ำ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

2. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว ของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูลมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองในระดับต่ำ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

3. ปัจจัยด้านสุขภาพ โรคประจำตัว ของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูลมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองในระดับต่ำ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

## ขอบเขตการวิจัย

ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการวิจัยครอบคลุม 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ด้านตัวแปร ด้านเนื้อหา และระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

**1. ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

การศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษาในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนพิมานและศูนย์สุขภาพชุมชนศรีพิมาน ซึ่งเป็นหน่วยบริการในกำกับของโรงพยาบาลสตูล จำนวน 11,087 ราย

1.1 ประชากรผู้สูงอายุพื้นพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนศรีพิมาน จำนวน 1,096 ราย

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1.1.1 ชุมชนสี่แยกคอกเป็ด | จำนวน | 157 | ราย |
| 1.1.2 ชุมชนเทศบาล 4 | จำนวน | 127 | ราย |
| 1.1.3 ชุมชนท่าไม้ไผ่ | จำนวน | 124 | ราย |
| 1.1.4 ชุมชนคลองเส็นเต็น | จำนวน | 114 | ราย |
| 1.1.5 ชุมชนศาลากันตง | จำนวน | 80 | ราย |
| 1.1.6 ชุมชนชนาธิป | จำนวน | 146 | ราย |
| 1.1.7 ชุมชนซอยปลาเค็ม | จำนวน | 102 | ราย |
| 1.1.8 ชุมชนเมืองพิมาน | จำนวน | 122 | ราย |
| 1.1.9 ชุมชนจงหัว | จำนวน | 75 | ราย |
| 1.1.10 ชุมชนโรงพระสามัคคี | จำนวน | 45 | ราย |

1.2 ประชากรผู้สูงอายุพื้นพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนพิมาน จำนวน 1,210 ราย

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1.2.1 | ชุมชนโคกพยอม | จำนวน | 63 | ราย |
| 1.2.2 | ชุมชนหัวทาง | จำนวน | 22 | ราย |
| 1.2.3 | ชุมชนหลังโรงพัก | จำนวน | 218 | ราย |
| 1.2.4 | ชุมชนทุ่งเฉลิมสุข | จำนวน | 180 | ราย |
| 1.2.5 | ชุมชนห้องสมุด | จำนวน | 197 | ราย |
| 1.2.6 | ชุมชนปานชู | จำนวน | 218 | ราย |
| 1.2.7 | ชุมชนสันตยาราม | จำนวน | 174 | ราย |
| 1.2.8 | ชุมชนม้าขาว | จำนวน | 18 | ราย |
| 1.2.9 | ชุมชนทุ่งออก | จำนวน | 69 | ราย |
| 1.2.10 | ชุมชนท่านายเนาว์ | จำนวน | 40 | ราย |

**2. ด้านตัวแปร**

2.1 ปัจจัยด้านบุคคล

2.1.1 เพศ

2.1.2 อายุ

2.1.3 สถานภาพสมรส

2.2 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม

2.2.1 อาชีพ

2.2.2 รายได้

2.2.3 ระดับการศึกษา

2.2.4 ลักษณะครอบครัว

2.3 ปัจจัยด้านสุขภาพ

2.3.1 โรคประจำตัว

2.4 ความรู้การดูแลสุขภาพตนเองหลัก 3 อ.

2.4.1 อาหาร 5 หมู่ สำหรับผู้สูงอายุ

2.4.2 การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

2.4.3 การจัดการอารมณ์ผู้สูงอายุ

2.5 เจตคติการดูแลสุขภาพตนเองหลัก 3 อ.

2.5.1 อาหาร 5 หมู่ สำหรับผู้สูงอายุ

2.5.2 การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

2.6 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองหลัก 3 อ.

2.6.1 อาหาร 5 หมู่ สำหรับผู้สูงอายุ

2.6.2 การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

2.6.3 ระดับความเครียด

**3. ด้านเนื้อหา**

การศึกษาครั้งนี้มีขอบเขตเนื้อหา 2 ส่วน ได้แก่

3.1 ศึกษาระดับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ การดูแลสุขภาพตามหลัก 3 อ. ซึ่งสามารถจำแนกการดูแลสุขภาพได้ 3 ส่วน คือ ด้านความรู้ ด้านเจตคติ ด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาล

3.2 ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถจำแนกปัจจัยได้ 3 ส่วน คือ ด้านบุคคล ด้านเศรษฐกิจและสังคม และด้านสุขภาพ ที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ. ของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล

**4. ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย**

การศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม 2558 ถึงเดือนพฤษภาคม 2558

SONGKHLA RAJABHAT UNIVERSITY

## กรอบแนวคิดการวิจัย

**ตัวแปรอิสระ** **ตัวแปรตาม**

**(Independent Variable)** **(Dependent Variable)**

**1. ปัจจัยด้านบุคคล**

1.1 เพศ

1.2 อายุ

1.3 สถานภาพสมรส

**2. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม**

2.1 อาชีพ

2.2 รายได้

2.3 ระดับการศึกษา

2.4 ลักษณะครอบครัว

**3. ปัจจัยด้านสุขภาพ**

3.1 โรคประจำตัว

→

**การดูแลสุขภาพด้วยตนเองด้วยหลัก 3 อ.**

1. ความรู้
2. เจตคติ
3. พฤติกรรม

**ภาพ 1** กรอบแนวคิดในการวิจัย

## นิยามศัพท์เฉพาะ

**1. ปัจจัยด้านบุคคล** ได้แก่

1.1 เพศ หมายถึง เพศชายและเพศหญิง

1.2 อายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่อาศัยในเขตรับผิดศูนย์สุขภาพชุมชนพิมานและศูนย์สุขภาพชุมชนศรีพิมานตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป

1.3 สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพสมรสในปัจจุบัน โสด สมรส และหม้าย/หย่า/ร้าง

1.4 อาชีพ หมายถึง อาชีพปัจจุบัน รับจ้าง ข้าราชการบำนาญ ค้าขาย และอื่น ๆ

1.5 รายได้ หมายถึง รายของผู้สูงอายุเฉลี่ยต่อเดือนมีจำนวนเป็นบาท

SONGKHLA RAJABHAT UNIVERSITY

1.6 ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด ประถมศึกษา มัธยมศึกษา อนุปริญญา ปริญญาตรี ไม่ได้ศึกษา และอื่นๆ

1.7 ลักษณะครอบครัว หมายถึง รูปแบบการอยู่ร่วมกันของจำนวนสมาชิกในครอบครัว แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 1) ครอบครัวใหญ่มีสมาชิก > 5 คน 2) ครอบครัวขนาดเล็กมีสมาชิกไม่เกิน 5 คน 3)อาศัยโดยลำพังกับคู่ชีวิต และ 4) อาศัยโดยลำพังคนเดียว

1.8 โรคประจำตัว หมายถึง การมีโรคประจำตัวโรคเรื้อรังกับผู้สูงอายุที่ต้องการรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้านพัก เช่น โรคเบาหวาน โรคความดัน โรคข้อเข่าเสื่อม โรคภาวะสมองเสื่อม โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่ 1) มีโรคประจำตัว และ 2) ไม่มีโรคประจำตัว

**2. การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การดูแลตนเองด้วยหลัก 3 อ.** ได้แก่

2.1 ความรู้การดูแลสุขภาพตนเองหลัก 3 อ.

2.1.1 อาหาร 5 หมู่ สำหรับผู้สูงอายุ หมายถึง ความรู้ด้านอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่ 1) มีความรู้ และ 2)ไม่มีความรู้

2.1.2 การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ หมายถึง ความรู้ด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่ 1) มีความรู้ และ 2)ไม่มีความรู้

2.1.3 อารมณ์ผู้สูงอายุ หมายถึง ความรู้ด้านการจัดการอารมณ์ของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) มีความรู้ และ 2)ไม่มีความรู้

2.2 เจตคติการดูแลสุขภาพตนเองหลัก 3 อ.

2.2.1 อาหาร 5 หมู่ สำหรับผู้สูงอายุ หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1) เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2) เห็นด้วย 3)ไม่แน่ใจ 4) ไม่เห็นด้วย และ 5) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

2.2.2 การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ หมายถึง พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1) เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2) เห็นด้วย 3)ไม่แน่ใจ 4) ไม่เห็นด้วย และ 5) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

2.2.3 อารมณ์ หมายถึง พฤติกรรมการจัดการด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1) เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2) เห็นด้วย 3) ไม่แน่ใจ 4) ไม่เห็นด้วย และ 5) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

2.3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองหลัก 3 อ.

2.3.1 อาหาร 5 หมู่ สำหรับผู้สูงอายุ หมายถึง เจตคติด้านอาหารที่ผู้สูงอายุคิดว่าควรปฏิบัติ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ทุกวัน 2) บ่อยครั้ง และ 3) ไม่ปฏิบัติ

2.3.2 การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ หมายถึง เจตคติด้านการออกกำลังกายที่ผู้สูงอายุคิดว่าควรปฏิบัติ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ทุกวัน 2) บ่อยครั้ง และ 3) ไม่ปฏิบัติ

2.3.3 อารมณ์ หมายถึง เจตคติด้านอาหารที่ผู้สูงอายุคิดว่าควรปฏิบัติ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ทุกวัน 2) บ่อยครั้ง และ 3) ไม่ปฏิบัติ

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องและตรงตามบริบท

2. ครอบครัวและผู้เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

SONGKHLA RAJABHAT UNIVERSITY

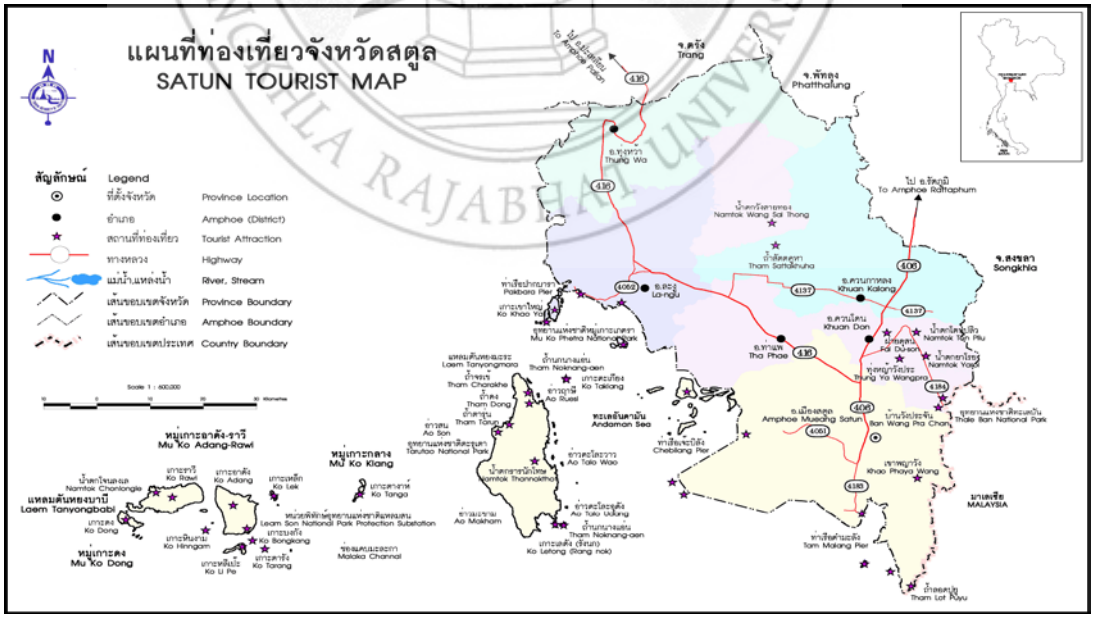
# บทที่ 2
# เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาระดับการดูแลสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. บริบทจังหวัดสตูล
2. ความหมายของผู้สูงอายุ
3 พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ
4. การดูแลผู้สูงอายุ
5. การดูแลสุขภาพหลัก 3 อ.
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## บริบทจังหวัดสตูล

จังหวัดสตูลมีที่ตั้งในภาคใต้ของประเทศไทย มีเนื้อที่ทางทิศเหนือติดกับจังหวัดสงขลา พัทลุง ทิศใต้ติดกับทะเล ทิศตะวันออกติดกับประเทศมาเลเซีย และทิศตะวันตกติดกับจังหวัดตรัง



ประชากรโดยประมาณ 3 แสนคน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ประมง และค้าขาย โดยเฉพาะการปลูกพืชเศรษฐกิจ เช่น ยางพารา ปาล์มน้ำมัน ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม (66%) พุทธ (33%) และอื่นๆ (7%) สภาพภูมิอากาศร้อนชื้น มีฝนตกตลอดปี อาหารที่นิยมรับประทานมักเป็นอาหารที่ปรุงกะทิและมีไขมันสูง ส่งผลให้ประชากรส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและโรคทางเดินหายใจ โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะเข้าโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจ ความดันโลหิต เบาหวาน ไตวาย และปอดบวม

จังหวัดสตูลแบ่งการปกครองออกเป็น 7 อำเภอ ได้แก่ เมืองสตูล ควนโดน ควนกาหลง ท่าแพ ละงู ทุ่งหว้า มะนัง โดยมีโรงพยาบาลที่ให้บริการด้านสาธารณสุข 7 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสตูล โรงพยาบาลควนโดน โรงพยาบาลควนกาหลง โรงพยาบาลท่าแพ โรงพยาบาลละงู โรงพยาบาลทุ่งหว้า และโรงพยาบาลมะนัง คลอบคลุมการให้บริการ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู และยังมีการบริการส่งตัวผู้ป่วยระหว่างประเทศ ได้แก่ การส่งตัวผู้ป่วยระหว่างประเทศไทยกับประเทศมาเลเซีย

โรงพยาบาลสตูลเป็นโรงพยาบาลระดับจังหวัดที่มีขอบเขตรับผิดชอบดูแลสุขภาพ ประชากรในอำเภอเมืองสตูล ประมาณ 150,000 คน และรับการส่งต่อผู้ป่วยจาก 6 อำเภอ ประชากร ประมาณ 150,000 คน โดยพบว่ามีประชากรผู้สูงอายุ ประมาณ 12,000 คน ซึ่งในการให้บริการด้านสาธารณสุขในเขตเทศบาลเมืองสตูล พบว่า โรงพยาบาลสตูลมีสถานบริการสุขภาพชุมชน จำนวน 2 แห่ง และจำนวนผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ ประมาณ 25,000 คน ซึ่ง พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และโดยส่วนใหญ่เป็นข้าราชการบำนาญ ดังนั้นมักพบปัญหาสุขภาพ ได้แก่ โรคเรื้อรัง และยังพบปัญหาการปรับตัวให้เหมาะสมในชีวิตเกษียณ (กลุ่มงานยุทธศาสตร์บริการและสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลสตูล, 2558)

## ความหมายของผู้สูงอายุ

คำจำกัดความหรือข้อตกลงเกี่ยวกับ “ผู้สูงอายุ” (elderly) นั้น องค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) ไม่ได้มีการกำหนดเกณฑ์อายุเริ่มต้นที่เป็นมาตรฐาน เพียงแต่ยอมรับว่า คือ บุคคล หรือกลุ่มประชากรที่มีอายุตามปีปฏิทิน (calendar age, chronological age) ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นเกณฑ์อายุเริ่มต้นเดียวกับขององค์การอนามัยโลกที่ใช้ในการกำหนดช่วงอายุของผู้สูงอายุ จากความไม่ชัดเจนในหลักนิยามของความสูงอายุ ในหลายครั้ง คำว่า “ผู้สูงอายุ” จึงมักถูกนำไปอ้างอิง เป็นกลุ่มคนในช่วงวัยที่ไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพอีกต่อไป ควรหยุดหรือเกษียณจากการทำงาน ทำให้ความเข้าใจของคนในสังคม เกี่ยวกับอายุเริ่มต้นของการเป็นผู้สูงอายุถูกนำไปผูกติดกับกำหนด

เกษียณอายุจากการทำงานว่าเป็นที่เกณฑ์อายุเดียวกัน (Anthony, 2010) บางทีอาจไม่จำเป็นต้องเป็นเช่นนั้นเสมอไป โดยเฉพาะในปัจจุบันที่คนมีอายุยืนยาวขึ้น มีสุขภาพและประสิทธิภาพในการทำงานที่ดี แต่อายุที่หยุดทำงานหรืออายุเกษียณในทางปฏิบัติกลับมีแนวโน้มอยู่ในช่วงอายุที่เร็วขึ้น (เฉลิมพล แจ่มจันทร์, 2555) ในมุมมองเชิงนโยบาย ผู้สูงอายุมักถูกจัดเป็นกลุ่มประชากรที่ต้องการการคุ้มครอง การสนับสนุน และการช่วยเหลือจากภาครัฐที่มากกว่าประชากรกลุ่มอื่น ทั้งในเชิงสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม ทำให้การให้ความหมายกับความสูงอายุ หรือการเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งกำหนดไว้ในเอกสารนโยบาย หรือกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง มักสะท้อนภาพของกลุ่มประชากรที่มีลักษณะของความเปราะบาง มีความเสี่ยงต่อความยากลำบาก การไม่มีงานทำและไม่มีรายได้ และทำให้ความเข้าใจของสังคมเกี่ยวกับอายุเริ่มต้นของการเข้าสู่สูงอายุถูกนำไปผูกติดกับอายุที่สามารถเริ่มรับสิทธิ สวัสดิการต่าง ๆ ที่รัฐเป็นผู้จัดหาให้ (Anthony Giddens, 1986) และพบว่ามีการให้นิยาม “ผู้สูงอายุ” แตกต่างกันตามกาลเวลา (รศรินทร์ เกรย์, 2556)

**นิยามผู้สูงอายุในอดีต**

ในประเทศอังกฤษมีการกำหนดนิยามของผู้สูงอายุขึ้นในช่วงทศวรรษที่ 1880s–1890s เนื่องจากการก่อตั้งระบบบำนาญของวัยสูงอายุจากภาครัฐ (State Old Age Pension scheme) จึงจำเป็นที่จะต้องมีการให้คำจำกัดความของบุคคลสูงอายุที่จะสามารถรับสิทธิประโยชน์ได้ โดยกำหนดไว้ที่อายุ 70 ปีขึ้นไป เป็นเพราะผู้สูงอายุจำเป็นที่จะต้องใช้เงินเป็นจำนวนมากกว่า สำหรับประเทศญี่ปุ่นปัจจุบันกำหนดผู้สูงอายุไว้ที่ 65 ปีขึ้นไป โดยไม่ทราบเหตุผล (Orimo et al., 2006) และ Tokuda and Hinohara (2008) ได้เสนอให้ขยายอายุนิยามของผู้สูงอายุในญี่ปุ่นให้เป็นอายุ 75 ปีขึ้นไปแทน ซึ่งให้เหตุผลว่าเกณฑ์อายุทางการของผู้สูงอายุที่ 65 ปี เป็นเกณฑ์ที่ถูกกำหนดขึ้นเมื่อประมาณ 45 ปีที่แล้ว ในขณะซึ่งประชากรของประเทศมีอายุคาดเฉลี่ยเพียง 68 ปี แต่ในปัจจุบัน เมื่ออายุคาดเฉลี่ยของคนญี่ปุ่นเพิ่มสูงเป็น 86 ปี และ 79 ปี สำหรับเพศหญิงและเพศชาย ตามลำดับ อีกทั้งบุคคลที่อายุ 65 ปียังสามารถทำงานได้อยู่ ไม่ควรถูกปลดเกษียณด้วยเหตุผลจากการเป็นผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพและระบบบำนาญของประเทศ รวมถึงรักษาขนาดของกำลังแรงงานไม่ให้หดตัวมากเกินไป ปัจจุบันในประเทศไทยได้มีการกำหนดนิยามผู้สูงอายุอย่างเป็นทางการตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 โดย “ผู้สูงอายุ” หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย นอกจากการกำหนดด้วยอายุแล้ว ยังสามารถให้ความหมายของผู้สูงอายุ อธิบายโดยทฤษฎีประกอบโครงสร้างทางสังคมภายใต้มโนทัศน์เกี่ยวกับการสร้าง “ภาพแทนความจริง” ว่าภาพลักษณ์ผู้สูงอายุที่ถูกรับรู้และเข้าใจนั้น เกิดจากการสร้างภาพขึ้นในแต่ละสังคม แต่ละวัฒนธรรม และแต่ละช่วงเวลา ซึ่งเป็นเพียงความจริงบางส่วนในสังคมสมัยใหม่ ภาพลักษณ์ของผู้สูงอายุที่ปรากฏมักถูกนำเสนอในด้านลบ

ซึ่งนำไปสู่การเลือกปฏิบัติและการรังเกียจอันเนื่องมาจากอายุ หรือ “วยาคติ (ageism)” ต่อผู้สูงอายุ (สุชาดา ทวีสิทธิ์, 2553)

**นิยามผู้สูงอายุในปัจจุบัน**

การสนทนากลุ่มกับประชาชนทั่วไป และสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้บริหาร นักวิชาการ และแพทย์ พบว่า การศึกษาเกี่ยวกับการค้นหาคำจำกัดความของการเป็นผู้สูงอายุ หรือนิยามผู้สูงอายุ โดยใช้มุมมองทางจิตวิทยาสังคม และสุขภาพ ในปัจจุบันพบว่ามีเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่อย่างไร จากการสนทนากลุ่มมีการให้ความหมายที่หลากหลาย โดยพิจารณาจาก

1. เกณฑ์อายุตามปีปฏิทิน: ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุ 60 ปีตามเกณฑ์ของทางราชการ
2. ดูจากลักษณะภายนอก: ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีหน้าตาที่ดูมีอายุ หรือ แก่ ผิวหนังที่เหี่ยวย่น ผมหงอกสีขาว
3. สุขภาพ: ผู้สูงอายุ เป็นผู้ที่มีสุขภาพและความจำได้ไม่ดีเป็นวัยที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น
4. การทำงาน: ผู้สูงอายุ จะมีสามารถในการทำงานช้าลดลง หรือไม่สามารถทำงานได้แล้ว
5. พฤติกรรมและอารมณ์: ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนจุกจิกขี้บ่น ย้ำคิดย้ำทำ
6. การเปลี่ยนแปลงสถานภาพเป็น ปู่ ย่า ตา ยาย ทวด

**นิยามผู้สูงอายุในอนาคต**

การสนทนากลุ่มกับประชาชนทั่วไป และสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้บริหาร นักวิชาการ และแพทย์ พบว่า ผู้สนทนากลุ่มส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการเปลี่ยนแปลงนิยามผู้สูงอายุใหม่ โดยมีข้อเสนอทางเลือก 3 ทาง ดังนี้

1. กำหนดด้วยอายุเท่านั้น
2. กำหนดด้วยอายุ และคุณลักษณะของผู้สูงอายุที่เป็นเชิงบวก

จากการสนทนากลุ่มสามารถสรุปการกำหนดด้วยอายุยังมีความสำคัญ และการกำหนดลักษณะเชิงบวกจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าและภูมิใจในตนเอง และต้องพยายามทำตัวให้เหมือนคุณลักษณะเชิงบวก และถ้าไม่มีอายุกำกับผู้ที่มีคุณลักษณะเชิงบวกอาจมีอายุน้อย จะกลายเป็นคำนิยามของปราชญ์ชาวบ้าน ซึ่งไม่จำเป็นต้องมีอายุมากแต่มีผู้ไม่เห็นด้วยกับการใช้อายุและนิยามเชิงบวกควบคู่กันไป เพราะจะทำให้สับสน มีความลำบากในการปฏิบัติ และนิยามเชิงบวกไม่สามารถใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันได้

3. คุณลักษณะที่เป็นเชิงบวกเท่านั้น

เนื่องจากการรับรู้ว่าตนเองเป็นผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ไม่เกี่ยวกับอายุตามปีปฏิทิน การกำหนดอายุแน่นอน มีผลทางจิตวิทยา ทำให้รู้สึกว่าตนเองถึงวัยสูงอายุ ซึ่งทุกคนไม่ต้องการถึงวัยนี้ น่าจะเป็นเพราะภาพจำของผู้สูงอายุมีลักษณะเชิงลบ

## พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

พฤติกรรม หมายถึง ท่าทาง กิริยา ลีลา การประพฤติปฏิบัติ อาการ บทบาท การกระทำที่แสดงออกให้ปรากฏ เห็น รู้สึก หรือสัมผัสได้ด้วยประสาทสัมผัสทางใดทางหนึ่งใน 5 ทวาร คือ โสตสัมผัส จักษุสัมผัส ชิวหาสัมผัส ฆานสัมผัส และทางผิวหนัง หรือมิฉะนั้นก็สามารถวัดด้วยเครื่องมือ ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. พฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) หมายถึง การกระทำแสดงออก หรือตอบสนองที่สามารถสังเกตได้และวัดได้ แยกเป็น พฤติกรรมที่เป็นการกระทำ และพฤติกรรมที่เป็นคำพูด

2. พฤติกรรมภายใน (Convert Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่ไม่สามารถสังเกตเห็นหรือวัดได้โดยตรง เช่น ความเข้าใจ การตัดสินใจและความรู้สึก พฤติกรรมภายในเป็นสิ่งที่ไม่สามารถสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัส ต้องสันนิษฐานจากพฤติกรรมภายนอก

พฤติกรรมเป็นผลมาจาการเลือกสรรปฏิบัติที่เหมาะสมที่สุดในการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ซึ่งย่อมมีจุดหมายปลายทางที่แน่นอน พฤติกรรมของมนุษย์มีองค์ประกอบ 7 ประการ คือ

1. เป้าหมาย (Goal) เป็นวัตถุประสงค์ หรือความต้องการที่ก่อให้เกิดพฤติกรรม

2. ความพร้อม (Readiness) เป็นระดับของวุฒิภาวะ และความสามารถที่จำเป็น การกระทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการ

3. สถานการณ์ (Situation) เป็นเหตุการณ์ที่เปิดโอกาสที่ให้เลือกทำกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการ

4. การแปลความหมาย (Interpretation) เป็นการพิจารณาสถานการณ์ เพื่อเลือกสรรวิธีการที่คิดว่าจะตอบสนองความต้องการมากที่สุด หรือเหมาะสมที่สุด

5. การตอบสนอง (Response) เป็นการดำเนินการทำกิจกรรมที่ได้เลือกสรรแล้ว

6. ผลรับ (Consequence) เป็นผลของการกระทำกิจกรรมซึ่งอาจตรงตามเป้าหมายหรือไม่ก็ได้

7. ปฏิกิริยาต่อการผิดหวัง (Reaction to Thwart ship) เป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ต้องการได้ ก็จะกลับไปแปลความหมายใหม่ เพื่อเลือกสรรวิธีการที่ตอบสนองความต้องการได้ แต่ถ้ากระทำแล้ว หรือพิจารณาแล้วเห็นว่าเกินความสามารถก็จะเลิกความต้องการนั้น

**Orem จำแนกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองออกเป็น 3 ลักษณะ** ดังนี้

การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ (Universal Self Care) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่บุคคลทั่วไปปฏิบัติเพื่อประคับประคองกระบวนการชีวิต และสนับสนุนให้ดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างปกติ พฤติกรรมเหล่านี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ เช่น อายุขั้นตอนพัฒนาการที่เป็นอยู่และสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

การดูแลสุขภาพตนเองตามพัฒนาการ (Developmental Self Care) เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของบุคคลในแต่ละระยะของวงจรชีวิต ได้แก่ การเข้าสู่ภาวการณ์ตั้งครรภ์ การเป็นบิดามารดา เป็นต้น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ สภาวการณ์ที่มีผลต่อพัฒนาการนั้น ๆ

การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเกิดภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation Self Care) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติเมื่อเกิดเจ็บป่วย ไม่สามารถประกอบกิจกรรมหรือดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พันธุกรรม และการบำบัดการรักษาต่าง ๆ เป็นต้น

การดูแลสุขภาพของตนเอง (Self Care) เป็นคำที่บุคคลากรในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเริ่มให้ความสนใจในรอบสองทศวรรษที่ผ่านมา และเริ่มให้ความสนใจอย่างจริงจังในเชิงรูปธรรมมากขึ้นในรอบทศวรรษที่ผ่านมา โดยนำมาเชื่อมโยงกับระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข จากการประมวลความคิด และสารัตถะที่นักวิชาการจากวิชาชีพต่าง ๆ ได้เสนอเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองแล้วเราสามารถให้นิยามดังนี้ การดูแลสุขภาพตนเอง (Self care) เป็นกระบวนการที่ประชากรสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้ด้วยตนเอง มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ผดุงรักษาภาวะสุขภาพ (Health Maintenance) การป้องกันโรค (Disease Prevention) การบำบัดการรักษาตนเอง (Self Treatment) ซึ่งรวมความไปถึงการฟื้นฟูสภาพร่างกายจิตใจ (Rehabilitation) ภายหลังการเจ็บป่วย กระบวนการดูแลสุขภาพตนเองนี้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตของบุคคล ไม่ได้เกิดเฉพาะครั้งคราว การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นระบบบริการสุขภาพขั้นปฐมภูมิเป็นฐานล่างสุด หรือนัยหนึ่งเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญยิ่งของระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งบริการสาธารณสุขที่ให้โดยรัฐหรือวิชาชีพทุกระดับนั้น จำเป็นต้องให้สอดคล้องกับสภาพการณ์และศักยภาพการดูแลสุขภาพการดูแลสุขภาพตนเองของประชากรอย่างมีนัยสำคัญ

การดูแลสุขภาพของตนเองในภาวะปกติ (Self Care in Health) การดูแลตนเองเพื่อสุขภาพอนามัย เป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัวให้มีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ เป็นพฤติกรรมที่ทำในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง 2 ลักษณะ คือ

การดูแลส่งเสริมสุขภาพ (Health Maintenance) คือพฤติกรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข และพยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่าง ๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ เป็นพฤติกรรมของประชาชนที่กระทำอย่างสม่ำเสมอในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง

การป้องกันโรค (Disease Prevention) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่าง ๆ การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย (Self Care in Illness) เมื่อบุคคลรับรู้ว่าตนเองเจ็บป่วยซึ่งอาจะตัดสินด้วยตนเองหรือจากครอบครัว หรือเครือข่ายสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยมีองค์ประกอบอยู่อย่างน้อย 4 ระดับ ด้วยกัน คือ การดูแลสุขภาพตนเองของแต่ละบุคคล (Individual Self Care) การดูแลสุขภาพตนเองของครอบครัว (Family Care) การดูแลสุขภาพโดยเครือข่ายสังคม (Care From The Extended Social Network) การดูแลสุขภาพโดยกลุ่มหรือบุคคลในชุมชน (Mutual Aid หรือ Self Help Group)

## การดูแลผู้สูงอายุ

เนื่องจากประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและมีแนวโน้มอายุยืนยาวขึ้น การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เป็นงานที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในสังคมไทยที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ดังนั้นการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับระบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมไทยได้อย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรีต่อไป การดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง การดูแลผู้สูงอายุที่มีขั้นตอนห่วงโซ่อย่างต่อเนื่องในระบบมหาภาคที่ได้มาจาก

1. กำหนดให้มีข้อกฎหมาย
2. จัดตั้งองค์กรเฉพาะด้าน
3. จัดอบรมบุคลากรเฉพาะทาง
4. จัดอบรมอาสาสมัครดูแลชุมชน
5. มีระบบส่งต่อจากอาสาสมัครดูแลญาติผู้ใกล้ชิดผู้สูงอายุ และ
6. ญาติผู้ใกล้ชิดผู้สูงอายุ

การดูแลผู้สูงอายุ จุดประสงค์สำคัญที่สุดในการดูแลผู้สูงอายุ ก็คือ การทำให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตแต่ละวันอย่างมีความสุขได้ มีอิสระที่จะดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพตามที่ตนต้องการ ถึงแม้สภาพร่างกายจะเสื่อมถอยไป หรือมีโรคเรื้อรังต่าง ๆ จึงต้องปรับทัศนคติและการดูแลให้เหมาะสม โดยหลักสำคัญ คือ ต้องให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง โดยพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด (โยธิน แสวงดี และคณะ, 2552)

**รูปแบบและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ**

การดูแลผู้สูงอายุ อาจมีลักษณะและความต้องการที่แตกต่างกัน โดยแบ่งออกเป็น 4 รูปแบบ ได้แก่ (สายฤดี วรกิจโภคาทร และคณะ, 2550)

1. การดูแลภายในครอบครัว คือ การให้ความดูแลเอาใจใส่แก่ผู้สูงอายุในปัจจัยสี่ ไม่ว่าจะเป็นการให้อาหาร เสื้อผ้า จัดที่อยู่อาศัย การดูแลสุขภาพ การรักษาพยาบาล รวมทั้งการให้เงิน การดูแลเอาใจใส่ทั้งด้านร่างกายจิตใจ เป็นต้น

2. การดูแลในสถาบัน แยกเป็นการดูแลในสถานสงเคราะห์ และการดูแลในสถานพยาบาลหรือสถานที่รับดูแลเฉพาะผู้สูงอายุ

3. การดูแลโดยชุมชน เพื่อสร้างจิตสำนึกให้คนในชุมชนระดมความร่วมมือ พัฒนาบริการต่าง ๆ ช่วยกันแก้ไขปัญหา และให้สมาชิกในชุมชนของตนมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้สูงอายุกับครอบครัว ชุมชน องค์การ และสถาบันทางสังคมต่าง ๆ

4. การดูแลในสถานการณ์พิเศษ

**การดูแลผู้สูงอายุด้วยตัวผู้สูงอายุเอง**

เกรียงศักดิ์ ซื่อเลื่อม และคณะ (2554) ได้กล่าวถึง ความหมายของการดูแลผู้สูงอายุด้วยตัวผู้สูงอายุเองว่า หมายถึง การจะทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี คือผู้สูงอายุที่มีความสุขความพอใจตามอัตภาพ สามารถทำประโยชน์ทั้งต่อตนเอง ต่อผู้อื่น ต่อชุมชน และต่อสังคม จึงมีหลักสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุด้วยตัวผู้สูงอายุเองก็คือ ต้องให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นสามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง โดยพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด และมีความสุขกายสบายใจในบั้นปลายของชีวิต เพื่อที่จะนำไปสู่การได้รับคำยกย่องและสรรเสริญจากสังคมโดยรวม สิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่เป็นสุขคือ การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งอาจจะขึ้นอยู่กับปัจจัยหรือองค์ประกอบของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ จำนวน 3 ประการ ดังนี้

1. การมีสุขภาพดี หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญาโดยเชื่อมโยงเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ประกอบด้วย สุขภาพกายที่ดี สุขภาพจิตที่ดี สุขภาพทางสังคมที่ดี และสุขภาพทางปัญญาที่ดี ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุจะต้องปรับการดูแลให้เหมาะสมตามสภาพปัญหาที่แตกต่างกันหรือการเปลี่ยนแปลงที่ไม่เท่ากัน โดยขึ้นอยู่กับสุขภาพและการใช้ชีวิตในวัยที่ผ่านมา โดยจะต้องเน้นที่จะทำให้ร่างกายอยู่ในสภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ร่วมกับส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามที่สภาพร่างกาย จิตใจ และเวลาเอื้ออำนวย โดยยึดหลัก 11 อ. เพื่อสุขภาพกายใจที่ดี คือ อาหาร ออกกำลังกาย อนามัย อุจจาระ/ปัสสาวะ อากาศ (แสง) อาทิตย์ อารมณ์ อดิเรก อนาคต อบอุ่น และอุบัติเหตุ

2. การร่วมแรงร่วมใจกันทำงาน คือ มีส่วนร่วมในการประกอบกิจการงานต่าง ๆ ตามอัตภาพ โดยยังสามารถทำประโยชน์ต่อตนเองและประโยชน์ต่อผู้อื่นได้ โดยต้องเตรียมตัวเตรียมใจยอมรับสภาพการณ์ในชีวิต ควรจะหางานอดิเรกหรือกิจกรรมต่าง ๆ ทำเพื่อประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น เช่น การอ่านเขียนหนังสือ ทำบุญทำทาน ออกกำลังกาย การรดน้ำต้นไม้ และเก็บกวาดบ้าน เป็นต้น ดังนั้น ผู้สูงอายุต้องทำงานเพื่อเป็นการพึ่งตนเองให้มากที่สุด และอย่าพึ่งคนอื่นเป็นดีที่สุด

3. มีความมั่นคงในชีวิต หมายถึง มีหลักประกันในชีวิตหรือความมั่นคง 3 เรื่อง ประกอบด้วย

3.1 ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ คือ มีเงินใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน มีการสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจ โดยต้องมีการรู้เก็บหอมรอมริบตั้งแต่วัยหนุ่มสาว เพื่อจะได้มีไว้ใช้อนาคต ทั้งยามปกติ ยามชรา และยามเจ็บป่วย

3.2 ความมั่นคงในชีวิตและทรัพย์สิน คือ สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปลอดภัย ไปไหนมาไหนไม่มีใครมาทำร้ายรวมไปถึงอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี มีที่อยู่อาศัยที่เป็นส่วนตัว บรรยากาศดี และมีเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็น และ

3.3 ความมั่นคงในครอบครัว ชุมชน และสิ่งแวดล้อม คือ มีครอบครัวที่ดี อยู่ร่วมกันด้วยความร่มเย็นเป็นสุข เมื่อครอบครัวดีร่มเย็นเป็นสุข ชุมชนก็จะดีร่มเย็นเป็นสุข เมื่อชุมชนดีร่มเย็นเป็นสุข ประเทศชาติก็ดีร่มเย็นเป็นสุขเช่นกัน รวมไปถึงการมีสิ่งแวดล้อมที่ดีก็จะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย

**การดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว**

ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนในชนบทไทย ซึ่งเป็นการถอดตัวแบบพฤติกรรมของผู้ดูแลที่มีต่อผู้สูงอายุ พบว่า ตัวแบบการดูแลที่ดีของครอบครัวประกอบด้วย ตัวชี้วัดหลัก 9 ประการ ได้แก่ การดูแลสุขภาพวิทยาส่วนบุคคล การจัดการเรื่องยา การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว การดูแลแผลกดทับ การจัดอาหารที่เหมาะสม การป้อนอาหาร การดูแลด้านการขับถ่าย การสร้างความมั่นคงทางด้านอารมณ์ และการดูแลด้านอารมณ์จิตใจและจิตวิญญาณ โดยมุ่งหวังให้เกิดผลทางจิตวิทยา (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2552)

โดยผู้ดูแลในครอบครัวเป็นองค์ประกอบแรกที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพามากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ (2556) ที่ได้อธิบายว่า ครอบครัวและคนในชุมชนเป็นกลุ่มที่มีความใกล้ชิดและสนิทสนมกับผู้สูงอายุมากที่สุด ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุคลายเหงา และมีความสุขได้ระดับหนึ่งและแม้ว่าสังคมไทยจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ แต่ยังมีบางครอบครัวที่มีระบบการดูแลที่ดี มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน คือ ค่านิยมความกตัญญูกตเวที ดูแลเอาใจใส่บุพการีหรือผู้สูงอายุด้วย

ความเคารพรัก เยี่ยมเยียน พูดคุย และให้กำลังใจ จึงพบว่าปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญ คือ การคัดเลือกผู้ดูแลหลักที่เหมาะสมการดูแลโดยอาศัยพื้นฐานของความรักหรือความกตัญญู ความรู้สึกภาคภูมิใจในความสามารถของตนเองของผู้ดูแล และการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแล (นารีรัตน์ จิตรมนตรี และคณะ, 2552)

**การดูแลผู้สูงอายุโดยหน่วยงานหรือองค์กร**

เนื่องจากผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวและอาการเจ็บป่วยเรื้อรังต่าง ๆ ก็จำเป็นต้องเข้ารับบริการรักษาพยาบาลในสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุทางตรง ก็คือ ค่ายา ค่าตรวจบริการทางการแพทย์ ค่าอาหาร และค่าเดินทางของผู้ป่วย โดยค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นเงิน 7,040 บาทต่อคนต่อปี มีผู้ป่วยเฉลี่ยปีละ 1.05 ล้านคน รวมเป็นงบประมาณที่ใช้กว่า 8,000 ล้านบาทต่อปี ทั้งนี้ยังไม่ได้รวมค่าใช้จ่ายทางอ้อม คือ ค่าใช้จ่ายของญาติที่พาผู้สูงอายุไปรักษา รวมถึงการสูญเสียรายได้ของผู้สูงอายุและญาติ (สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ, 2542) ดังนั้นหน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องต้องมีกำหนดมาตรการ แผนงาน และนโยบายต่าง ๆ เพื่อให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุและครอบครัว ตั้งแต่การจัดตั้งสถานสงเคราะห์คนชรา สวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาล บริการประกันสังคม สวัสดิการรักษาพยาบาลของภาคราชการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการประกันกับบริษัทเอกชน นอกจากนี้ยังมีการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุและคนพิการในที่สาธารณะและการลดหย่อนค่าโดยสารขนส่งมวลชน ที่เห็นได้อย่างชัดเจน ก็คือ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีสิทธิรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่ระบุไว้ ตามระเบียบว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้สูงอายุด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2535 (สายฤดี วรกิจโภคาทร และคณะ, 2550)

**การดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน**

ในปัจจุบันมีแนวคิดสำหรับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นการเข้าถึงระบบบริการ การดูแลอย่างต่อเนื่อง การบริการแบบผสมผสาน การดูแลแบบองค์รวม การประสานการดูแล และการเสริมพลังชุมชน หรือเรียกว่าการดูแลผู้สูงอายุโดยการสร้างเสริมครอบครัวให้เข้มแข็งและการสนับสนุนจากท้องถิ่นและชุมชน การสนับสนุนศักยภาพผู้สูงอายุและการดูแลต่อเนื่องทั้งในแง่ระบบและผู้ดูแล การมีนโยบายชุมชนเข้มแข็ง และการจัดบริการเฉพาะในกลุ่มด้อยโอกาสโดยชุมชน (สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, 2552)

## การดูแลสุขภาพหลัก 3 อ.

**อาหาร**

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การประพฤติปฏิบัติที่เคยชินในการรับประทานอาหาร ได้แก่ ชนิดของอาหารที่รับประทาน วิธีการรับประทานอาหาร จำนวนมื้อที่รับประทาน อุปกรณ์ที่ใช้ รวมทั้งสุขนิสัยในการรับประทานอาหารด้วย ในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารนั้น องค์การอนามัยโลกได้กำหนดขอบเขตไว้ว่า เป็นการศึกษาถึงวิธีการที่บุคคล กลุ่มคน หรือชุมชนยอมรับอิทธิพลทางสังคม และวัฒนธรรมในการเลือกอาหารบริโภคและใช้อาหารที่มีอยู่มากน้อยเพียงใด ตลอดจนผลของอาหารที่บริโภคต่อสุขภาพร่างกาย (วลัยทิพย์ สาชลวิจารณ์, 2538)

สำหรับผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มีความต้องการพลังงานลดลงกว่าวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากผู้สูงอายุมีการใช้พลังงานสำหรับการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวันลดลง ทำให้ปริมาณกล้ามเนื้อและมวลกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุลดลง นอกจากนี้ อัตราการเผาผลาญอาหารลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น แต่ความต้องการสารอาหารอื่น ๆ รวมทั้งวิตามินและเกลือแร่ยังเท่ากับวัยผู้ใหญ่ ยกเว้นความต้องการธาตุเหล็ก ดังนั้นการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุต้องคำนึงถึงคุณภาพของอาหาร โดยเลือกชนิดอาหารที่ให้พลังงานต่ำ แต่มีสารอาหารครบถ้วน

หลักการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุ ควรเน้นที่คุณค่าอาหารกับความจำเป็นที่ร่างกายต้องได้รับ ตามลักษณะของอาหารหลัก 5 หมู่ ดังต่อไปนี้

1.1 สารอาหารโปรตีน พลังงานที่ควรได้รับจากโปรตีนควรเท่ากับร้อยละ 12-15 ของพลังงานที่ควรได้รับต่อวัน หรือบริโภคเนื้อสัตว์วันละไม่เกิน 180-210 กรัม แหล่งของอาหารโปรตีนที่ผู้สูงอายุควรรับประทาน ได้แก่ เนื้อสัตว์ ปลา ไก่ นม ถั่วต่าง ๆ และผลิตภัณฑ์จากถั่ว เพื่อช่วยสร้างกล้ามเนื้อ เนื้อเยื่อ และสร้างภูมิต้านทานโรค แต่สิ่งที่ควรคำนึงถึงคือ ผู้สูงอายุจะมีความสามารถในการย่อยอาหารและดูดซึมอาหารประเภทโปรตีนลดลง หากรับประทานโปรตีนมากเกินความต้องการของร่างกาย จะเกิดผลเสียต่อร่างกายโดยจะเพิ่มภาระการทำงานของไต เพราะผู้สูงอายุการทำงานของไตจะลดลงมากกว่าร้อยละ 50 เมื่อเปรียบเทียบกับวัยหนุ่มสาว แต่การขาดโปรตีนในผู้สูงอายุเป็นสาเหตุหนึ่งในการทำให้เกิดบวม คัน เพลีย และภูมิต้านทานลดลง

1.2 แป้งและน้ำตาลสัดส่วนของพลังงานที่ควรได้รับจากคาร์โบไฮเดรตควรจะเป็นร้อยละ 50-60 ของพลังงานทั้งหมดที่ได้รับต่อวันพบได้ใน ข้าว แป้ง น้ำตาล เผือก มันแต่ผู้สูงอายุต้องคำนึงถึงคุณภาพของคาร์โบไฮเดรต คือ รับประทานคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน (complex carbohydrate)

และใยอาหาร (dietary fiber) เช่น รับประทานข้าว ข้าวกล้อง ธัญพืช มากกว่าการรับประทานข้าวหรือแป้งที่ผ่านกระบวนการขัดสี

1.3 ไขมัน ควรได้ร้อยละ 30 ของพลังงานที่ได้รับต่อวัน หรือประมาณ 3 ช้อนโต๊ะ มีประโยชน์คือช่วยให้พลังงานแก่ร่างกาย และช่วยดูดซึมวิตามินที่ละลายไขมัน หากบริโภคมากเกินไปอาจทำให้อ้วน จึงควรหลีกเลี่ยงไขมันจากสัตว์ ๆ เพราะอาจจะทำให้ท้องอืด แน่นท้อง และยังทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงควรรับประทานน้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันรำข้าว (แดงต้อย ชยสิทธิโสภณ, 2549)

1.4 ผักและผลไม้ ควรได้รับใยอาหารวันละ 20-35 กรัม เป็นสารอาหารที่ร่างกายของเราต้องการในปริมาณน้อย แต่ก็ไม่สามารถขาดได้ ถ้าขาดจะทำให้ระบบร่างกายของเราผิดปกติหรือเกิดโรคต่าง ๆ ได้ ได้แก่ ผู้สูงอายุมักประสบปัญหาท้องผูก การป้องกันอาจทำได้โดยการให้บริโภคอาหารที่มีใยอาหารมาก ๆ ได้แก่ ถั่ว ผัก ผลไม้ชนิดต่าง ๆ ใยอาหารจะช่วยเพิ่มมวลและความนิ่มของอุจจาระทำให้การขับถ่ายสะดวกขึ้น ดังนั้นการนำของเสียต่าง ๆ ผ่านลำไส้ออกจากร่างกายจะเร็วขึ้น จึงช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ วิตามินแบ่งออกเป็น 2 พวก คือ 1) วิตามินที่ไม่ละลายในน้ำหรือละลายในน้ำมัน ได้แก่ วิตามิน เอ ดี อี เค วิตามินที่ละลายในไขมัน หากร่างกายได้รับมากเกินไปจะถูกเก็บสะสมไว้ ทำให้เกิดโทษแก่ร่างกายได้ และ 2) วิตามินที่ละลายในน้ำ ได้แก่ วิตามิน บี1 บี2 และเอฟ วิตามินที่ละลายในน้ำ หากร่างกายได้รับมากเกินไปจะกำจัดออกทางปัสสาวะ

หน้าที่ของวิตามินโดยทั่วไป มีดังนี้

1.4.1 ช่วยให้อวัยวะต่าง ๆ ทำงานตามปกติ

1.4.2 ช่วยป้องกันและต้านทานโรค

1.4.3 ช่วยส่งเสริมการเจริญเติบโต

1.4.4 ทำหน้าที่เป็นเอนไซม์ หรือร่วมกับเอนไซม์ในการช่วยเร่งปฏิกิริยาเคมีในร่างกาย

1.5 เกลือแร่ สามารถแบ่งได้ดังนี้

1.5.1 แร่ธาตุที่ผู้สูงอายุต้องการและมักจะขาดคือ ธาตุแคลเซียม ฟอสฟอรัส สังกะสี แคลเซียม ซึ่งฟอสฟอรัสเป็นส่วนประกอบสำคัญของกระดูก พบมากในนม ก้อนเต้าหู้ ผักผลไม้ เมล็ดงา กระดูกสัตว์ เช่น ปลาป่นหรือปลากระป๋อง ผู้สูงอายุจึงควรรับประทานนมบ้าง แต่ควรเป็นนมพร่องไขมันเนย หรือนมถั่วเหลืองเพื่อลดปริมาณไขมันที่ไม่จำเป็นออกไป ส่วนสังกะสีมีความจำเป็นต่อร่างกายหลายระบบโดยเฉพาะผิวหนัง ซึ่งมีมากในอาหารทะเล ปลา เป็นต้น

1.5.2 เหล็ก เป็นเกลือแร่อีกชนิดหนึ่งที่พบว่ามีการขาดในผู้สูงอายุ และทำให้เกิดโรคโลหิตจาง ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุเหนื่อยง่าย ความต้านทานโรคน้อยลง เจ็บป่วยได้ง่าย ทำให้ร่างกาย

อ่อนแอลง มีในอาหารทุกชนิด ทั้งเนื้อสัตว์ นม ไข่ ผัก ผลไม้ และธัญพืช แต่ในปริมาณมากน้อยแตกต่างกัน

1.5.3 วิตามินที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาจจะขาดได้บ่อย เช่น วิตามินบีหนึ่ง วิตามินอี วิตามินดี และกรดโฟลิค ถ้าผู้สูงอายุรับประทานอาหารไม่เพียงพอ การรับประทานอาหารซ้ำ ๆ เป็นเวลานาน ทำให้ได้รับวิตามินบางชนิดมากเกินไป ก็ไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพ

1.6 น้ำ ความต้องการน้ำ ผู้สูงอายุมักขาดน้ำได้ง่าย เนื่องจากปริมาณน้ำในร่างกายลดลงจากร้อยละ 60 ในผู้ใหญ่ ลดเหลือประมาณร้อยละ 40 ของน้ำหนักร่างกายในผู้สูงอายุ ร่วมกับความรู้สึกกระหายลดลง นอกจากนั้นผู้สูงอายุอาจเกิดจากความไม่สะดวกที่จะช่วยตนเอง เพื่อให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอซึ่งอาจเนื่องจากปัญหาสุขภาพ และภาวะทุพพลภาพ การขาดน้ำใน ผู้สูงอายุจะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ได้แก่ ท้องผูก ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า ปัสสาวะลดลง ภาวะสับสน เป็นต้น ดังนั้นผู้สูงอายุจึงจำเป็นที่จะต้องดื่มน้ำในแต่ละวันให้เพียงพอโดยทั่วไปผู้สูงอายุ ควรได้รับน้ำประมาณ 30 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักหนึ่งกิโลกรัมต่อวัน หรือประมาณ 6-8 แก้วต่อวันหรือไม่ต่ำกว่า 1,500 มิลลิลิตรต่อวัน นอกจากนี้ผู้สูงอายุควรลดการบริโภคน้ำตาลและน้ำหวาน เพราะอาจทำให้เกิด ผลเสียต่อร่างกายหลายประการ ได้แก่ ฟันผุ ภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน นอกจากนี้การกินอาหารหวานมาก ๆ จะไปลดการบริโภคอาหารจากแหล่งธรรมชาติ เช่น ผัก ผลไม้ การกินน้ำตาลมาก ๆ ทำให้ตับอ่อนต้องสร้างอินซูลิน (Insulin) เพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ร่างกายก็ต้องได้รับน้ำตาลเพื่อเพิ่มพลังงานอีก หากเป็นเช่นนี้บ่อย ๆ ครั้งก็จะนำไปสู่การเป็นโรคเบาหวานในที่สุด (แดงต้อย ชยสิทธิโสภณ, 2549)

2. อาหารที่ผู้สูงอายุควรได้รับ

อาหารที่ผู้สูงอายุควรได้รับทุกวันควรเป็นอาหารต่อไปนี้

2.1 เนื้อสัตว์ เนื้อปลา และเนื้อไก่จะมีความนุ่มมากกว่าเนื้อชนิดอื่น แต่ควรระวังก้างปลาเนื่องจากการเคี้ยว การกลืน ไม่ดีเท่าในวัยหนุ่มสาว การปรุงเนื้อสัตว์ทุกชนิด ควรปรุงให้นุ่มพอที่จะเคี้ยวได้ด้วย

2.2 ถั่วเมล็ดแห้งควรปรุงสุกโดยการต้มให้เปื่อยนุ่ม

2.3 ผู้สูงอายุควรได้รับผักและผลไม้ทุกวัน เพื่อช่วยให้ร่างกายได้รับวิตามินและเกลือแร่ และควรต้มหรือนึ่งให้สุกก่อน ผลไม้ควรเป็นผลไม้ที่มีเนื้อสัมผัสนุ่ม เคี้ยวง่าย เช่น มะละกอสุก กล้วยสุก แตงโม ส้ม น้ำผลไม้ ส่วนผลไม้ที่มีเนื้อแข็งควรนำมาปั่นหรือบดให้ละเอียดก่อน

2.4 ข้าว แป้ง และผลิตภัณฑ์ เช่น ข้าวสวย ข้าวต้ม ข้าวเหนียว ขนมจีน ก๋วยเตี๋ยว บะหมี่ ขนมปัง ควรได้รับพอสมควร วันละ 3-4 ถ้วยตวง

2.5 ในผู้สูงอายุควรได้รับน้ำดื่มวันละ 30-35 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ประมาณ 6-8 แก้วต่อวัน

โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการเลือกซื้ออาหาร ผู้ที่มีรายได้น้อยอาจไม่สามารถเลือกซื้ออาหารที่จำเป็นได้ จึงทำให้เกิดภาวะการขาดอาหาร ได้รับปริมาณสารอาหารไม่เพียงพอ ส่วนผู้ที่มีรายได้มากกว่าสามารถซื้ออาหารที่มีคุณประโยชน์ได้ครบถ้วน และได้รับปริมาณสารอาหารที่เพียงพอ ปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรม เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลไม่สามารถรับประทานอาหารได้อย่างถูกต้อง เนื่องจากมีความเชื่อในเรื่องอาหารของแต่ละสังคมแตกต่างกัน จะมีผลต่อการเลือกซื้ออาหารและการรับประทานอาหารเป็นอย่างมาก และที่สำคัญคือ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และลักษณะของครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในสังคม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนแต่จะส่งผลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ (ดวงจันทร์ เพชรานนท์, 2551)

การประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุได้ทราบถึงภาวะโภชนาการของตนเองได้อย่างถูกต้อง และสามารถดำเนินการแก้ไขภาวะโภชนาการได้อย่างทันท่วงทีที่เกิดภาวะเจ็บป่วยตามมา การประเมินภาวะโภชนาการมีด้วยกันหลายวิธี เช่น การประเมินภาวะโภชนาการโดยการวัดสัดส่วนร่างกาย ด้วยวิธีการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง การวัดเส้นรอบแขน และเส้นรอบกล้ามเนื้อแขน การวัดเส้นรอบเอวและเส้นรอบสะโพก การประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้วิธีทางเคมี การประเมินภาวะโภชนาการทางคลินิก การประเมินภาวะโภชนาการโดยการประเมินอาหารที่บริโภค และการประเมินภาวะโภชนาการด้านสิ่งแวดล้อม (ศักดา พึงลำภู, 2548) ปัญหาและสาเหตุทางโภชนาการของผู้สูงอายุ มักเกิดจากการบริโภคนิสัยที่ไม่ถูกต้อง ได้รับอาหารไม่เพียงพอ การย่อยและการดูดซึมเสื่อมประสิทธิภาพ ความผันแปรทางอารมณ์ ภาวะการขาดสารอาหาร และภาวะโภชนาการเกิน การปรับนิสัยการกินจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง (อบเชย วงศ์ทอง, 2551)

**ออกกำลังกาย**

การออกกำลังกาย โดยในแต่ละวันควรออกกำลังกายและมีกิจกรรมทางร่างกายที่เคลื่อนไหวอย่างกระฉับกระเฉง การออกกำลังกายจะช่วยเพิ่มสมรรถภาพร่างกาย ความทนทานของหัวใจ ช่วยควบคุมน้ำหนัก ลดไขมันในเลือด ส่งเสริมกระบวนการใช้น้ำตาล ลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคเบาหวาน ลดความดันโลหิตได้ประมาณ 8-10 มม.ปรอท ลดความเครียด (เพิ่มระดับเอนดอร์ฟิน) และทำให้สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เคล็ดลับในการเริ่มต้นออกกำลังกาย คือ การแต่งกายสวมรองเท้าพื้นหนารองรับแรงกระแทก ยืดหยุ่นได้

สวมใส่เสื้อผ้าที่สบายและแห้ง ดูดซับเหงื่อได้ดี เริ่มต้นโดยการเดิน 5 นาที (หรือการออกกำลังกายอย่างอื่นที่คุณชอบ) เกือบทุกวัน ของสัปดาห์ อย่างช้า ๆ เพิ่มเวลามากขึ้น จนกระทั่ง คุณสามารถทำได้ 30 นาทีต่อวัน อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ ถ้าต้องการลดน้ำหนัก ควรออกกำลังกายต่อเนื่องวันละ 45 นาทีขึ้นไป นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้ระหว่างวัน ได้แก่ การเล่นกับเด็ก ๆ ที่สนามนอกบ้าน เช่น การเล่นฟุตบอล การเดินขึ้นบันได การทำงานบ้าน และการให้เด็ก ๆ มีส่วนร่วมช่วยกันทำความสะอาดบ้าน การขี่จักรยาน หรือเดินไปทำงาน ถ้าใช้รถโดยสารประจำทาง ควรลงก่อนถึงป้ายและเดินไปแทน ประมาณ 1-2 ป้าย การไม่มีกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย เป็นสาเหตุการตายร้อยละ 6 ของประชากรทั่วโลก เป็นปัจจัยเสี่ยงเช่นเดียวกับโรคอ้วน เบาหวาน และการขาดกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายในเด็ก ทำให้เป็นโรคหัวใจเพิ่มขึ้นได้เท่ากับในผู้ใหญ่ การออกกำลังกายในระดับปานกลาง เป็นเวลา 30 นาที 5 วัน ใน 1 สัปดาห์ จะช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองได้

ขั้นตอนการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายที่ถูกต้องและทำอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ร่างกายเกิดความแข็งแรง อายุยืนยาว ชะลอความชรา และลดโอกาสการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ การออกกำลังกายที่ถูกต้องประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การอบอุ่นร่างกายหรือการอุ่นเครื่อง (Warm up) ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที

ขั้นตอนที่ 2 การออกกำลังกายอย่างจริงจัง (Exercise) ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที

ขั้นตอนที่ 3 การทำให้ร่างกายเย็นลง หรือการเบาเครื่อง (Cool down) เป็นระยะผ่อนคลาย ใช้เวลา ประมาณ 5-10 นาที

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเสื่อมของระบบที่เกี่ยวกับการควบคุมการทรงตัวร่วมกับการมีโรคประจำตัวที่เป็นสาเหตุ ส่วนหนึ่งของการสูญเสียการทรงตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคข้อเสื่อม ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย นอกจากนี้ผู้สูงอายุ ยังต้องเผชิญกับความรู้สึกเหงาอ้างว้าง ว้าเหว่ ความรู้สึกไม่มั่นใจ ความรู้สึกกลัวตาย ทำให้รู้สึกเครียด และวิตกกังวล การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเองของผู้สูงอายุลดลง มีการแยกตัวเอง เกิดความรู้สึก ซึมเศร้า ซึ่งปัญหาทางจิต อาจทำให้ ผู้สูงอายุ สูญเสียการรับรู้และเกิดการตัดสินใจไม่ดีในเรื่องความปลอดภัยเมื่ออยู่ตามลำพัง และอาจจะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย

การป้องกันการหกล้มโดยการฝึกฝนให้มีการทรงตัวที่ดีเป็นสิ่งที่พึงกระทำในวัยสูงอายุ แต่พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรม การป้องกันการหกล้มที่คำนึงถึงปัจจัยภายนอกร่างกาย เช่น การสวมรองเท้าที่กระชับ การมีแสงสว่างเพียงพอ บริเวณทางเดิน การระวังพื้นลื่นมากกว่าคำนึงถึงปัจจัยภายใน เช่น การตรวจวัด สายตา การออกกำลังกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการออกกำลังกาย ยังมีผู้สูงอายุส่วนหนึ่ง

มีความเชื่อว่าวัยสูงอายุควรจะเป็นวัยที่มีการพักผ่อน ไม่ควรออกกำลังกายเหมือนวัยเด็กหรือวัยหนุ่มสาว ซึ่งความคิด ความเชื่อ ที่แตกต่างกันไปจะมีผลกระทบต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหรือสถานการณ์ปัญหาสุขภาพเป็นอย่างยิ่ง การจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อเพิ่ม ความแข็งแรง และความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อขาและข้อเท้า ช่วยพัฒนาการทรงตัวและระบบการเคลื่อนไหว และลดการหกล้มของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 9 โดยการออกกำลังกายสามารถลดความเสี่ยงต่อการหกล้มได้ร้อยละ 12 และลดจำนวนครั้งในการหกล้มได้ถึง ร้อยละ 19 การออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการทรงตัวที่ดีนั้น ผู้สูงอายุ ควรใช้หลักการออกกำลังกายเช่นเดียวกับการออกกำลังกายทั่ว ๆ ไป คือ ไม่รุนแรงหรือหนักเกินไป ซึ่งการออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้สูงอายุควรเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิคแรงกระแทกต่ำ มีการอบอุ่นร่างกายก่อนการออกกำลังกายและการผ่อนคลายหลังการออกกำลังกาย และใช้เวลาช่วงออกกำลังกายไม่น้อยกว่า 20 นาที สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง จึงจะทำให้การออกกำลังกายนั้นมีประสิทธิ ภาพ

การออกกำลังกายในผู้สูงอายุทำได้หลายวิธี แต่เราจะมีวิธีเลือกแบบของการออกกำลังอย่างไหนดี ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายของผู้สูงอายุแต่ละคน และโรคประจำตัวของผู้สูงอายุแต่ละท่าน ซึ่งโรคที่พบมากในผู้สูงอายุไทย ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันและโรคข้อเข่าเสื่อม ดังนั้นวิธีการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคข้อเสื่อมดังต่อไปนี้ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีสาเหตุปัจจัยหลายประการ เช่น โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน การสูบบุหรี่ โรคอ้วน เป็นต้น การป้องกันทำได้โดยควบคุมและรักษาโรค 3 โรค ดังกล่าวข้างต้น เลิกสูบบุหรี่เด็ดขาด เรื่องอ้วนต้องควบคุมอาหาร และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ พบว่าการออกกำลังกายนอกจากช่วยให้ ร่างกายโดยรวมแข็งแรงแล้ว ยังพบว่า สามารถลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันได้ด้วย ซึ่งวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมโดยทั่วไปควรออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละไม่ต่ำกว่า 20 นาที เลือกออกกำลังกายแบบใดก็ได้ ขอให้เป็นการออกกำลังที่มีการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายตลอดเวลา เช่น เดิน วิ่ง ว่ายน้ำเล่นกีฬา เป็นต้น แต่ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ใช้การเกร็งกล้ามเนื้อ หรือการบริหารร่างกายชนิดที่ไม่ค่อยเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น การยกน้ำหนัก เป็นต้น การพิจารณาว่าออกกำลังกายขนาดเท่าใดจึงจะเหมาะสมนั้น โดยปกติไม่จำเป็นต้องหักโหมมาก ให้ทำเท่าที่ร่างกายจะรับได้ โดยมีหลักง่าย ๆ คือ ให้ออกกำลังกายจนมีชีพจรเต้นเพิ่มมากกว่าขณะพักตั้งแต่ 10 ครั้งต่อนาทีขึ้นไป เช่น ขณะพักจับชีพจรได้ 70 ครั้งต่อนาที เราควรออกกำลังกายในปริมาณที่ทำให้ชีพจรเพิ่มขึ้นเป็นอย่างน้อย 80 ครั้งต่อนาที หรือมากกว่า อย่างไรก็ตามถ้าจะออกกำลังกายให้เพิ่มทั้งปริมาณและจำนวนวันของการออกกำลังกายก็สามารถกระทำได้ แต่มักไม่ได้ช่วยในการป้องกันโรค แต่จะช่วยให้กล้ามเนื้อของร่างกายแข็งแรงขึ้น ส่วนผู้สูงอายุที่มีปัญหาข้อเสื่อมพบว่า โรคข้อเสื่อมโดยทั่วไปจะเกิดขึ้นได้

กับข้อกระดูกหลาย ๆ ส่วนของร่างกาย เช่น ข้อตะโพก ข้อเข่า ข้อเท้า ข้อมือ เป็นต้น ตำแหน่งที่พบข้อเสื่อมมากที่สุด ได้แก่ ข้อเข่า ซึ่งพบมากถึงครึ่งหนึ่งของโรคข้อเสื่อม

**อารมณ์**

อารมณ์โดยในแต่ละวัน แต่ละคำ แต่ละมื้อ เกี่ยวข้องกับอารมณ์คือ แต่ละวันต้องไม่เครียดและจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม ส่วนแต่ละคำ แต่ละมื้อ ควรมีอารมณ์ (สติ) ในการเลือกอาหารบริโภคอย่างสมดุล และอารมณ์ที่จะเตือนตนเองให้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ฉะนั้น อ. อารมณ์ ที่กล่าวมานั้นสำคัญไม่แพ้กับอาหารและออกกำลังกายซึ่งความเครียดจะส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางร่างกาย จิตใจและพฤติกรรม ดังนี้

ความผิดปกติทางร่างกาย ได้แก่ ปวดศีรษะ ไมเกรน ท้องเสียหรือท้องผูกนอนไม่หลับหรือง่วงเหงาหาวนอน กล้ามเนื้อ ปวดเมื่อย เบื่ออาหารหรือกินมากกว่าปกติท้องอืด ท้องเฟ้อ อาหารไม่ย่อย ประจำเดือนมาไม่ปกติ เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ มือเย็นเท้าเย็น เหงื่อออกตามมือ ตามเท้า ใจสั่น ถอนหายใจบ่อย ๆ ผิวหนังเป็นผื่นคัน เป็นหวัดบ่อย ๆ แพ้อากาศง่าย เป็นต้น

ความผิดปกติทางจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล คิดมาก คิดฟุ้งซ่าน หลงลืมง่าย หงุดหงิด โกรธง่าย ใจน้อย เบื่อหน่าย ซึมเศร้า เหงา ว้าเหว่ สิ้นหวัง หมดความรู้สึกสนุกสนาน เป็นต้น

ความผิดปกติทางพฤติกรรม ได้แก่ สูบบุหรี่ ดื่มสุรามากขึ้น ใช้สารเสพติด กินยานอนหลับ จู้จี้ขี้บ่น ชวนทะเลาะมีเรื่องขัดแย้งกับผู้อื่นบ่อย ๆ ดึงผม กัดเล็บ กัดฟัน ผุดลุกผุดนั่ง เงียบขรึม เก็บตัว เป็นต้น

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กันยารัตน์ อุบลวรรณ (2540) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตัวเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคกลางของประเทศไทย พบว่า เพศ ระดับการศึกษา การออกกำลังกาย การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การแก้ไขหรือการป้องกันอาการท้องผูก การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพประจำปี การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยและอาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม นอกจากนี้พบว่า เขตที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปีและการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย แต่กลับพบว่าลักษณะครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

กิ่งทิพย์ แต้มทอง (2546) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ ของหมู่บ้านท่าช้าง อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีภาวะโภชนาการดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่อบอุ่นมีภาวะโภชนาการที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่ไม่อบอุ่น ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีภาวะโภชนาการที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงย่อมมีภาวะโภชนาการที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง

คำปุน วรรณวงษ์ (2552)ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลางและระดับดี ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ที่อยู่อาศัยและรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ส่วนเพศและโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ สุขภาพกายและสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ และปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ แหล่งอาหาร ราคาอาหาร และความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ส่วนด้านการสนับสนุนของอนามัยชุมชน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2540) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตัวเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนใต้ของประเทศไทย จากการศึกษาพบว่า ศาสนามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปี การออกกำลังกาย และการป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้าน เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้าน สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ความสามารถในการใช้ภาษาไทยมีความสัมพันธ์การออกกำลังกายและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และการป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้าน นอกจากนี้ยังพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปี และลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการการออกกำลังกาย และการป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้าน

แดงต้อย ชยสิทธิโสภณ (2549) การจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุ เป็นการกำหนดจุดเน้นประเภทอาหารที่ควรได้รับและเหมาะสมตามวัย ตามลักษณะของอาหารหลัก 5 หมู่ ได้แก่ กลุ่มที่ 1 อาหารประเภท เนื้อสัตว์ นม ไข่ ถั่ว โดยสารอาหารหลักควรเป็น โปรตีน ช่วยสร้างกล้ามเนื้อ เนื้อเยื่อ และสร้างภูมิต้านทานโรค กลุ่มที่ 2 อาหารประเภท ข้าว แป้ง น้ำตาล เผือก มัน สารอาหารหลักคือคาร์โบไฮเดรต แต่ควรกำหนดให้ผู้สูงอายุมีการลดปริมาณการกินอาหารในกลุ่มนี้ เนื่องด้วยหากกินมากเกินไปจะทำให้มีสภาพร่างกายอ้วนเกินไป ส่งผลให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง กลุ่มที่ 3 อาหาร

ประเภท ไขมัน ที่ได้จากพืชและสัตว์ สารอาหารหลัก ได้แก่ ไขมัน ซึ่งทำหน้าที่ให้พลังงานแก่ร่างกาย และช่วยดูดซึมวิตามินที่สามารถละลายในไขมันได้ และหากมีการบริโภคในจำนวนที่มากเกินไปอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุมีรูปร่างอ้วนได้ และส่งผลต่อการเจ็บป่วย กลุ่มที่ 4 อาหารประเภท ผัก สารอาหารหลัก คือ วิตามิน ใยอาหาร เกลือแร่ วิตามิน ใยอาหาร และน้ำ ทำให้ร่างกายแข็งแรง ช่วยให้ท้องไม่ผูก และไม่อ้วน แต่มีการยกเว้นผลไม้ที่มีรสหวานจัด เพราะอาจทำให้เกิดโรคทางระบบต่อมไร้ท่อได้

ธราธร ดวงแก้ว และหิรัญญา เดชอุดม (2550) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลโพรงมะเดื่ออำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม โดยศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดของผู้สูงอายุ และเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้และความพอเพียงของรายได้ แหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่แตกต่างกัน ผลการวิจัยพบว่า 1) พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับดี พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย อยู่ในระดับดี พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับพอใช้ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ 2) เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ สมรส รายได้และความพอเพียงของรายได้ แหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่ ภาวะการมีโรคประจำตัว แตกต่างกัน พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี และอายุระหว่าง 70-79 ปี มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวและมีโรคประจำตัว มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยมากกว่า 4,000 บาท และผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ย 3,001-4,000 บาท มีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1,000 บาท, 1,001-2,000 บาท และ 2,001-3,000 บาทนอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้พอเพียงและเหลือเก็บมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้พอเพียง ไม่เหลือเก็บ และกลุ่มที่มีรายได้ไม่พอเพียง ตามลำดับ ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีรายได้จากตัวเอง มีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้จากบุคคลในครอบครัว และมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่มีรายได้จากบุคคลอื่น ตามลำดับ ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีระดับการศึกษามัธยมต้นขึ้นไปมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ต่ำกว่าประถมศึกษา และกลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ตามลำดับ และผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมไม่แตกต่างกัน

ธีรชัย พรหมคุณ และคณะ (2553) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุจังหวัดศรีสะเกษและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวม อยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย มีการดูแลในระดับดีมาก ส่วนด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกาลังกาย และด้านการจัดการความเครียด มีการดูแลในระดับดี 2) ตัวแปรในกลุ่มปัจจัยนำ 5 ตัวแปร ปัจจัยเอื้อ 3 ตัวแปร และปัจจัยเสริม 3 ตัวแปร กับพฤติกรมการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า ตัวแปรทั้ง 3 ปัจจัยร่วมกันสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้ ร้อยละ 56 โดยมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ 0.24 และเมื่อพิจารณาเป็นรายตัวแปร พบว่า ตัวแปรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ 3) ตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ในกลุ่มปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพและการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน และปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โดยตัวแปรพยากรณ์ชุดนี้ร่วมกันสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้ ร้อยละ 55 และมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ 0.24

บุตษรา นาคลำภา (2546) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลโตนด อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา จากการศึกษาพบว่า เพศชายและเพศหญิงมีพฤตกรรมการส่งเสริมสุขภาพและความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองแตกต่างกัน สำหรับผู้ที่มีสถานภาพสมรส เป็นสมรสแล้วและโสดมีพฤติกรรมการส่งเสริมคุณภาพ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองทั้งในเรื่องอาหารและโภชนาการ การออกกำลังกายแตกต่างต่างกัน โดยผู้ที่สมรสแล้วจะมีพฤติกรรมการส่งเสริมคุณภาพดีกว่าผู้ที่โสด นอกจากนี้ผู้ที่ประกอบอาชีพกับผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมคุณภาพโดยรวม ทั้งในด้านการออกกำลังกาย แตกต่างกัน คือ ผู้ที่ประกอบอาชีพจะมีพฤติกรรมการส่งเสริมคุณภาพดีกว่าผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ

เบญจพร สว่างศรี และเสริมศิริ แต่งงาม (2556) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรีและเปรียบเทียบระดับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตามสถานภาพส่วนบุคคล จากผลการศึกษาพบว่า ระดับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุพบว่าอยู่ในระดับปานกลางเนื่องจากสูงอายุเป็นวัยที่ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนทางด้านร่างกาย มีเสื่อมลงตามอายุขัย สภาพจิตใจมีการเปลี่ยนแปลงง่าย ขี้หงุดหงิด มีความวิตกกังวล เนื่องจากการเจ็บป่วย หรือจากการเสื่อมของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย กังวลกับโรคประจาตัวของตนเอง หาก

ศึกษาในแต่ละด้าน พบว่า 1) การศึกษาระดับการดูแลสุขภาพตนเองของ ผู้สูงอายุทั้ง 3 ด้านโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านผลเป็นดังนี้ ผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพตนเองด้านการป้องกันโรคอยู่ในระดับมาก ผู้สูงอายุมีระดับการดูแลสุขภาพตนเองด้านการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพตนเองด้าน การฟื้นฟูสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง 2) ผลการเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุจำแนกตามสถานภาพส่วนบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิงมีระดับการดูแล สุขภาพตนเองสูงกว่าเพศชาย ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-65 ปี มีระดับการดูแลสุขภาพตนเองสูงสุด รองลงมาคือ อายุระหว่าง 66-70 ปี อายุ 76 ปีขึ้นไป และอายุระหว่าง 70-75 ปี ตามลำดับ ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีระดับการดูแลสุขภาพตนเองสูงสุดรองลงมาคือ ระดับประถมศึกษา ไม่ได้เรียนหนังสือ และปริญญา ตรี/สูงกว่า ตามลำดับ ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสดมีระดับการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าสถานภาพสมรส ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจ ส่วนตัวมีระดับการดูแลสุขภาพตนเองสูงสุด รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง ไม่ได้ประกอบอาชีพ และอาชีพเกษตรกรรม ตามลำดับ

มาธุรี อุไรรัตน์ (2552) ได้ทำการศึกษาการดูและครอบครัวและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ชุมชมบ้านป่ากัน เทศบาลเมืองคลองแห อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ทำการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี หรือเรียกว่าผู้สูงอายุตอนต้น ทำให้การดูแลของผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถดูและตนเองในด้านต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี เช่น การดูแลตนเองในภาวะปกติ หรือการดูแลตนเองโดยทั่วไป และการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย

มาริสา ประทุมมา (2550) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูและตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบหลวงพ่อเปิ่นบนพื้นฐานของปัจจัยส่วนบุคคล และการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูและผู้สูงอายุของตนเองในภาพรวมและรายได้อยู่ในระดับสูง และเมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลตนเองบนปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ พบว่า เพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ที่พักอาศัยแตกต่างกันผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวก็จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

สิริพร สุธัญญา (2550) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสวนรมณีนาถ กรุงเทพมหานคร จากการศึกษาพบว่า ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง และเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า เพศที่แตกต่างกัน สถานภาพสมรสที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่แตกต่างกัน สำหรับผู้สูงอายุที่ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ สภาพการเป็นอยู่ที่แตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ต่างกัน

อรชร โวทวี (2548) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในอำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมด้านการทานอาหารและพฤติกรรมด้านการปฏิบัติต่อตนเองเมื่อเจ็บป่วยอยู่ในระดับดี พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีต่อ เพศ อายุ โรคประจำตัว สถานภาพสมรส พบว่ามีพฤติกรรมโดยรวมไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างของการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ รายได้เฉลี่ยของผู้สูงอายุ ความพอเพียงของรายได้และที่มาของรายได้ ระดับการศึกษาการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนจะมีพฤติกรรมโดยรวมแตกต่างกัน

อัญชนา เตชะอำนวยวิทย์ (2552) ได้ทำการศึกษาการดูแลตนเองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อน จากการศึกษาพบว่า การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อนอยู่ในระดับปานกลาง หากแบ่งเป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้ คือ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ การดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อนจะมีความสัมพันธ์กับ อายุ มีความสัมพันธ์ในทางลบ ส่วนเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ รายได้มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และสถานภาพการอยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และภาวะสุขภาพคือโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

บทสรุปการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยผู้สูงอายุจะมีการดูแลตนเองในระดับกลางและดี ซึ่งปัญหาการดูแลตนเองมักพบในด้านการออกกำลังกาย และการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว และโรคประจำตัว เป็นต้น

# บทที่ 3
# วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล เพื่อศึกษาระดับการดูแลตนเองปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับการดูแลสุขภาพของตนเอง ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2558 ถึง 31 พฤษภาคม 2558 โดยมีวิธีการศึกษาดังนี้

1. รูปแบบการศึกษา
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
3. วิธีการสุ่มตัวอย่าง
4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
5. วิธีการเก็บและรวบรวมข้อมูล
6. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

## รูปแบบการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการศึกษาภาคตัดขวางเชิงพรรณนา (Cross-sectional Descriptive Study) เพื่อศึกษาการดูแลสุขภาพตนเอง และแนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ และใช้รูปแบบการศึกษาภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Cross-sectional Analytical Study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองและแนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยพื้นที่การศึกษา ได้แก่ เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล จังหวัดสตูล

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**1. ประชากร**

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล จำนวน 2,306 คน

**2. กลุ่มตัวอย่าง**

2.1 เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

2.1.1 ผู้สูงอายุมีอายุ 60 ปีขึ้นไป

2.1.2 ผู้สูงอายุเป็นประชากรในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล

2.1.3 ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีสติสัมปชัญญะ ติดต่อสื่อสารด้วยการอ่าน พูด เขียน และฟังภาษาไทยได้

2.2 เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

2.2.1 ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางจิตเวช ปัญญาอ่อน

2.3 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างประชากรจากตารางสำเร็จของ ยามาเน่ ซึ่งมีระดับความเชื่อมั่น (Confidence Level) 95% และมีความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ในครั้งนี้ 0.05 (Yamane Taro, 1967)

สูตรคำนวณ $n = \dfrac{N}{1 + (Ne)^2}$

เมื่อ N = ประชากรผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ 2,306 ราย

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้

1 = ค่าคงที่

e = ค่าความคลาดเคลื่อน

$$n = \frac{2,306}{1 + (2,306 \times (0.05)^2)}$$

n = 341 ราย

ดังนั้นเพื่อปรับขนาดตัวอย่างให้เหมาะสมจึงได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 385 ราย

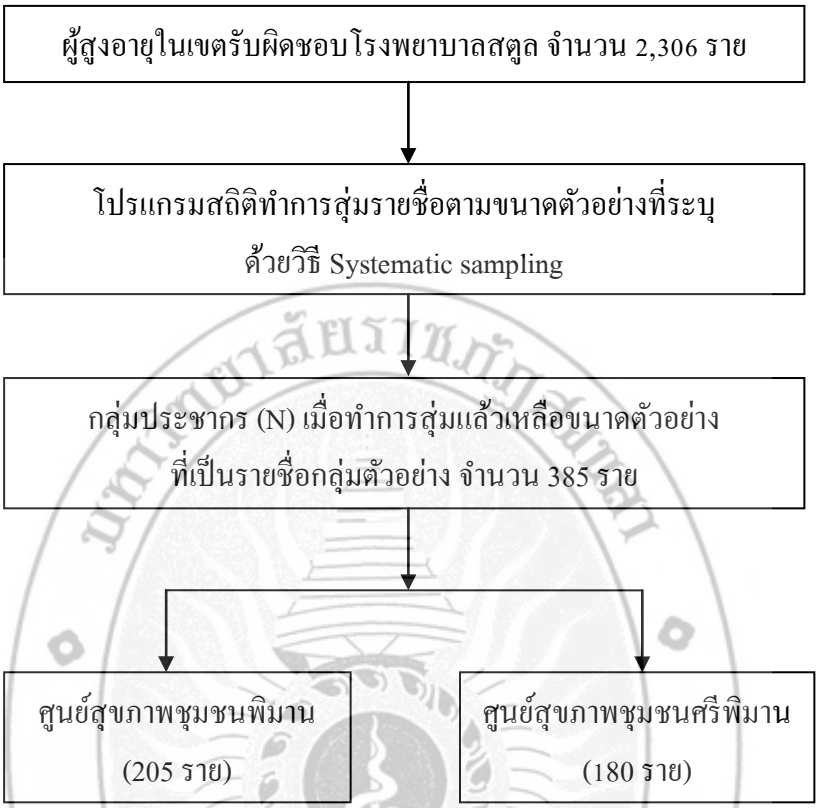
2.4 วิธีการสุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล โดยทำการสุ่มด้วยวิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic Sampling)

ขั้นตอนที่ 1 รวบรวมรายชื่อผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล

ขั้นตอนที่ 2 บันทึกรายชื่อในโปรแกรมสถิติ

ขั้นตอนที่ 3 ทำการสุ่มรายชื่อด้วยโปรแกรมสถิติ




**ภาพ 2** ผังการสุ่มขนาดตัวอย่างรูปแบบ Systematic sampling ด้วยโปรแกรมสถิติ

การสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic Sampling) ด้วยโปรแกรมสถิติ โดยไม่อิงขนาดประชากร เพื่อแบ่งชั้นการสุ่มเนื่องด้วยการคำนวณขนาดตัวอย่างเป็นแบบการประมาณการในลักษณะรูปแบบประกรกลุ่มเดียว ซึ่งได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 385 ราย จากประชากร 2,306 ราย ซึ่งแบ่งเป็นเขตรับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนพิมาน จำนวน 205 ราย และศูนย์สุขภาพชุมชน ศรีพิมาน จำนวน 180 ราย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

**1. เครื่องมือ**

การศึกษาครั้งนี้ใช้เครื่องมือในการศึกษา ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ ซึ่งประกอบไปด้วย 6 ส่วน ได้แก่

1.1 ปัจจัยด้านบุคคล

1.1.1 เพศ

1.1.2 อายุ

1.1.3 สถานภาพสมรส

1.2 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม

1.2.1 อาชีพ

1.2.2 รายได้

1.2.3 ระดับการศึกษา

1.3 ปัจจัยด้านสุขภาพ

1.3.1 โรคประจำตัว

1.4 ความรู้ด้านสุขภาพหลัก 3 อ.

1.4.1 อาหาร 5 หมู่ สำหรับผู้สูงอายุ

1.4.2 การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

1.4.3 การจัดการอารมณ์ผู้สูงอายุ

1.5 เจตคติด้านสุขภาพหลัก 3 อ.

1.5.1 อาหาร 5 หมู่ สำหรับผู้สูงอายุ

1.5.2 การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

1.5.3 การจัดการอารมณ์ผู้สูงอายุ

1.6 พฤติกรรมด้านสุขภาพหลัก 3 อ.

1.6.1 อาหาร 5 หมู่ สำหรับผู้สูงอายุ

1.6.2 การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

1.6.3 ระดับความเครียดผู้สูงอายุ

**2. ตัวแปรและการวัด**

2.1 ปัจจัยด้านบุคคล

2.1.1 เพศ หมายถึง 1=ชาย, 2= หญิง

2.1.2 อายุ หมายถึง อายุจริงของผู้สูงอายุ ณ วันที่ตอบแบบสอบถาม มีจำนวนเป็นปี แต่ถ้าเกิน 6 เดือนให้นับเป็น 1 ปี

2.1.3 สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพสมรสในปัจจุบัน (1 = โสด, 2 = สมรส, 3 = หม้าย/หย่า/ร้าง/แยกกันอยู่)

2.1.4 ลักษณะครอบครัว หมายถึง ครอบครัวใหญ่ อยู่รวมกันกับลูกหลาน (มากกว่า 5คน) ครอบครัวขนาดเล็ก อยู่รวมกัน กับลูกหลาน (ไม่เกิน 5 คน) อาศัยโดยลำพังกับคู่ชีวิต อาศัยอยู่โดยเพียงลำพัง

2.2 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม

2.2.1 อาชีพ หมายถึง อาชีพปัจจุบัน (1 = รับจ้าง, 2 = ข้าราชการบำนาญ, 3 = ค้าขาย, 4 = อื่น ๆ)

2.2.2 รายได้ หมายถึง รายของผู้สูงอายุเฉลี่ยต่อเดือนมีจำนวนเป็นบาท

2.2.3 ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด (1 = ประถมศึกษา, 2 = มัธยมศึกษา, 3 = อนุปริญญา, 4 = ปริญญาตรี, 5 = ไม่ได้ศึกษา 6 = อื่น ๆ)

2.2.4 ลักษณะครอบครัว หมายถึง ครอบครัวใหญ่ อยู่รวมกันกับลูกหลาน (มากกว่า 5คน) ครอบครัวขนาดเล็ก อยู่รวมกัน กับลูกหลาน (ไม่เกิน 5 คน) อาศัยโดยลำพังกับคู่ชีวิต อาศัยอยู่โดยเพียงลำพัง

2.3 ปัจจัยด้านสุขภาพ

2.3.1 โรคประจำตัว หมายถึง การมีโรคประจำตัวที่ต้องการรับการรักษาอย่างต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้านพัก

2.4 ความรู้สุขภาพหลัก 3 อ.

2.4.1 อาหาร 5 หมู่ สำหรับผู้สูงอายุ หมายถึง ความรู้ด้านอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ โดยมีระดับคะแนนความรู้มีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 10

2.4.2 การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ หมายถึง ความรู้ด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ โดยมีระดับคะแนนความรู้มีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 10

2.4.3 อารมณ์ผู้สูงอายุ หมายถึงความรู้ด้านการจัดการอารมณ์ของผู้สูงอายุ โดยมีระดับคะแนนความรู้มีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 10

2.5 เจตคติทางด้านสุขภาพหลัก 3 อ.

2.5.1 อาหาร 5 หมู่ สำหรับผู้สูงอายุ หมายถึง เจตคติด้านอาหารที่ผู้สูงอายุคิดว่าควรปฏิบัติ (เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1, เห็นด้วย = 2, ไม่แน่ใจ = 3, ไม่เห็นด้วย = 4, ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 5)

2.5.2 การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ หมายถึง เจตคติด้านการออกกำลังกายที่ผู้สูงอายุคิดว่าควรปฏิบัติ (เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1, เห็นด้วย = 2, ไม่แน่ใจ = 3, ไม่เห็นด้วย = 4, ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 5)

2.5.3 อารมณ์ หมายถึง เจตคติด้านอาหารที่ผู้สูงอายุคิดว่าควรปฏิบัติ (เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1, เห็นด้วย = 2, ไม่แน่ใจ = 3, ไม่เห็นด้วย = 4, ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 5)

2.6 พฤติกรรมสุขภาพหลัก 3 อ.

2.6.1 อาหาร 5 หมู่ สำหรับผู้สูงอายุ หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (ทุกวัน = 1, เกือบทุกวัน = 2, บางวัน = 3, ไม่เคยเลย = 4)

2.6.2 การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ หมายถึง พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ (ทุกวัน = 1, เกือบทุกวัน = 2, บางวัน = 3, ไม่เคยเลย = 4)

2.6.3 อารมณ์ หมายถึง พฤติกรรมการจัดการด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุ (ทุกวัน = 1, เกือบทุกวัน = 2, บางวัน = 3, ไม่เคยเลย = 4)

**3. การหาคุณภาพเครื่องมือ**

3.1 การหาความตรง (Validity) หมายถึง การวิเคราะห์แบบสอบเพื่อทดสอบความตรงของเนื้อหาและข้อคำถาม โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่

| | |
|---|---|
| 3.1.1 ผศ.ดร.สุระพรรณ จุลสุวรรณ์ | คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา |
| 3.1.2 นายแพทย์ชัยรัตน์ ลำโป | นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล |
| 3.1.3 นายแพทย์ธีรชัย เอื้ออารยาภรณ์ | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสตูล |

โดยผลการตรวจสอบความตรงกับเนื้อหาของผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พบว่า เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีความตรงกับเท่ากับ 1

3.2 การหาความเที่ยง (Reliability) หมายถึง โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยการทดลองใช้แบบสอบถาม (Try Out) กับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเที่ยงก่อนนำแบบสอบถามไปใช้แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาค อัลฟา (Cronbach's Alpha) เท่ากับ Alpha = 0.78

## วิธีการเก็บและรวบรวมข้อมูล

1. กำหนดกลุ่มตัวอย่าง
2. จัดทำตารางกำหนดการเพื่อนัดกลุ่มตัวอย่างสัมภาษณ์
3. จัดเก็บข้อมูลด้วยเครื่องมือวิจัย
4. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมสถิติ
5. วิเคราะห์และแปลผลข้อมูล

## สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองโดยใช้สถิติอ้างอิง (Inferential statistic) โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

SONGKHLA RAJABHAT UNIVERSITY

# บทที่ 4
# ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล เพื่อศึกษาระดับการดูแลตนเองปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้นำเสนอโดยการบรรยายประกอบตารางตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลผู้สูงอายุ
2. ความรู้การดูแลสุขภาพตนเองผู้สูงอายุ
3. เจตคติการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
4. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับระดับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

## ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

การศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล จำนวน 385 ราย

**ตาราง 1** จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล

(n=385)

| ปัจจัยส่วนบุคคล | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| เพศ | | |
| ชาย | 162 | 42.1 |
| หญิง | 223 | 57.9 |
| อายุ (ปี) | | |
| 60-69 | 141 | 36.6 |
| 70-79 | 205 | 53.2 |
| 80-89 | 39 | 10.1 |
| $\overline{X}$ = 71.7, SD. = 6.2, Min = 61, Max = 86 | | |
| สถานภาพสมรส | | |
| โสด | 1 | 0.3 |
| สมรส | 282 | 73.2 |
| หม้าย/หย่า/ร้าง/แยกกันอยู่ | 102 | 26.5 |
| การศึกษา | | |
| ประถมศึกษา | 19 | 4.9 |
| มัธยมศึกษา | 27 | 7.0 |
| อนุปริญญา | 44 | 11.4 |
| ปริญญาตรี | 282 | 73.2 |
| ไม่ได้ศึกษา | 13 | 3.4 |
| อาชีพ | | |
| รับจ้าง | 11 | 2.9 |
| ข้าราชการบำนาญ | 249 | 64.7 |
| ค้าขาย | 74 | 19.2 |
| อื่น ๆ | 51 | 13.2 |

SONGKHLA RAJABHAT UNIVERSITY

**ตาราง 1** (ต่อ)

(n=385)

| ปัจจัยส่วนบุคคล | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| รายได้ (บาท) | | |
| 0-4,999 | 46 | 11.9 |
| 5,000-9,999 | 19 | 4.9 |
| 10,000-14,999 | 38 | 9.9 |
| 15,000-19,999 | 102 | 26.5 |
| 20,000-24,999 | 78 | 20.3 |
| 25,000-29,999 | 76 | 19.7 |
| >30,000 | 26 | 6.8 |
| $\overline{X}$ = 17,961.3, SD. = 8229.3, Min = 500, Max = 30,000 | | |
| ลักษณะครอบครัว | | |
| ครอบครัวใหญ่อยู่รวมกันกับลูกหลาน (มากกว่า 5 คน) | 24 | 6.2 |
| ครอบครัวขนาดเล็กอยู่รวมกันกับลูกหลาน (ไม่เกิน 5 คน) | 358 | 93.0 |
| อาศัยโดยลำพังกับคู่ชีวิต | 2 | 0.5 |
| อาศัยอยู่โดยเพียงลำพัง | 1 | 0.3 |
| โรคประจำตัว | | |
| มี | 288 | 74.8 |
| ไม่มี | 97 | 25.2 |

จากตาราง 1 พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี (ร้อยละ 53.2) เพศหญิง (ร้อยละ 57.9) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 73.2) การศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 73.2) อาชีพข้าราชการบำนาญ (ร้อยละ 64.7) มีรายได้ระหว่าง 15,000-19,999 บาท/เดือน (ร้อยละ 26.5) อาศัยในครอบครัวขนาดเล็กอยู่รวมกันกับลูกหลาน (ไม่เกิน 5 คน) (ร้อยละ 93.0) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 74.8)

## ความรู้การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ความรู้การดูแลสุขภาพด้วย หลัก 3 อ. ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล จำนวน 385 ราย

**ตาราง 2** ความรู้การดูแลสุขภาพด้วย หลัก 3 อ. ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล

(n=385)

| ความรู้การดูแลสุขภาพด้วย หลัก 3 อ. | มีความรู้ | | ไม่มีความรู้ | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| 1. อาหาร 5 หมู่ | 121 | 31.4 | 264 | 68.6 |
| 2. การรับประทานผักในมื้ออาหาร | 296 | 76.9 | 89 | 23.1 |
| 3. การรับประทานน้ำตาล | 287 | 74.5 | 98 | 25.5 |
| 4. กิจกรรมผ่อนคลายอารมณ์ | 371 | 96.4 | 14 | 3.6 |
| 5. การจัดการความเครียด | 285 | 74.0 | 100 | 26.0 |
| 6. การดูแลตนเอง | 247 | 64.2 | 138 | 35.8 |
| 7. ประเภทการออกกำลังกายที่เหมาะสม | 253 | 65.7 | 132 | 34.3 |
| 8. ระยะเวลาที่เหมาะสมในการออกกำลังกาย | 220 | 57.1 | 165 | 42.9 |
| 9. จำนวนครั้งที่เหมาะสมในการออกกำลังกาย/สัปดาห์ | 378 | 98.2 | 7 | 1.8 |
| 10. โรคกับการออกกำลังกาย | 321 | 83.4 | 64 | 16.6 |

จากตาราง 2 พบว่า ความรู้ในเรื่องอาหาร 5 หมู่ อยู่ในระดับไม่มีความรู้ (ร้อยละ 68.6) ความรู้ในเรื่องการรับประทานผักในมื้ออาหาร มีความรู้ (ร้อยละ 76.9) ความรู้ในเรื่องการรับประทานน้ำตาล มีความรู้ (ร้อยละ 74.5) ความรู้ในเรื่องกิจกรรมผ่อนคลายอารมณ์ มีความรู้ (ร้อยละ 96.4) ความรู้ในเรื่องการดูแลตนเอง มีความรู้ (ร้อยละ 64.2) ความรู้ในเรื่องประเภทการออกกำลังกายที่เหมาะสม มีความรู้ (ร้อยละ 65.7) ความรู้ในเรื่องระยะเวลาที่เหมาะสมในการออกกำลังกาย อยู่ในปานกลาง (ร้อยละ 57.1) ความรู้ในเรื่องจำนวนครั้งที่เหมาะสมในการออกกำลังกาย/สัปดาห์ มีความรู้ (ร้อยละ 98.2) ความรู้ในเรื่องโรคกับการออกกำลังกาย มีความรู้ (ร้อยละ 83.4)

## เจตคติการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

การศึกษาเจตคติการดูแลสุขภาพด้วย หลัก 3 อ. ของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล จำนวน 385 ราย

**ตาราง 3** ร้อยละเจตคติการดูแลสุขภาพด้วยหลัก 3 อ. ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล

(n=385)

| เจตคติการดูแลสุขภาพด้วยหลัก 3 อ. | เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ) | เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ) | ไม่แน่ใจ จำนวน (ร้อยละ) | ไม่เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ) | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ) |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ท่านเห็นด้วยกับการรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ | 51 (13.2) | 84 (21.8) | 101 (26.2) | 110 (28.6) | 39 (10.1) |
| 2. ท่านเห็นด้วยกับการรับประทานผักในอาหาร มื้อเย็น มากที่สุด | 3 (0.8) | 38 (9.9) | 99 (25.7) | 168 (43.6) | 77 (20.0) |
| 3. ท่านคิดว่าความ กังวลเกี่ยวกับรายจ่ายจะทำให้ท่านสามารถมีเงินเก็บมากมาย | 147 (38.2) | 42 (10.9) | 59 (15.3) | 47 (12.2) | 90 (23.4) |
| 4. ท่านคิดว่าปัญหาต่าง ๆ คือเรื่องปกติของการดำรงชีวิต | 3 (0.8) | 72 (18.7) | 69 (17.9) | 148 (38.4) | 93 (24.2) |
| 5. ท่านคิดว่าการออกกำลังกายทุกสัปดาห์ เป็นกิจกรรมที่ไม่สำคัญผู้สูงอายุ | 47 (12.2) | 19 (4.9) | 158 (41.0) | 111 (28.8) | 50 (13.0) |
| 6. ท่านคิดว่าผู้สูงอายุไม่ควรใช้เวลาน้อยกว่า 30 นาที/ครั้งในการออกกำลังกาย | 39 (10.1) | 80 (20.8) | 89 (23.1) | 114 (29.6) | 63 (16.4) |

**ตาราง 3** (ต่อ)

(n=385)

| เจตคติการดูแลสุขภาพ ด้วยหลัก 3 อ. | เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ) | เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ) | ไม่แน่ใจ จำนวน (ร้อยละ) | ไม่เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ) | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ) |
|---|---|---|---|---|---|
| 7. ผู้สูงอายุไม่ควรรับประทานเนื้อสัตว์โดย เฉพาะเนื้อวัว | 42 (10.9) | 19 (4.9) | 71 (18.4) | 152 (39.5) | 101 (26.2) |
| 8. โดยปกติผู้สูงอายุควรออกกำลังกายเป็นประจำ | 123 (31.9) | 21 (5.5) | 66 (17.1) | 74 (19.2) | 101 (26.2) |
| 9. โดยปกติแพทย์จะห้ามผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวออกกำลังกายหรือทำงานประเภทที่ต้องใช้แรงหรือกำลังเป็นอย่างมาก | 23 (6.0) | 62 (16.1) | 44 (11.4) | 164 (42.6) | 92 (23.9) |
| 10. หลัก 3 อ. อาหาร อารมณ์ และออกกำลังกาย สามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ | 23 (6.0) | 6 (1.6) | 231 (60.0) | 104 (27.0) | 21 (5.5) |

จากตาราง 3 เจตคติการดูแลสุขภาพด้วยหลัก 3 อ. ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุไม่เห็นด้วยกับการกำหนดการรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ (ร้อยละ 28.6) ผู้สูงอายุไม่เห็นด้วยกับกับการผักในอาหารมื้อเย็นมากที่สุด (ร้อยละ 43.6) เห็นด้วยอย่างยิ่งในความกังวลเกี่ยวกับรายจ่ายจะทำให้สามารถมีเงินเก็บมากมาย (ร้อยละ 38.2) ผู้สูงอายุไม่เห็นด้วยกับปัญหาต่าง ๆ คือ เรื่องปกติของการดำรงชีวิต (ร้อยละ 38.4) ผู้สูงอายุไม่แน่ใจกับการออกกำลังกายทุกสัปดาห์เป็นกิจกรรมที่ไม่สำคัญของผู้สูงอายุ (ร้อยละ 41.0) ผู้สูงอายุไม่เห็นด้วยว่าไม่ควรใช้เวลาน้อยกว่า 30 นาที/ครั้ง ในการออกกำลังกาย (ร้อยละ 29.6) ผู้สูงอายุไม่เห็นด้วยกับการไม่ควรรับประทานเนื้อสัตว์ โดยเฉพาะเนื้อวัว (ร้อยละ 39.5) ผู้สูงอายุเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าควรออกกำลังกายเป็นประจำ (ร้อยละ 31.9) ผู้สูงอายุไม่เห็นด้วยในกรณีแพทย์จะห้ามผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวออกกำลังกายหรือทำงานประเภทที่ต้อง

ใช้แรงหรือกำลังเป็นอย่างมาก (ร้อยละ 42.6) ผู้สูงอายุไม่แน่ใจว่าหลัก 3 อ. อาหาร อารมณ์ และออกกำลังกาย สามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ (ร้อยละ 60.0)

## พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วย หลัก 3 อ. ของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล จำนวน 385 ราย

**ตาราง 4** จำนวนและร้อยละพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วย หลัก 3 อ. ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล

(n=385)

| พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยหลัก 3 อ. | ทุกวัน | | บ่อยครั้ง | | ไม่ปฏิบัติ | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| 1. โดยปกติท่านรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ/วัน | 0 | 0.0 | 120 | 31.2 | 265 | 68.8 |
| 2. โดยปกติท่านรับประทานผักในอาหารทุกมื้อ | 0 | 0.0 | 323 | 83.9 | 62 | 16.1 |
| 3. ท่านรู้สึกเหงาและท้อแท้เป็นประจำ | 26 | 6.8 | 31 | 8.1 | 328 | 85.2 |
| 4. ท่านนอนไม่หลับเป็นประจำ | 0 | 0.0 | 26 | 6.8 | 359 | 93.2 |
| 5. ท่านออกกำลังเป็นประจำและสม่ำเสมอ ในทุกสัปดาห์ | 25 | 6.5 | 281 | 73.0 | 79 | 20.5 |
| 6. ท่านออกกำลังกาย มากกว่า 2 วัน/สัปดาห์ และใช้เวลามากกว่า 30 นาที/ครั้ง | 17 | 4.4 | 289 | 75.1 | 79 | 20.5 |
| 7. โดยปกติท่านปฏิบัติตามหลัก 3 อ. | 5 | 1.3 | 365 | 94.8 | 15 | 3.9 |
| 8. โดยปกติท่านทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ โดยเฉพาะเนื้อวัว | 62 | 16.1 | 323 | 83.9 | 0 | 0.0 |

**ตาราง 4** (ต่อ)

(n=385)

| พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ด้วยหลัก 3 อ. | ทุกวัน | | บ่อยครั้ง | | ไม่ปฏิบัติ | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| 9. ท่านค้นหาข้อมูลหรืออ่านหนังสือในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้สูงอายุ | 17 | 4.4 | 342 | 88.8 | 26 | 6.8 |
| 10. ท่านปรึกษาเรื่องสุขภาพของท่านกับแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ของศูนย์สุขภาพ | 19 | 4.9 | 366 | 95.1 | 0 | 0.0 |

จากตาราง 4 พบว่า ผู้สูงอายุไม่ปฏิบัติในการรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ/วัน (ร้อยละ 68.8) ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติบ่อยครั้งในการรับประทานผักในอาหารทุกมื้อ (ร้อยละ 83.9) ผู้สูงอายุไม่เคยรู้สึกเหงาและท้อแท้ (ร้อยละ 85.2) ผู้สูงอายุไม่เคยนอนไม่หลับเป็นประจำ (ร้อยละ 93.2) ผู้สูงอายุออกกำลังกายบ่อยครั้ง (ร้อยละ73.0) ผู้สูงอายุบ่อยครั้งออกกำลังกาย มากกว่า 2 วัน/สัปดาห์ และใช้เวลามากกว่า 30 นาที/ครั้ง (ร้อยละ 75.1) ผู้สูงอายุบ่อยครั้งทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ โดยเฉพาะเนื้อวัว (ร้อยละ 83.0) ผู้สูงอายุบ่อยครั้งค้นหาข้อมูลหรืออ่านหนังสือในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้สูงอายุ (ร้อยละ 88.8) ผู้สูงอายุบ่อยครั้งปรึกษาเรื่องสุขภาพของท่านกับแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ของศูนย์สุขภาพ (ร้อยละ 95.1)

## ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้การดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับความรู้การดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล จำนวน 385 ราย

**ตาราง 5** ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความรู้การดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล

(n=385)

| เพศ | ความรู้ หลัก 3อ. | | $\chi^2$ | P-value |
|---|---|---|---|---|
| | มีความรู้ | ไม่มีความรู้ | | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | |
| ชาย | 162 (100.0) | 0 (0.0) | 6.69* | 0.01 |
| หญิง | 214 (97.7) | 9 (2.3) | | |

*P<0.05

จากตาราง 5 พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความรู้การดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

**ตาราง 6** ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความรู้การดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล

(n=385)

| อายุ | ความรู้ หลัก 3อ. | | $\chi^2$ | P-value |
|---|---|---|---|---|
| | มีความรู้ | ไม่มีความรู้ | | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | |
| 60-69 ปี | 141 (100.0) | 0 (0.0) | 14.10* | 0.01 |
| 70-79 ปี | 200 (97.6) | 5 (2.4) | | |
| 80-89 ปี | 35 (89.7) | 4 (10.3) | | |

*P<0.05

จากตาราง 6 พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความรู้การดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล จำนวน 385 ราย

**ตาราง 7** ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับความรู้การดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล

(n=385)

| **สถานภาพสมรส** | **ความรู้ หลัก 3อ.** | | $\chi^2$ | **P-value** |
|---|---|---|---|---|
| | **มีความรู้** | **ไม่มีความรู้** | | |
| | **จำนวน (ร้อยละ)** | **จำนวน (ร้อยละ)** | | |
| โสด | 1 (100.0) | 0 (0.0) | 3.37 | 0.19 |
| สมรส | 273 (96.8) | 9 (3.2) | | |
| หม้าย/หย่า/ร้าง/แยกกันอยู่ | 102 (100.0) | 0 (2.3) | | |

จากตาราง 7 พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้การดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษากับการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล จำนวน 385 ราย

**ตาราง 8** ความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษากับความรู้การดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล

(n=385)

| การศึกษา | ความรู้ หลัก 3อ. | | $\chi^2$ | P-value |
|---|---|---|---|---|
| | มีความรู้ | ไม่มีความรู้ | | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | |
| ประถมศึกษา | 19 (100.0) | 0 (0.0) | 21.25* | 0.01 |
| มัธยมศึกษา | 24 (88.9) | 3 (11.1) | | |
| อนุปริญญา | 43 (97.7) | 1 (2.3) | | |
| ปริญญาตรี | 279 (98.9) | 3 (1.1) | | |
| ไม่ได้ศึกษา | 11 (84.6) | 2 (15.4) | | |

*P<0.05

จากตาราง 8 พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรู้การดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล จำนวน 385 ราย

**ตาราง 9** ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับความรู้การดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล

(n=385)

| อาชีพ | ความรู้ หลัก 3อ. | | $\chi^2$ | P-value |
|---|---|---|---|---|
| | มีความรู้ | ไม่มีความรู้ | | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | |
| รับจ้าง | 11 (100.0) | 0 (0.0) | 5.43 | 0.14 |
| ข้าราชการบำนาญ | 246 (98.8) | 3 (1.2) | | |
| ค้าขาย | 71 (96.0) | 3 (4.0) | | |
| อื่นๆ | 48 (94.1) | 3 (5.9) | | |

จากตาราง 9 พบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้การดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ

ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล จำนวน 385 ราย

**ตาราง 10** ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับความรู้การดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล

(n=385)

| การศึกษา | ความรู้ หลัก 3อ. | | $\chi^2$ | P-value |
|---|---|---|---|---|
| | มีความรู้ | ไม่มีความรู้ | | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | |
| 0-4,999 บาท | 43 (100.0) | 0 (0.0) | 13.04* | 0.04 |
| 5,000-9,999 บาท | 17 (100.0) | 0 (0.0) | | |
| 10,000-14,999 บาท | 38 (100.0) | 0 (0.0) | | |
| 15,000-19,999 บาท | 99 (100.0) | 0 (0.0) | | |
| 20,000-24,999 บาท | 75 (100.0) | 0 (0.0) | | |
| 25,000-29,999 บาท | 75 (100.0) | 0 (0.0) | | |
| >30,000 บาท | 26 (100.0) | 0 (0.0) | | |

*P<0.05

จากตาราง 10 พบว่า ระดับรายได้มีความสัมพันธ์กับความรู้การดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะครอบครัวกับความรู้การดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล จำนวน 385 ราย

**ตาราง 11** ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะครอบครัวกับความรู้การดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล

(n=385)

| ลักษณะครอบครัว | ความรู้ หลัก 3อ. | | $\chi^2$ | P-value |
|---|---|---|---|---|
| | มีความรู้ | ไม่มีความรู้ | | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | |
| ครอบครัวใหญ่อยู่รวมกันกับลูกหลาน (มากกว่า 5 คน) | 22 (91.7) | 2 (8.2) | 4.08 | 0.25 |
| ครอบครัวขนาดเล็กอยู่รวมกันกับลูกหลาน (ไม่เกิน 5 คน) | 35 (98.0) | 7 (2.0) | | |
| อาศัยโดยลำพังกับคู่ชีวิต | 2 (100.0) | 0 (0.0) | | |
| อาศัยอยู่โดยเพียงลำพัง | 1 (100.0) | 0 (0.0) | | |

จากตาราง 11 พบว่า ปัจจัยด้านลักษณะครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้การดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ

ความสัมพันธ์ระหว่างโรคประจำตัวกับการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล จำนวน 385 ราย

**ตาราง 12** ความสัมพันธ์ระหว่างโรคประจำตัวกับความรู้การดูแลสุขภาพของตนเองด้านความรู้ของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล

(n=385)

| **โรคประจำตัว** | **ความรู้ หลัก 3อ.** | | $\chi^2$ | **P-value** |
|---|---|---|---|---|
| | **มีความรู้** | **ไม่มีความรู้** | | |
| | **จำนวน (ร้อยละ)** | **จำนวน (ร้อยละ)** | | |
| มี | 94 (96.9) | 3 (3.1) | 0.32 | 0.57 |
| ไม่มี | 282 (97.9) | 6 (2.1) | | |

จากตาราง 12 พบว่า ปัจจัยด้านโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้การดูแลสุขภาพของตนเองด้านความรู้ของผู้สูงอายุ

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับเจตคติของผู้สูงอายุ โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล จำนวน 385 ราย

**ตาราง 13** ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับเจตคติของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล

(n=385)

| เพศ | เจตคติ หลัก 3อ. | | | | | $\chi^2$ | P-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | เห็นด้วยอย่างยิ่ง | เห็นด้วย | ไม่แน่ใจ | ไม่เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | |
| ชาย | 0 (0.0) | 3 (1.9) | 104 (64.2) | 53 (32.7) | 2 (1.2) | 6.23 | 0.40 |
| หญิง | 0 (0.0) | 2 (0.9) | 144 (64.6) | 77 (34.5) | 0 (0.0) | | |

จากตาราง 13 พบว่า ปัจจัยด้านเพศไม่มีความสัมพันธ์กับเจตคติของผู้สูงอายุ

SONGKHLA RAJABHAT UNIVERSITY

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับเจตคติการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล จำนวน 385 ราย

**ตาราง 14** ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับเจตคติการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล

(n=385)

| อายุ | เจตคติ หลัก 3อ. | | | | | $\chi^2$ | P-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | เห็นด้วยอย่างยิ่ง | เห็นด้วย | ไม่แน่ใจ | ไม่เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | |
| 60-69 ปี | 0 (0.0) | 4 (2.8) | 90 (63.8) | 47 (33.3) | 0 (0.0) | 5.93 | 0.43 |
| 70-79 ปี | 0 (0.0) | 1 (0.4) | 132 (64.4) | 70 (34.2) | 2 (1.0) | | |
| 80-89 ปี | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 26 (66.8) | 13 (33.3) | 0 (0.0) | | |

จากตาราง 14 พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับเจตคติการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับเจตคติการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล จำนวน 385 ราย

**ตาราง 15** ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับเจตคติการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล

(n=385)

| **สถานภาพสมรส** | **เจตคติ หลัก 3อ.** | | | | | $\chi^2$ | **P-value** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **เห็นด้วยอย่างยิ่ง** | **เห็นด้วย** | **ไม่แน่ใจ** | **ไม่เห็นด้วย** | **ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง** | | |
| | **จำนวน (ร้อยละ)** | **จำนวน (ร้อยละ)** | **จำนวน (ร้อยละ)** | **จำนวน (ร้อยละ)** | **จำนวน (ร้อยละ)** | | |
| โสด | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 1 (100) | 0 (0) | 0 (0) | 6.23 | 0.40 |
| สมรส | 0 (0.0) | 4 (1.4) | 182 (64.5) | 96 (34.0) | 0 (0) | | |
| หม้าย/หย่า/ร้าง/แยกกันอยู่ | 0 (0.0) | 1 (1.0) | 65 (63.7) | 34 (33.3) | 2 (2.0) | | |

จากตาราง 15 พบว่า ปัจจัยด้านสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับเจตคติการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ

SONGKHLA RAJABHAT UNIVERSITY

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับเจตคติการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล จำนวน 385 ราย

**ตาราง 16** ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับเจตคติการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล

(n=385)

| การศึกษา | เจตคติ หลัก 3อ. | | | | | $\chi^2$ | P-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | เห็นด้วยอย่างยิ่ง | เห็นด้วย | ไม่แน่ใจ | ไม่เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | |
| ประถมศึกษา | 0 (0.0) | 1 (5.3) | 12 (63.2) | 6 (31.6) | 0 (0.0) | 6.76 | 0.87 |
| มัธยมศึกษา | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 20 (74.1) | 7 (25.9) | 0 (0.0) | | |
| อนุปริญญา | 0 (0.0) | 0 (0) | 32 (72.7) | 12 (27.3) | 0 (0.0) | | |
| ปริญญาตรี | 0 (0.0) | 4 (1.4) | 175 (62.1) | 101 (35.8) | 2 (0.7) | | |
| ไม่ได้ศึกษา | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 9 (69.3) | 4 (30.8) | 0 (0.0) | | |

จากตาราง 16 พบว่า ปัจจัยด้านระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับเจตคติการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับเจตคติในการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล จำนวน 385 ราย

**ตาราง 17** ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับเจตคติการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล

(n=385)

| อาชีพ | เจตคติ หลัก 3อ. | | | | | $\chi^2$ | P-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | เห็นด้วยอย่างยิ่ง | เห็นด้วย | ไม่แน่ใจ | ไม่เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | |
| รับจ้าง | 0 (0) | 1 (9.1) | 6 (54.6) | 4 (36.4) | 0 (0) | 9.51 | 0.39 |
| ข้าราชการบำนาญ | 0 (0) | 4 (1.6) | 157 (63.1) | 86 (34.5) | 2 (0.8) | | |
| ค้าขาย | 0 (0) | 0 (0) | 48 (64.9) | 26 (35.1) | 0 (0) | | |
| อื่น ๆ | 0 (0) | 0 (0) | 37 (72.6) | 14 (27.4) | 0 (0) | | |

จากตาราง 17 พบว่า ปัจจัยด้านอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับเจตคติการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับเจตคติการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล จำนวน 385 ราย

**ตาราง 18** ความสัมพันธ์ระหว่างระดับรายได้กับเจตคติการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล

(n=385)

| รายได้ | เจตคติ หลัก 3อ. | | | | | $\chi^2$ | P-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | เห็นด้วยอย่างยิ่ง | เห็นด้วย | ไม่แน่ใจ | ไม่เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | |
| 0-4,999 บาท | 0 (0.0) | 1 (2.2) | 30 (65.2) | 15 (32.6) | 0 (0.0) | 10.65 | 0.91 |
| 5,000-9,999 บาท | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 14 (73.7) | 5 (26.3) | 0 (0.0) | | |
| 10,000-14,999 บาท | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 25 (65.8) | 13 (34.2) | 0 (0.0) | | |
| 15,000-19,999 บาท | 0 (0.0) | 1 (1.0) | 67 (65.7) | 33 (32.4) | 1 (1.0) | | |
| 20,000-24,999 บาท | 0 (0.0) | 3 (3.8) | 45 (57.7) | 30 (38.8) | 0 (0.0) | | |
| 25,000-29,999 บาท | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 49 (64.5) | 26 (34.2) | 1 (1.3) | | |
| >30,000 บาท | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 18 (69.2) | 8 (30.8) | 0 (0.0) | | |

จากตาราง 18 พบว่า ปัจจัยด้านระดับรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับเจตคติการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับเจตคติการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล จำนวน 385 ราย

**ตาราง 19** ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะครอบครัวกับเจตคติการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล

(n=385)

| รายได้ | เจตคติ หลัก 3อ. | | | | | $\chi^2$ | P-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | เห็นด้วยอย่างยิ่ง | เห็นด้วย | ไม่แน่ใจ | ไม่เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | |
| ครอบครัวใหญ่อยู่รวมกันกับลูกหลาน (มากกว่า 5 คน) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 15 (62.5) | 9 (37.5) | 0 (0.0) | 1.40 | 0.99 |
| ครอบครัวขนาดเล็กอยู่รวมกันกับลูกหลาน (ไม่เกิน 5 คน) | 0 (0.0) | 5 (1.4) | 231 (64.5) | 120 (33.5) | 2 (0.6) | | |
| อาศัยโดยลำพังกับคู่ชีวิต | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 1 (50.0) | 1 (50.0) | 0 (0.0) | | |
| อาศัยอยู่โดยเพียงลำพัง | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 1 (100) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | | |

จากตาราง 19 พบว่า ปัจจัยด้านลักษณะครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับเจตคติการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับเจตคติการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล จำนวน 385 ราย

**ตาราง 20** ความสัมพันธ์ระหว่างโรคประจำตัวกับเจตคติการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล

(n=385)

| รายได้ | เจตคติ หลัก 3อ. | | | | | $\chi^2$ | P-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | เห็นด้วยอย่างยิ่ง | เห็นด้วย | ไม่แน่ใจ | ไม่เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | |
| มี | 0 (0.0) | 1 (1.0) | 63 (65.0) | 33 (34.0) | 0 (0.0) | 0.75 | 0.90 |
| ไม่มี | 0 (0.0) | 4 (1.4) | 185 (64.2) | 97 (33.7) | 2 (0.7) | | |

จากตาราง 20 พบว่า ปัจจัยด้านโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับเจตคติการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล จำนวน 385 ราย

**ตาราง 21** ความสัมพันธ์ระหว่างระดับอายุกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล

(n=385)

| อายุ | พฤติกรรม หลัก 3อ. | | | $\chi^2$ | P-value |
|---|---|---|---|---|---|
| | ทุกวัน | บ่อยครั้ง | ไม่ปฏิบัติ | | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | |
| 60-69 ปี | 0 (0) | 141 (100) | 0 (0) | 91.31* | 0.01 |
| 70-79 ปี | 0 (0) | 190 (92.7) | 15 (7.3) | | |
| 80-89 ปี | 0 (0) | 20 (51.3) | 19 (48.7) | | |

*P<0.05

จากตาราง 21 พบว่า ปัจจัยด้านระดับอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล จำนวน 385 ราย

**ตาราง 22** ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล

(n=385)

| อายุ | พฤติกรรม หลัก 3อ. | | | $\chi^2$ | P-value |
|---|---|---|---|---|---|
| | ทุกวัน | บ่อยครั้ง | ไม่ปฏิบัติ | | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | |
| ชาย | 0 (0.0) | 155 (95.7) | 7 (74.3) | 7.07 | 0.01 |
| หญิง | 0 (0.0) | 196 (87.9) | 27 (12.1) | | |

*P<0.05

จากตาราง 22 พบว่า ปัจจัยด้านเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล จำนวน 385 ราย

**ตาราง 23** ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล

(n=385)

| สถานภาพสมรส | พฤติกรรม หลัก 3อ. | | | $\chi^2$ | P-value |
|---|---|---|---|---|---|
| | ทุกวัน | บ่อยครั้ง | ไม่ปฏิบัติ | | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | |
| โสด | 0 (0.0) | 1 (100) | 0 (0.0) | 0.10 | 0.95 |
| สมรส | 0 (0.0) | 257 (91.1) | 25 (8.9) | | |
| หม้าย/หย่า/ร้าง/แยกกันอยู่ | 0 (0.0) | 93 (91.2) | 9 (8.8) | | |

จากตาราง 23 พบว่า ปัจจัยด้านสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล จำนวน 385 ราย

**ตาราง 24** ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล

(n=385)

| การศึกษา | พฤติกรรม หลัก 3อ. | | | $\chi^2$ | P-value |
|---|---|---|---|---|---|
| | ทุกวัน | บ่อยครั้ง | ไม่ปฏิบัติ | | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | |
| ประถมศึกษา | 0 (0.0) | 17 (89.5) | 2 (10.5) | 20.91* | 0.01 |
| มัธยมศึกษา | 0 (0.0) | 21 (77.8) | 6 (22.2) | | |
| อนุปริญญา | 0 (0.0) | 37 (84.1) | 7 (15.9) | | |
| ปริญญาตรี | 0 (0.0) | 267 (94.7) | 15 (5.3) | | |
| ไม่ได้ศึกษา | 0 (0.0) | 9 (69.3) | 4 (30.8) | | |

*P<0.05

จากตาราง 24 พบว่า ปัจจัยด้านระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล จำนวน 385 ราย

**ตาราง 25** ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล

(n=385)

| อาชีพ | พฤติกรรม หลัก 3อ. | | | $\chi^2$ | P-value |
|---|---|---|---|---|---|
| | ทุกวัน | บ่อยครั้ง | ไม่ปฏิบัติ | | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | |
| รับจ้าง | 0 (0.0) | 11 (100.0) | 0 (0.0) | 26.26* | 0.01 |
| ข้าราชการบำนาญ | 0 (0.0) | 235 (94.4) | 14 (5.6) | | |
| ค้าขาย | 0 (0.0) | 68 (91.9) | 6 (8.1) | | |
| อื่น ๆ | 0 (0.0) | 37 (72.6) | 14 (27.4) | | |

*P<0.05

จากตาราง 25 พบว่า ปัจจัยด้านอาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล จำนวน 385 ราย

**ตาราง 26** ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล

(n=385)

| รายได้ | พฤติกรรม หลัก 3อ. | | | $\chi^2$ | P-value |
|---|---|---|---|---|---|
| | ทุกวัน | บ่อยครั้ง | ไม่ปฏิบัติ | | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | |
| 0-4,999 บาท | 0 (0.0) | 36 (78.3) | 10 (21.7) | 12.03 | 0.06 |
| 5,000-9,999 บาท | 0 (0.0) | 17 (89.5) | 2 (10.5) | | |
| 10,000-14,999 บาท | 0 (0.0) | 34 (89.5) | 4 (10.5) | | |
| 15,000-19,999 บาท | 0 (0.0) | 95 (93.1) | 7 (6.9) | | |
| 20,000-24,999 บาท | 0 (0.0) | 73 (93.6) | 5 (6.4) | | |
| 25,000-29,999 บาท | 0 (0.0) | 72 (94.7) | 4 (5.3) | | |
| >30,000 บาท | 0 (0.0) | 24 (92.3) | 2 (7.7) | | |

จากตาราง 26 พบว่า ปัจจัยด้านรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล จำนวน 385 ราย

**ตาราง 27** ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล

(n=385)

| ลักษณะครอบครัว | พฤติกรรม หลัก 3อ. | | | $\chi^2$ | P-value |
|---|---|---|---|---|---|
| | ทุกวัน | บ่อยครั้ง | ไม่ปฏิบัติ | | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | |
| ครอบครัวใหญ่อยู่รวมกันกับลูกหลาน (มากกว่า 5 คน) | 0 (0.0) | 16 (66.8) | 8 (33.3) | 19.28* | 0.01 |
| ครอบครัวขนาดเล็กอยู่รวมกันกับลูกหลาน (ไม่เกิน 5 คน) | 0 (0.0) | 332 (92.7) | 26 (7.3) | | |
| อาศัยโดยลำพังกับคู่ชีวิต | 0 (0.0) | 2 (100.0) | 0 (0.0) | | |
| อาศัยอยู่โดยเพียงลำพัง | 0 (0.0) | 1 (91.2) | 0 (0.0) | | |

*P<0.05

จากตาราง 27 พบว่า ปัจจัยด้านลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล จำนวน 385 ราย

**ตาราง 28** ความสัมพันธ์ระหว่างโรคประจำตัวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล

(n=385)

| โรคประจำตัว | พฤติกรรม หลัก 3อ. | | | $\chi^2$ | P-value |
|---|---|---|---|---|---|
| | ทุกวัน | บ่อยครั้ง | ไม่ปฏิบัติ | | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | |
| มี | 0 (0.0) | 89 (91.8) | 8 (8.2) | 5.93 | 0.43 |
| ไม่มี | 0 (0.0) | 262 (91.0) | 26 (9.0) | | |

*P<0.05

จากตาราง 28 พบว่า ปัจจัยด้านโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ

# บทที่ 5
# สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษา การดูแลสุขภาพตนเองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูลใช้รูปแบบการศึกษาภาคตัดขวางเชิงพรรณนา (Cross-sectional Descriptive Study) เพื่อศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองและแนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุและรูปแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Cross-sectional Analytical Study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองและแนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุโดยพื้นที่เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล จังหวัดสตูล

## สรุป

1. ลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 385 ราย โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 70-79 ปี สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาปริญญาตรี และมีรายได้โดยส่วนใหญ่อยู่ในระหว่าง 15,000-19,999 บาท และเป็นข้าราชการบำนาญ และยังพบว่าอาศัยอยู่ในครอบครัวขนาดเล็กอยู่รวมกันกับลูกหลาน และมีโรคประจำตัวเป็นส่วนใหญ่

2. การดูแลตนเองด้วยหลัก 3 อ.

2.1 การศึกษาด้านระดับความรู้การดูแลสุขภาพด้วยหลัก 3 อ. มี 2 ระดับ คือ มีความรู้และไม่มีความรู้

การศึกษาพบว่า ความรู้ในเรื่องอาหาร 5 หมู่ ของผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ มีความรู้ในเรื่องการรับประทานผักและน้ำตาลในระดับดี มีความรู้ในเรื่องการจัดการความเครียดในระดับดี แต่กลับพบว่า มีการดูแลตนเองประเภทการออกกำลังกายที่เหมาะสม และระยะเวลาที่เหมาะสมในการออกกำลังกาย ซึ่งไม่สอดคล้องกับความรู้ จำนวนครั้งที่เหมาะสมในการออกกำลังกายต่อสัปดาห์ และโรคกับการออกกำลังกายที่มีเกณฑ์อยู่ในระดับดี

2.2 การศึกษาระดับเจตคติการดูแลสุขภาพด้วยหลัก 3 อ.

การศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุไม่เห็นด้วยกับการกำหนดการรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ผู้สูงอายุไม่เห็นด้วยกับการรับประทานผักในอาหารมื้อเย็นมากที่สุด ผู้สูงอายุเห็นด้วยอย่างยิ่งในความกังวลเกี่ยวกับรายจ่ายจะทำให้สามารถมีเงินเก็บมากมาย ผู้สูงอายุไม่เห็นด้วยกับปัญหาต่าง ๆ

คือเรื่องปกติของการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุไม่แน่ใจกับการออกกำลังกายทุกสัปดาห์เป็นกิจกรรมที่ไม่สำคัญของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุไม่เห็นด้วยว่าไม่ควรใช้เวลาน้อยกว่า 30 นาทีต่อครั้งในการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุไม่เห็นด้วยกับการไม่ควรรับประทานเนื้อสัตว์โดยเฉพาะเนื้อวัว ผู้สูงอายุเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าควรออกกำลังกายเป็นประจำ ผู้สูงอายุไม่เห็นด้วยในกรณีแพทย์จะห้ามผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวออกกำลังกายหรือทำงานประเภทที่ต้องใช้แรงหรือกำลังเป็นอย่างมาก ผู้สูงอายุไม่แน่ใจว่าหลัก 3 อ .อาหาร อารมณ์และออกกำลังกายสามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์

2.3 การศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วย หลัก 3 อ.

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วย หลัก 3 อ. ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล พบว่า ผู้สูงอายุไม่ปฏิบัติในการรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อต่อวัน ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติบ่อยครั้งในการรับประทานผักในอาหารทุกมื้อ ผู้สูงอายุไม่เคยรู้สึกเหงาและท้อแท้ ผู้สูงอายุไม่เคยนอนไม่หลับเป็นประจำ ผู้สูงอายุออกกำลังกายบ่อยครั้ง ผู้สูงอายุบ่อยครั้งออกกำลังกายมากกว่า 2วันต่อสัปดาห์ และใช้เวลามากกว่า 30 นาทีต่อครั้ง ผู้สูงอายุบ่อยครั้งทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์โดยเฉพาะเนื้อวัว ผู้สูงอายุบ่อยครั้งค้นหาข้อมูลหรืออ่านหนังสือในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุบ่อยครั้งปรึกษาเรื่องสุขภาพของท่านกับแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ของศูนย์สุขภาพ

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพของตนเองด้วยหลัก 3 อ.

3.1 ด้านความรู้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพของตนเองด้วยหลัก 3 อ. ด้านความรู้ ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา และรายได้

3.2 ด้านเจตคติ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพของตนเองด้วยหลัก 3 อ. ด้านเจตคติ ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ และลักษณะครอบครัว

3.3 ด้านพฤติกรรม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพของตนเองด้วยหลัก 3 อ. ด้านพฤติกรรม ได้แก่ อายุ ปัจจัยเพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ และลักษณะครอบครัว

## อภิปรายผล

การศึกษา การดูแลสุขภาพตนเองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล ผู้วิจัยได้วิเคราะห์และอภิปรายผล ดังต่อไปนี้

1. การดูแลสุขภาพของตนเองด้วยหลัก 3 อ. ด้านความรู้

ผู้สูงอายุมีความรู้ในเรื่องสุขภาพในระดับสูงเนื่องเป็นผลจากระดับการศึกษาและอาชีพที่ปฏิบัติส่วนใหญ่รับราชการและเป็นข้าราชการบำนาญ แต่จะพบว่ายังขาดความรู้ในเรื่องประเภทของอาหารหลัก 5 หมู่ และประเภทการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง โดยพบว่า ตรงกับการศึกษาของ ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2540) ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชานแดนใต้ และการศึกษาของ แดงน้อย ชยสิทธิโสภณ (2549) ที่ได้ศึกษาการจัดการอาหารของผู้สูงอายุที่มีจุดเน้นการให้ความรู้เรื่องอาหารที่เหมาะสมตามวัย

2. การดูแลสุขภาพของตนเองด้วยหลัก 3 อ. ด้านเจตคติ

ผู้สูงอายุอาชีพรับราชการมักมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นเมื่อเข้าสู่ช่วงสูงอายุจะมีเจตคติที่ไม่ดีในการรับประทานอาหารกับการออกกำลังกาย ที่ยังคงเสมือนในตอนที่ยังทำงาน ซึ่งผู้สูงอายุไม่ให้ความสำคัญกับมื้อหรือประเภทอาหารและการออกกำลังที่ถูกต้องเหมาะสมตามวัย โดยพบว่าตรงกับการศึกษาของ ธราธร ดวงแก้ว และหิรัญญา เดชอุดม (2550) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลโพรงมะเดื่ออำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

3. การดูแลสุขภาพของตนเองด้วยหลัก 3 อ. ด้านพฤติกรรม

ผู้สูงอายุจะมีปัจจัยด้านระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรม ซึ่งเป็นผลจากระดับความรู้และสังคมที่เคยดำรงตนอยู่ และยังพบปัจจัยด้านลักษณะครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ถูกต้องตามหลัก 3 อ. ซึ่งตรงกับการศึกษาของ มาธุรี อุไรรัตน์ (2552) ที่ได้ศึกษาการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งให้ความสำคัญกับพฤติกรรมที่ส่งผลมาจากลักษณะครอบครัวที่ผู้สูงอายุอาศัย และการศึกษาครั้งนี้ยัง พบว่า ปัจจัยเพศมีความสัมพันธ์กับความแตกต่างด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพ ซึ่งในการศึกษาของ มาริสา ประทุมา (2550) ในเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบหลวงพ่อเปิ่ลก็มีผลการศึกษาที่ใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาวิจัยไปใช้

1. การเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุในกลุ่มข้าราชการควรมีการเตรียมพร้อมทั้งในเรื่องความรู้ เจตคติ พฤติกรรม เพื่อประชากรกลุ่มดังกล่าวมีความพร้อมในการเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพและสามารถใช้ชีวิตได้อย่างสมบูรณ์ตามบริบทของตนเอง

2. การพัฒนาสถาบันครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ. ทั้งในด้านเจตคติและพฤติกรรม ดังนั้นการส่งเสริมสถาบันครอบครัวให้มีการอยู่ร่วมกันดูแลซึ่งกันและกันระหว่างผู้สูงอายุกับลูกหลานจึงเป็นแนวทางที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของผู้สูงอายุ และควรมีกิจกรรมเตรียมความพร้อมของสมาชิกในครอบครัวในเรื่องการอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. โรงพยาบาลสตูล ศูนย์สุขภาพชุมชนพิมาน และศูนย์สุขภาพชุมชนศรีพิมานจะได้จัดทำแผนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เรื่อง ความรู้ เจตคติ พฤติกรรม ด้วยหลัก 3 อ.

4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูลนโยบายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบลทุกตำบลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพขอผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### ข้อเสนอแนะในการทำการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้สูงอายุที่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่วัยสูงอายุกับกลุ่มที่ไม่ได้รับ เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยและผลกระทบของการเข้าสู่วัยสูงอายุ

2. ควรมีการศึกษาผลกระทบของครัวเรือนในกรณีที่มีสมาชิกกำลังเข้าสู่วัยสูงอายุและการศึกษารูปแบบการพัฒนาครอบครัวเพื่อการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ

# บรรณานุกรม

# บรรณานุกรม


กลุ่มงานยุทธศาสตร์บริการและสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลสตูล. (2558). **รายงานประจำปี 2557.** โรงพยาบาลสตูล จังหวัดสตูล.

กันยา สุวรรณแสง. (2538). **จิตวิทยาทั่วไป.** (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: อักษรพิทยา.

กันยารัตน์ อุบลวรรณ. (2540). **พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคกลางของประเทศไทย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.

กิ่งทิพย์ แต้มทอง. (2546). **ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ ศึกษากรณีหมู่บ้านท่าช้าง อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี**. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เกรียงศักดิ์ ซื่อเลื่อม สมชาย วิริภิรมย์กูล ปราณี สุทธิสุคนธ์ และจำรูญ มีขนอน. (2554). บทความฟื้นวิชา "คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุไทย". **วารสารควบคุมโรค**. กระทรวงสาธารณสุข.

คำปุน วรรณวงษ์. (2552). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร**. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

เฉลิมพล แจ่มจันทร์. (2555). **ผู้สูงอายุไทย: ภาระและสถานการณ์ทางเศรษฐกิจของครัวเรือน**. ม.ป.ท.

ชมพูนุท พรหมภักดิ์. (2556). "การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย." **วารสารวิชาการ** กรุงเทพมหานคร: สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา.

ดวงจันทร์ เพชรานนท์. (2551). **โภชนาการสาธารณสุข**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง. (2540). **พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนใต้ของประเทศไทย**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.

แดงต้อย ชยสิทธิโสภณ. (2549). **การดูแลผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร: คณะเทคโนโลยีอุตสาหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล.

ธราธร ดวงแก้ว และหิรัญญา เดชอุดม. (2550). **พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม**. นครปฐม: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.

ธีรชัย พรหมคุณ และคณะ. (2553). **พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ**. ม.ป.ท.

นารีรัตน์ จิตรมนตรี วิไลวรรณ ทองเจริญ และสาวิตรี ทยานศิลป์. (2552). **รายงานการวิจัยตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร**. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

บุตษรา นาคลำภา. (2546). **ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลโตนด อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา.** วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

เบญจพร สว่างศรี และเสริมศิริ แต่งงาม (2556). **การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี**. ม.ป.ท.

ปณิธิ พุทธกรุณา. (2549). **เมนูสุขภาพสำหรับวัยสูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มายิก.

มาธุรี อุไรรัตน์. (2552). **การดูแลตนเอง การดูแลครอบครัว และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาในพื้นที่ชุมชนบ้านป่ากัน เทศบาลเมืองคลองแห อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา.** วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์.

มาริสา ประทุมมา. (2550). **การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น บนพื้นฐานของปัจจัยส่วนบุคคล และการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว.** ม.ป.ท.

เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และสุพัตรา อติโพธิ. (2545). **รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการนโยบายและทิศทางนโยบายด้านผู้สูงอายุในอนาคต.** กรุงเทพมหานคร: เครือข่ายวิจัยสุขภาพ สกว.

โยธิน แสวงดี ธเนศ กิติศรีวรพันธุ์ และวิมลทิพย์ มุสิกพันธ์. (2552). "ครัวเรือนกลุ่มกับระบบการดูแลผู้สูงอายุ กรณีศึกษาจังหวัดกาญจนบุรี." **ครอบครัวไทยในสถานการณ์เปลี่ยนผ่านทางสังคมและประชากร**. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

รศรินทร์ เกรย์. (2556). **การดูแลผู้สูงอายุ: ความสุขและความเครียด**. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดาวเรือง. (ม.ป.ป.) **ปัจจัยและพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานของประชากรกลุ่มเสี่ยงในตำบลดาวเรือง อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี**. สระบุรี: งานวิจัยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดาวเรือง.

วลัยทิพย์ สาชลวิจารณ์. (2538). **พฤติกรรมการบริโภค** นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2552). “ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนในชนบทไทย.” **วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. 10 (กรกฎาคม-กันยายน): 13-24.

ศักดา พึงลำภู. (2548). **เอกสารประกอบการเรียนรายวิชา การประเมินภาวะโภชนาการ**. สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สวัสดิ์ ทรัพย์เจริญ และคณะ. (2538). “การศึกษาระบาดวิทยาของโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในจังหวัดนครพนม.” **วารสารเพื่อนสุขภาพ**. 7(1), 47.

สายฤดี วรกิจโภคาทร ประภาพรรณ จูเจริญ กมลพรรณ พันพึ่ง สาวิตรี ทยานศิลป์ และดวงใจ บรรทัพ. (2550). “สวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ.” **การทบทวนแนวคิดและองค์ความรู้เบื้องต้นเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ**. เครือข่ายนักวิจัย MERIT จาก 5 สถาบันในมหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2554). **พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากรไทยขึ้นโดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ**. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สิริพร สุธัญญา. (2550). **พฤติกรรมการดูแลตนเองกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสวนรมณีนาถ กรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

สุชาดา ทวีสิทธิ์. (2553). **ประชากรและสังคม: คุณค่าผู้สูงอายุในสายตาสังคมไทย**. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.

สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ. (2556). **รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัยบูรณาการเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม**. นครปฐม: สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ. (2542). **การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายและประโยชน์ของการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ: กรณีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง**. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุน.

อบเชย วงศ์ทอง. (2551). **โภชนศาสตร์ครอบครัว**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

อรชร โวทวี. (2548). **ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ในอำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี.** วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาชุมชน มหาวิทยาลัยศิลปากร.

อรุณ จิรวัฒน์กุล. (2551). **ชีวะสถิติเบื้องต้น**. ขอนแก่น: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อัญชนา เตชะอำนวยวิทย์. (2552). **การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ตำบลนครไทย จังหวัดพิษณุโลก**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อัญมณี ไวท์ยางกูร. (2544). **พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สังกัดสำนักการแพทย์.** วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

เอื้อมพร ทองกระจาย. (2533). **การดูแลสุขภาพตนเอง แนวคิด นโยบาย และยุทธวิธีเพื่อการพัฒนาสาธารณสุข**. นครปฐม: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

Anthony, O,C. (2010). "Managing Behavior and Emotional Issues in Older People." **The Social Science**. VOL. 5(5), 401-413.

Anthony Giddens. (1986). **The constitution of society: Outline of the theory of structuration. California**. University of California Press.

Orimo, H. et al,. (2006). "Reviewing the definition of elderly." **Japan Geriatrics Society**. vol. 6, 149-158.

Tokuda Y. and Hinohara S. (2008). "Geriatric Nation and Redefining the Elderly in Japan." **International Journal of Gerontology**. Vol. 2, No. 4,154-157.

Yamane, Taro. 1967. **Statistics, An Introductory Analysis, 2nd Ed**., New York: Harper and Row.

# ภาคผนวก

# ภาคผนวก ก

## รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

## รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

1. นายแพทย์ธีรชัย เอื้ออารยาภรณ์ ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสตูล
   สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลสตูล

2. นายแพทย์ชัยรัตน์ ลำโป ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน
   สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุระพรรณ์ จุลสุวรรณ์ ตำแหน่ง คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
   สถานที่ทำงาน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา SONGKHLA RAJABHAT UNIVERSITY

# ภาคผนวก ข

## หนังสือขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
SONGKHLA RAJABHAT UNIVERSITY

ที่ ศธ 0560.06 / ว 0024

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา 90000

21 มีนาคม 2558

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสตูล

ด้วย นายสฐากูร มหาวิจิตร รหัส 53G2771008 นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง **"การดูแลสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล"**

โดยมีคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ดังนี้

1. รศ.เทพกร พิทยาภินันท์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
2. ผศ.ดร.ประภาพร ยางประยงค์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความสอดคล้องคุณภาพเครื่องมือการวิจัย (IOC: Index of Congruence) ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา หวังว่าคงจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุระพรรณ์ จุลสุวรรณ์)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดี
โทรศัพท์/โทรสาร 0 7433 6948
http://bundit.skru.ac.th/
www.facebook.com/gsskru

ที่ ศธ 0560.06 / ว 0024

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา 90000

21 มีนาคม 2558

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสตูล

ด้วย นายสฐากูร มหาวิจิตร รหัส 53G2771008 นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง **"การดูแลสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล"**

โดยมีคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ดังนี้

1. รศ.เทพกร พิทยาภินันท์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
2. ผศ.ดร.ประภาพร ยางประยงค์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา พิจารณาแล้วเห็นว่า **นายแพทย์ชัยรัตน์ ลำโบ (นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมการป้องกัน)** บุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความสอดคล้องคุณภาพเครื่องมือการวิจัย (IOC: Index of Congruence) ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา หวังว่าคงจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุระพรรณ์ จุลสุวรรณ์)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดี
โทรศัพท์/โทรสาร 0 7433 6948
http://bundit.skru.ac.th/
www.facebook.com/gsskru

# บันทึกข้อความ

**ส่วนราชการ** มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา บัณฑิตวิทยาลัย **โทร.** 246

**ที่** บวล. 0226 / 2558 **วันที่** 21 มีนาคม 2558

**เรื่อง** ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

**เรียน** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุระพรรณ์ จุลสุวรรณ์

ด้วย นายสฐากูร มหาวิจิตร รหัส 53G2771008 นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง **"การดูแลสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลสตูล"**

โดยมีคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ดังนี้

1. รศ.เทพกร พิทยาภินันท์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
2. ผศ.ดร.ประภาพร ยางประยงค์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในเรื่องนี้เป็นอย่างดี **จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความสอดคล้องคุณภาพเครื่องมือการวิจัย (IOC: Index of Congruence) ของนักศึกษาดังกล่าว**

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา หวังว่าคงจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุระพรรณ์ จุลสุวรรณ์)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

# ภาคผนวก ค

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
SONGKHLA RAJABHAT UNIVERSITY

เลขที่.....

**แบบสอบถาม**

การศึกษาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสตูลโดยการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ. (อาหาร/อารมณ์/ออกกำลังกาย) โดยสามารถแบ่งข้อคำถามเป็น 2 ส่วน คือ

1. ข้อมูลทั่วไป
2. ข้อมูลการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
   2.1 ด้านความรู้
   2.2 ด้านเจตคติ
   2.3 ด้านพฤติกรรม

**********

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป**

**กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนและทำเครื่องหมาย × ในช่องว่าง ☐**

1. เพศ

☐ ชาย ☐ หญิง

2. ท่านอายุ.....ปี

3. ท่านมีสถานภาพสมรส

☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย/หย่า/ร้าง/แยกกันอยู่

4. ท่านประกอบอาชีพ

☐ รับจ้าง ☐ ข้าราชการบำนาญ

☐ ค้าขาย ☐ อื่นๆ.....

5. ท่านมีรายได้.....บาท/เดือน

6. ท่านมีระดับการศึกษา

☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษา ☐ อนุปริญญา

☐ ปริญญาตรี ☐ ไม่ได้ศึกษา ☐ อื่นๆ

7. ท่านมีลักษณะครอบครัว

☐ ครอบครัวใหญ่อยู่รวมกันกับลูกหลาน (มากกว่า 5 คน)

☐ ครอบครัวขนาดเล็กอยู่รวมกันกับลูกหลาน (ไม่เกิน 5 คน)

☐ อาศัยโดยลำพังกับคู่ชีวิต

☐ อาศัยอยู่เพียงลำพัง

8. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

☐ มีโรคประจำตัว

☐ ไม่มีโรคประจำตัว

**********

**ส่วนที่ 2 ข้อมูลการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ**

**กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนและทำเครื่องหมาย X ในข้อที่เลือก**

**2.1 การประเมินด้านความรู้การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ**

1. ข้อใดมีอาหารครบ 5 หมู่

ก. เนื้อ/ไก่/ผักใบเขียว/มะเขือเทศ/น้ำ ข. เนื้อ/ไก่/แตงโม/น้ำ/แตงไท

ค. เนื้อ/ผักใบเขียว/นม/ฝรั่ง/ข้าว ง. นม/ข้าว/ถั่วเขียว/ถั่วเหลือง/น้ำ

2. กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ควรรับประทานผักในอาหารมื้อใดมากที่สุด

ก. อาหารมื้อเช้า ข. อาหารมื้อเที่ยง ค. อาหารมื้อเย็น ง. อาหารทุกมื้อ

3. กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้เราสามารถรับประทานน้ำตาลทรายขาวได้ไม่เกินเท่าใด

ก. 1 ช้อนโต๊ะ/วัน ข. 2 ช้อนโต๊ะ/วัน ค. 1 ช้อนชา/วัน ง. 2 ช้อนชา/วัน

4. กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้กิจกรรมประเภทใดที่ส่งเสริมและผ่อนคลายอารมณ์ได้ดีที่สุด

ก. รดน้ำต้นไม้ภายในบ้าน ข. เล่นไพ่กับสมาคมสูงอายุ

ค. ออกกำลังกายด้วยการวิ่งให้มากๆ ง. นั่งระลึกเรื่องอดีตกับเพื่อนบ้าน

5. กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้กิจกรรมใดเป็นต้นเหตุของความเครียดมากที่สุด

ก. อ่านหนังสือนิยายชีวิต ข. ดูละครชีวิตก่อนนอน

ค. นั่งคุยปัญหาชีวิตกับเพื่อนบ้าน ง. นั่งคิดถึงปัญหาชีวิตของตนเองโดยลำพัง

6. กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้คำว่า “สุขสบาย (Health)” ในผู้สูงอายุหมายถึงข้อใด

ก. ความสามารถของผู้สูงอายุในการดูแลสภาพร่างกาย

ข. ความสามารถของผู้สูงอายุในการเลือกวิถีชีวิตที่รื่นรมย์

ค. ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต

ง. ความสามารถของผู้สูงอายุในการรับรู้และเข้าใจความรู้สึกตนเอง

7. กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้การออกกำลังกายแบบใดที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

ก. วิ่งระยะทางไกลเพื่อสุขภาพ ข. ออกกำลังกายด้วยไม้กระบองเพื่อสุขภาพ

ค. กระโดดเชือกเพื่อสุขภาพ ง. ว่ายน้ำวันละ 3 ครั้ง เพื่อสุขภาพ

8. กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้การออกกำลังกายที่ดีควรใช้เวลาเท่าใด

ก. 10 นาที/ครั้ง ข. 20 นาที/ครั้ง ค. 30 นาที/ครั้ง ง. 40 นาที/ครั้ง

9. กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ควรมีการออกกำลังกายกี่ครั้ง/สัปดาห์

ก. 1 ครั้ง/สัปดาห์ ข. 2 ครั้ง/สัปดาห์ ค. 3 ครั้ง/สัปดาห์ ง. 4 ครั้ง/สัปดาห์

10. โรคเรื้อรังอะไรถ้าผู้สูงอายุมีอาการป่วยควรระมัดระวังในการออกำลังกาย

ก. โรคเก๊าท์ ข. โรคหัวใจ ค. โรคความดันโลหิต ง. ถูกทุกข้อ

**2.2 การประเมินด้านเจตคติการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ**

| ปัจจัยด้านเจตคติ | ระดับทัศนคติ | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) | เห็นด้วย (2) | ไม่แน่ใจ (3) | ไม่เห็นด้วย (4) | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) |
| 1. ท่านเห็นด้วยกับการกำหนดการรับประทานอาหาร วันละ 3 มื้อ | | | | | |
| 2. ท่านเห็นด้วยกับการผักในอาหารมื้อเย็นมากที่สุด | | | | | |
| 3. ท่านคิดว่าความกังวลเกี่ยวกับรายจ่ายจะทำให้ท่านสามารถมีเงิน เก็บมากมาย | | | | | |
| 4. ท่านคิดว่าปัญหาต่างๆคือเรื่องปกติของการดำรงชีวิต | | | | | |
| 5. ท่านคิดว่าการออกกำลังกายทุกสัปดาห์เป็นกิจกรรมที่ไม่สำคัญของผู้สูงอายุ | | | | | |
| 6. ท่านคิดว่าผู้สูงอายุไม่ควรใช้เวลาน้อยกว่า 30 นาที/ครั้ง ในการออกกำลังกาย | | | | | |
| 7. ผู้สูงอายุไม่ควรรับประทานเนื้อสัตว์โดยเฉพาะเนื้อวัว | | | | | |
| 8. โดยปกติผู้สูงอายุควรออกกำลังกายเป็นประจำ | | | | | |
| 9. โดยปกติแพทย์จะห้ามผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวออกกำลังกายหรือทำงานประเภทที่ต้องใช้แรงหรือกำลังเป็นอย่างมาก | | | | | |
| 10. หลัก 3 อ. อาหาร อารมณ์ และออกกำลังกาย สามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ | | | | | |

**2.3 การประเมินด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนของผู้สูงอายุ**

| ปัจจัยด้านพฤติกรรม | ระดับพฤติกรรม | | |
|---|---|---|---|
| | มาก (1) | ปานกลาง (2) | น้อย (3) |
| 1. ท่านเห็นด้วยกับการกำหนดการรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ | | | |
| 2. ท่านเห็นด้วยกับการกินผักในอาหารมื้อเย็นมากที่สุด | | | |
| 3. ท่านคิดว่าความกังวลเกี่ยวกับรายจ่ายจะทำให้ท่านทำสามารถมีเงินเก็บมากมาย | | | |
| 4. ท่านคิดว่าปัญหาต่างๆคือเรื่องปกติของการดำรงชีวิต | | | |
| 5. ท่านคิดว่าการออกกำลังกายทุกสัปดาห์ เป็นกิจกรรมที่ไม่สำคัญของผู้สูงอายุ | | | |
| 6. ท่านคิดว่าผู้สูงอายุไม่ควรใช้เวลาน้อยกว่า 30 นาที/ครั้ง ในการออกกำลังกาย | | | |
| 7. ผู้สูงอายุไม่ควรรับประทานเนื้อสัตว์โดยเฉพาะเนื้อวัว | | | |
| 8. โดยปกติผู้สูงอายุควรออกกำลังกายเป็นประจำ | | | |
| 9. โดยปกติแพทย์จะห้ามผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวออกกำลังกายหรือทำงานประเภทที่ต้องใช้แรงหรือกำลังเป็นอย่างมาก | | | |
| 10. หลัก 3 อ. อาหาร อารมณ์และออกกำลังกายสามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ | | | |

**********

ขอขอบคุณท่านที่เสียสละเวลาในการให้คำตอบจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในต่อไป

# ภาคผนวก ง

## การหาคุณภาพเครื่องมือ

**ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างปัจจัยการศึกษากับวัตถุประสงค์**

| ข้อคำถาม | คะแนนผู้เชี่ยวชาญ (คนที่) | | | IOC | ผลพิจารณา |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | | |
| เพศ | 1 | 1 | 1 | 1 | นำไปใช้ได้ |
| อายุ (ปี) | 1 | 1 | 1 | 1 | นำไปใช้ได้ |
| สถานภาพสมรส | 1 | 1 | 1 | 1 | นำไปใช้ได้ |
| การศึกษา | 1 | 1 | 1 | 1 | นำไปใช้ได้ |
| อาชีพ | 1 | 1 | 1 | 1 | นำไปใช้ได้ |
| รายได้ (บาท) | 1 | 1 | 1 | 1 | นำไปใช้ได้ |
| ลักษณะครอบครัว | 1 | 1 | 1 | 1 | นำไปใช้ได้ |
| โรคประจำตัว | 1 | 1 | 1 | 1 | นำไปใช้ได้ |

SONGKHLA RAJABHAT UNIVERSITY

**ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างการดูแลสุขภาพกับวัตถุประสงค์**

| วัตถุประสงค์ | คะแนนผู้เชี่ยวชาญ (คนที่) | | | IOC | ผลพิจารณา |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | | |
| **ด้านความรู้** | | | | | |
| 1. อาหาร 5 หมู่ | 1 | 1 | 1 | 1 | นำไปใช้ได้ |
| 2. การรับประทานผักในมื้ออาหาร | 1 | 1 | 1 | 1 | นำไปใช้ได้ |
| 3. การรับประทานน้ำตาล | 1 | 1 | 1 | 1 | นำไปใช้ได้ |
| 4. กิจกรรมผ่อนคลายอารมณ์ | 1 | 1 | 1 | 1 | นำไปใช้ได้ |
| 5. การจัดการความเครียด | 1 | 1 | 1 | 1 | นำไปใช้ได้ |
| 6. การดูแลตนเอง | 1 | 1 | 1 | 1 | นำไปใช้ได้ |
| 7. ประเภทการออกกำลังกายที่เหมาะสม | 1 | 1 | 1 | 1 | นำไปใช้ได้ |
| 8. ระยะเวลาที่เหมาะสมในการออกกำลังกาย | 1 | 1 | 1 | 1 | นำไปใช้ได้ |
| 9. จำนวนครั้งที่เหมาะสมในการออกกำลังกาย/สัปดาห์ | 1 | 1 | 1 | 1 | นำไปใช้ได้ |
| 10. โรคกับการออกกำลังกาย | 1 | 1 | 1 | 1 | นำไปใช้ได้ |
| **ด้านเจตคติ** | | | | | |
| 1. ท่านเห็นด้วยกับการกำหนดการรับประทานอาหาร วันละ 3 มื้อ | 1 | 1 | 1 | 1 | นำไปใช้ได้ |
| 2. ท่านเห็นด้วยกับการผักในอาหารมื้อเย็นมากที่สุด | 1 | 1 | 1 | 1 | นำไปใช้ได้ |
| 3. ท่านคิดว่าความกังวลเกี่ยวกับรายจ่ายจะทำให้ท่านทำสามารถมีเงินเก็บมากมาย | 1 | 1 | 1 | 1 | นำไปใช้ได้ |
| 4. ท่านคิดว่าปัญหาต่างๆคือเรื่องปกติของการดำรงชีวิต | 1 | 1 | 1 | 1 | นำไปใช้ได้ |

| วัตถุประสงค์ | คะแนนผู้เชี่ยวชาญ (คนที่) | | | IOC | ผลพิจารณา |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | | |
| 5. ท่านคิดว่าการออกกำลังกายทุกสัปดาห์ เป็นกิจกรรมที่ไม่สำคัญของผู้สูงอายุ | 1 | 1 | 1 | 1 | นำไปใช้ได้ |
| 6. ท่านคิดว่าผู้สูงอายุไม่ควรใช้เวลาน้อยกว่า 30 นาที/ครั้ง ในการออกกำลังกาย | 1 | 1 | 1 | 1 | นำไปใช้ได้ |
| 7. ผู้สูงอายุไม่ควรรับประทานเนื้อสัตว์โดยเฉพาะเนื้อวัว | 1 | 1 | 1 | 1 | นำไปใช้ได้ |
| 8. โดยปกติผู้สูงอายุควรออกกำลังกายเป็นประจำ | 1 | 1 | 1 | 1 | นำไปใช้ได้ |
| 9. โดยปกติแพทย์จะห้ามผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวออกกำลังกายหรือทำงานประเภทที่ต้องใช้แรงหรือกำลังเป็นอย่างมาก | 1 | 1 | 1 | 1 | นำไปใช้ได้ |
| 10.หลัก 3อ. อาหาร อารมณ์และออกกำลังกาย สามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ | 1 | 1 | 1 | 1 | นำไปใช้ได้ |
| **ด้านพฤติกรรม** | | | | | |
| 1. โดยปกติท่านรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ/วัน | 1 | 1 | 1 | 1 | นำไปใช้ได้ |
| 2. โดยปกติท่านรับประทานผักในอาหารทุกมื้อ | 1 | 1 | 1 | 1 | นำไปใช้ได้ |
| 3. ท่านรู้สึกเหงาและท้อแท้เป็นประจำ | 1 | 1 | 1 | 1 | นำไปใช้ได้ |
| 4. ท่านนอนไม่หลับเป็นประจำ | 1 | 1 | 1 | 1 | นำไปใช้ได้ |
| 5. ท่านออกกำลังกายเป็นประจำและสม่ำเสมอ ในทุกสัปดาห์ | 1 | 1 | 1 | 1 | นำไปใช้ได้ |

SONGKHLA RAJABHAT UNIVERSITY

| วัตถุประสงค์ | คะแนนผู้เชี่ยวชาญ (คนที่) | | | IOC | ผลพิจารณา |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | | |
| 6. ท่านออกกำลังกาย มากกว่า 2 วัน/สัปดาห์ และใช้เวลามากกว่า 30 นาที/ครั้ง | 1 | 1 | 1 | 1 | นำไปใช้ได้ |
| 7. โดยปกติท่านปฏิบัติตามหลัก 3 อ. | 1 | 1 | 1 | 1 | นำไปใช้ได้ |
| 8. โดยปกติท่านทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ โดยเฉพาะเนื้อวัว | 1 | 1 | 1 | 1 | นำไปใช้ได้ |
| 9. ท่านค้นหาข้อมูลหรืออ่านหนังสือในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้สูงอายุ | 1 | 1 | 1 | 1 | นำไปใช้ได้ |
| 10. ท่านปรึกษาเรื่องสุขภาพของท่านกับแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ของศูนย์สุขภาพ | 1 | 1 | 1 | 1 | นำไปใช้ได้ |

SONGKHLA RAJABHAT UNIVERSITY

การหาคุณภาพเครื่องมือ

R e l I a b I l I t y  A n a l y s I s – S c a l e (Alpha)

Item-Total Statistic

| | Scale Mean If item Deleted | Scale Variance If item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Alpha If item Deleted |
|---|---|---|---|---|
| ป1 | 88.2333 | 119.2195 | -0.1518 | 0.7922 |
| ป2 | 86.9000 | 108.9207 | 0.5536 | 0.7576 |
| ป3 | 86.2333 | 112.5069 | 0.2717 | 0.7820 |
| ป4 | 87.6667 | 121.6276 | -0.1770 | 0.8000 |
| ป5 | 86.9333 | 118.2713 | 0.0348 | 0.7878 |
| ป6 | 86.6433 | 119.3524 | -0.1245 | 0.7813 |
| ป7 | 86.4600 | 120.4334 | 0.6675 | 0.7889 |
| ป8 | 86.2767 | 121.5145 | 0.1725 | 0.7904 |
| ป9 | 86.0933 | 122.5955 | 0.1083 | 0.7920 |
| ป10 | 85.9100 | 123.6766 | 0.1440 | 0.7935 |
| ป11 | 85.7267 | 124.7576 | 0.1798 | 0.7951 |
| ป12 | 85.5434 | 125.8387 | 0.2155 | 0.7966 |
| ป13 | 85.3600 | 126.9197 | 0.2513 | 0.7982 |
| ป14 | 85.1767 | 128.0008 | 0.2870 | 0.7629 |
| ป15 | 87.6654 | 129.0818 | 0.3228 | 0.7767 |
| ป16 | 86.5558 | 110.1629 | 0.3585 | 0.7730 |
| ป17 | 87.7085 | 111.2439 | 0.3943 | 0.7693 |
| ป18 | 88.3161 | 112.3250 | 0.4300 | 0.7656 |
| ป19 | 88.9237 | 103.4060 | 0.4658 | 0.7619 |
| ป20 | 87.0767 | 96.4871 | 0.5015 | 0.7582 |
| ป21 | 86.8934 | 115.5681 | 0.5373 | 0.7544 |
| ป22 | 88.7101 | 106.6492 | 0.5730 | 0.7507 |

| | Scale Mean If item Deleted | Scale Variance If item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Alpha If item Deleted |
|---|---|---|---|---|
| ป23 | 88.5267 | 107.7302 | 0.6088 | 0.7894 |
| ป24 | 83.3434 | 108.8113 | 0.6445 | 0.7716 |
| ป25 | 88.1601 | 119.8923 | 0.6803 | 0.7739 |
| ป26 | 87.9767 | 104.9734 | 0.7160 | 0.7762 |
| ป27 | 86.7934 | 114.0544 | 0.7518 | 0.7786 |
| ป28 | 87.6101 | 103.1355 | -0.8311 | 0.7809 |
| ป29 | 88.4267 | 104.2165 | -0.8830 | 0.7833 |
| ป30 | 86.2434 | 114.2976 | -0.4348 | 0.7856 |

Reliability Coefficients

N of Cases = 30 N of Items = 30

Alpha = 0.7872

SONGKHLA RAJABHAT UNIVERSITY