

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนเขตเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

วารางคณา บุตรศรี วท.ม.*

บทคัดย่อ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง เป็นประเด็นที่น่าสนใจ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในประเด็นดังกล่าวของทีมีสุขภาพ การวิจัยครั้งนี้จึงเป็นการศึกษาแบบวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods) ใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพคู่ขนานกัน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนเขตเมือง จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 150 คนสำหรับเชิงปริมาณ และจำนวน 60 คนสำหรับเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังเป็นเพศหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป มีรายได้จากสวัสดิการจากรัฐไม่เกิน 1,000 บาทต่อเดือน ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ช่วยเหลือตนเองได้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองระดับดี ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล ($\bar{X} = 2.80$, S.D. = 0.40) ด้านการออกกำลังกาย ($\bar{X} = 2.60$, S.D. = 0.54) และด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย ($\bar{X} = 2.80$, S.D. = 0.44) ระดับพอใช้ ด้านการรับประทานอาหาร ($\bar{X} = 1.91$, S.D. = 0.64) และการผ่อนคลายความเครียด ($\bar{X} = 1.81$, S.D. = 0.58) ภาพรวมผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองในระดับพอใช้ ($\bar{X} = 1.28$, S.D. = 0.54) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า ปัญหาในการดูแลสุขภาพมาจากร่างกายไม่แข็งแรง เคลื่อนไหวลำบาก การรับประทานอาหารเนื่องจากมีปัญหาด้านการบดเคี้ยวอาหาร การเจ็บป่วยและขาดเงิน ต้องการความช่วยเหลือจากครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเพื่อนบ้าน จากการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนเขตเมือง จังหวัดอุบลราชธานีต่อไป

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพ การอาศัยตามลำพัง

*สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
Corresponding author e-mail: warangkana@bcnsp.ac.th

วันที่รับ (received) 20 มิ.ย. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 13 ธ.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 23 ธ.ค. 2565

Healthcare Behaviors of the Elderly Living Alone in Urban Areas Ubon Ratchathani Province

Warangkana Bootsri M.Sc.*

Abstract

Health care behaviors of the elderly living alone are interested in present. To understanding this point for health team, this research was a mixed-methods study using qualitative and quantitative methodologies. This research aimed to study health care behaviors of the elderly living alone in urban areas, Ubon Ratchathani province. The elderly people living alone as samples in this study were 150 for qualitative method and 60 for quantitative method. The questionnaire and semi structured interview were also employed. For data analysis, percentage, mean, standard deviation, and content analysis were also used. The results showed two parts. The first part showed that most of the respondents were over 60-year-old females, whose incomes were supported by government less than 1,000 Baht per month and were suffered from hypertension and diabetes. The health care behaviors about the personal hygiene ($\bar{X} = 2.80$ S.D. = 0.40), exercise ($\bar{X} = 2.60$, S.D. = 0.54), and self-care practice while sickness ($\bar{X} = 2.80$, S.D. = 0.44) were at good levels. However, nutriment ($\bar{X} = 1.91$, S.D. = 0.64) and relaxation ($\bar{X} = 1.81$, S.D. = 0.58) were at moderate levels. The health care behaviors for the elderly were overall at moderate levels ($\bar{X} = 1.28$, S.D. = 0.54). The second part showed that their health care problems were of physical weakness, movement difficulty and nutriment causing from the difficulty in chewing, sickness and lack of money. They need support from families, health care providers, and communities. The findings will be basic information to promote health care behaviors of the elderly living alone in urban areas, Ubon Ratchathani province in the future.

Keywords: elderly, health care behavior, living alone

* Lecturer Boromarajonani College of Nursing, Sunpasitthiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute
Corresponding author e-mail: warangkana@bcnsp.ac.th

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ในสังคมโลกปัจจุบัน สถานการณ์ประชากรกำลังเปลี่ยนแปลงเข้าสู่"สังคมผู้สูงอายุ" (Aging society) สังคมไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรครั้งสำคัญ ตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาติคือประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ โดยในปี พ.ศ. 2558 ประเทศไทยมีประชากรที่มีอายุสูงกว่า 60 ปีสูงถึงร้อยละ 15.6 ของประชากรทั้งประเทศ หรือ 10.42 ล้านคน และก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Completed aged society) เมื่อมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2563 ทั้งนี้ประเทศไทยจะก้าวสู่การเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super aged society) ในปี พ.ศ. 2578 ซึ่งประชากรที่สูงอายุจะมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด¹ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสัดส่วนจำนวนประชากรในวัยทำงานและวัยเด็กลดลง เนื่องจากอัตราการเกิดและอัตราการตายลดลงอย่างต่อเนื่อง ทำให้ประชากรไทยโดยเฉลี่ยมีอายุยืนยาวขึ้น อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดชาย 72.0 หญิง 78.8 ปี² เนื่องจากวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ถดถอย มีปัญหาหลายด้านรวมทั้งปัญหาด้านสุขภาพ การก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย การเปลี่ยนผ่านด้านภาวะสุขภาพ (Health transition) แบบแผนการเกิดโรคเปลี่ยนมาเป็นการเสื่อมสภาพของร่างกายตามวัยและโรคไม่ติดต่อ หรือโรคเรื้อรังมากขึ้น ซึ่งโรคที่มักพบในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน ข้ออักเสบ/ข้อเสื่อม โรคถุงลมโป่งพอง/หลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย และอัมพาต การเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังนำไปสู่การขยายระยะเวลาการเจ็บป่วย และการประสบกับภาวะพึ่งพาอันเนื่องมาจากความทุพพลภาพ กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ผู้สูงอายุไทยมีแนวโน้มที่จะอายุยืนยาวขึ้น แต่มีภาวะการเจ็บป่วย หรือไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้³

สังคมผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงภาวะพึ่งพาที่เพิ่มสูงขึ้นทั้งด้านเศรษฐกิจและด้านสุขภาพ จากการเสื่อมของอายุทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุลดลง นำมาซึ่งปัญหาสุขภาพจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลระยะยาว ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564) รัฐบาลได้กำหนดนโยบายและแผนงานเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุและเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยให้ครอบคลุม 4 เรื่องคือสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและที่อยู่อาศัย⁴ ประชากรผู้สูงอายุจึงเป็นประชากรกลุ่มพิเศษที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแล ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุจึงเป็นภาระต่อระบบบริการสุขภาพอย่างมากในอนาคต จากการเปลี่ยนแปลงของสังคมสิ่งที่ตามมาคือผู้สูงอายุมีผู้เลี้ยงดูหรือได้รับการดูแลให้มีชีวิตอย่างปกติสุขน้อยลง ผู้สูงอายุจำนวนมากถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง ผู้สูงอายุที่อาศัยตามลำพังร้อยละ 8 ส่วนมากเป็นเพศหญิงและอายุมากกว่า 70 ปี การอยู่เป็นโสดเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องอาศัยอยู่คนเดียวไม่มีลูกหลานหรือคู่สมรสเสียชีวิตไปก่อน รวมถึงลูกหลานมีภารกิจในต่างถิ่น⁵ ปัญหาของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังพบว่ามีปัญหา 4 ด้านได้แก่ 1) ด้านร่างกาย โดยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านเดียวกันกับลูก จะได้รับการดูแลและการสนับสนุนโดยตรง ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีลูกอยู่ห่างไกลจะได้รับการดูแลเป็นตัวเงินที่ส่งมา รวมถึงผ่านทางหลานเพื่อนบ้านให้ไปรับส่งและช่วยค่าน้ำมันเป็นสินน้ำใจ 2) ด้านจิตใจ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียวจะต้องการการดูแลในด้านจิตใจมากที่สุด มีความต้องการให้เพื่อนบ้านหรือคนในชุมชนมาเยี่ยมเยียน โดยปัญหาหนึ่งที่ผู้สูงอายุกังวลใจมากคือ “ปัญหาการกลัวตายตามลำพังคนเดียว” 3) ด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุในทุกรูปแบบการอยู่อาศัย จะมีรายได้หลักมาจากเงินที่ลูกหลานส่งกลับมาให้และได้รับเบี้ยยังชีพ แต่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับหลานจะมีความเปราะบางทางด้านเศรษฐกิจมากที่สุด เนื่องจากรายได้หลักที่คาดหวังว่าจะได้รับจากบุตรที่ย้ายถิ่นไปทำงานนั้นไม่เพียงพอ ดังนั้นผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงมีความต้องการให้มีการส่งเสริมอาชีพสำหรับผู้สูงอายุในบ้าน และ 4) ด้านสังคม สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบท

บางแห่งที่ชุมชนเข้มแข็ง มีการรวมกลุ่มผู้สูงอายุในลักษณะต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุมีเครือข่ายทางสังคมที่ดี ซึ่งส่งผลต่ออารมณ์และสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ⁶ ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังถูกกำหนดโดยองค์การอนามัยโลกว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยง โดยมีโอกาสเสี่ยงที่จะป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่าสองชนิด⁷ และขาดการได้รับการตรวจค้นหา คัดกรองความเสี่ยงทางสุขภาพ การใช้ชีวิตในบ้านปลายมักขาดศักยภาพในการดูแลตนเองในการลดความเสี่ยงด้านสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สำหรับประเทศไทยพบว่าผู้สูงอายุวัยปลายมีสัดส่วนของการอยู่คนเดียวสูงกว่าวัยกลางคน คิดเป็นร้อยละ 10.10 และ 9.60 และพบว่าร้อยละ 43.30 ของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวมีปัญหาจากการอาศัยอยู่ตามลำพัง โดยปัญหาที่พบมากที่สุดคือรู้สึกเหงา รองลงมาคือไม่มีคนดูแลเมื่อเจ็บป่วยและต้องเลี้ยงชีพด้วยตนเอง มีปัญหาการเงิน⁸ และพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวมีความเสี่ยงในระดับสูงต่อการตายและการเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเพียงพอ⁹ ปัจจุบันครอบครัวไทยเป็นครอบครัวเดี่ยวเป็นส่วนใหญ่ ลูกหลานจะมาทำงานในเขตเมืองทิ้งให้พ่อแม่เฝ้าบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างโดดเดี่ยวไม่ได้รับการดูแลและไม่ได้รับความอบอุ่น¹⁰ ประกอบกับสถานการณ์ปัจจุบัน มีการระบาดของแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ในประเทศไทยตอนนี้ถือว่าเป็นห่วงเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคประจำตัว พบว่า ผู้สูงอายุเสี่ยงติดเชื้อ และผู้ที่มีโรคประจำตัวเสี่ยงเสียชีวิต สูงกว่าบุคคลทั่วไป ซึ่งผู้สูงอายุมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 15 และผู้ที่มีโรคประจำตัวมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 10.5 จึงเป็นเหตุผลว่าเราจึงควรใส่ใจและระมัดระวังผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมากเป็นพิเศษ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมถอยลง ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงติดเชื้อได้ง่าย และอาจมีอาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ แม้ว่าผู้สูงอายุคนนั้นจะมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงก็ตาม และผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเสี่ยงเสียชีวิตสูงมากขึ้นไปอีกอัตราการเสียชีวิตในอายุ 60 - 69 ปี เท่ากับร้อยละ 3.6 อายุ 70 - 79 ปี เท่ากับร้อยละ 8.0 และอายุ 80 ปีขึ้นไปเท่ากับร้อยละ 14.8 การดูแลผู้สูงอายุให้ปลอดภัยจากโรคดังกล่าว การที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่บ้านตามลำพังอาจส่งผลกระทบต่อ การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยและการปฏิบัติกิจกรรมอื่นๆ เช่น การไปรับยาตามนัด การใช้บริการขนส่งสาธารณะ เป็นต้น

จังหวัดอุบลราชธานีมีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 254,377 คน คิดเป็นร้อยละ 13.61 และมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มากที่สุดเป็นอันดับที่ 5 ของประเทศไทย รองลงมาจาก กรุงเทพมหานคร นครราชสีมา เชียงใหม่ และขอนแก่น ตามลำดับ และพบผู้สูงอายุที่อาศัยตามลำพังร้อยละ 3.8¹¹ ลักษณะการอยู่ตามลำพังคือผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในบ้านคนเดียวไม่มีญาติพี่น้องอาศัยอยู่ด้วยและอาศัยอยู่ในบ้านคนเดียวเวลากลางวัน เนื่องจากสมาชิกไปทำงานนอกบ้านและกลับมาในตอนเย็น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาในพื้นที่เขตเมืองอุบลราชธานีเนื่องจาก พบว่ามีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ตามลำพังถึงร้อยละ 3.0¹² โดยในพื้นที่เขตเมืองจะมีพื้นที่หน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 5 แห่งได้แก่คลินิกหมอครอบครัว ปทุมวิทยากร ท่าวังหิน ปทุมมาลัย ชยางกูรและวัดใต้ ซึ่งตั้งอยู่ในพื้นที่เขตเทศบาลนครอุบลราชธานี อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งพบว่ามีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังอาศัยอยู่ในบ้านคนเดียวไม่มีญาติพี่น้องอาศัยอยู่ด้วยและอาศัยอยู่ในบ้านคนเดียวเวลากลางวัน มีจำนวนเพิ่มมากกว่าร้อยละ 10¹³ จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจเพราะผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังต้องใช้ศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองภายใต้ข้อจำกัดของร่างกายที่เสื่อมถอยลง สภาพสังคมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไป และยังคงมีความต้องการที่จะต้องได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจเพื่อให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ดังนั้นการศึกษาพฤติกรรม การดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังจะมีประโยชน์ในการวางแผนดูแลพัฒนาพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ ตลอดจนช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตได้ตามศักยภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบผสมผสาน (Mixed method) ใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพคู่ขนานกัน โดย ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังใน 5 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการผ่อนคลายความเครียด การดูแลสุขภาพส่วนบุคคล และการดูแลตนเองขณะเจ็บป่วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังในชุมชนเขตเมืองจังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ คือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังเนื่องจากเป็นหม้าย โสดหรือเนื่องจากไม่มีบุตรหลานดูแล อาจอยู่ตามลำพังแบบถาวรไม่มีลูกหลานอยู่ด้วย และการอยู่ตามลำพังในชีวิตประจำวัน บางวันหรือบางเวลาที่ลูกหลานไปทำงาน ซึ่งในกรณีนี้ส่วนใหญ่จะเป็นการอยู่ตามลำพังในเวลากลางวัน ในเขตเทศบาลนครจังหวัดอุบลราชธานี จำนวนทั้งหมด 249 คน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี โดยแบ่งตามเขตบริการคลินิกหออัครครบถ้วนจำนวน 5 แห่งคือท่าวังหิน ชยางกูร วัดใต้ ปทุมมาลัย และปทุมวิทยากร โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือ 1) เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยตามลำพังและอยู่อาศัยเพียงคนเดียวเนื่องจากเป็นหม้าย โสดหรือเนื่องจากไม่มีบุตรหลานดูแลหรือการอยู่ตามลำพังในชีวิตประจำวัน บางวันหรือบางเวลาที่ลูกหลานไปทำงาน 2) อาศัยอยู่เขตคลินิกหออัครครบถ้วนจำนวน 5 แห่งคือ ท่าวังหิน ชยางกูร วัดใต้ ปทุมมาลัย และปทุมวิทยากร ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 3 เดือน 3) สามารถสื่อสารและอ่านหนังสือภาษาไทยได้ 4) ช่วยเหลือตนเองได้ดี และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือ 1) ผู้ที่มีการเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2) ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนหรืออยู่ในภาวะวิกฤต 3) ผู้ที่มีปัญหาการรับรู้ในช่วงเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูลโดย

1. วิธีเชิงปริมาณ คำนวณจากสูตรขนาดของกลุ่มตัวอย่างของทาโร ยามาเน่ (Taro Yamane) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 153 คน

2. วิธีเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้มีความอึดตัวของข้อมูล จำนวน 60 คน

เครื่องมือการวิจัย เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองประกอบด้วยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะประชากรแบบสอบถามคุณลักษณะประชากร จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับคือ ไม่เห็นด้วยให้ 2 คะแนน เฉยๆ ให้ 1 คะแนน และเห็นด้วยให้ 3 คะแนน ส่วนข้อความตรงข้ามจะให้คะแนนกลับกัน กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง ผู้สูงอายุมีแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม อยู่ในระดับไม่ดี ค่าเฉลี่ย 1.67 – 2.32 หมายถึง ผู้สูงอายุมีแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม อยู่ในระดับพอใช้

ค่าเฉลี่ย 2.33 – 2.98 หมายถึง ผู้สูงอายุมีแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม อยู่ในระดับดี ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 29 ข้อ การวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ คือปฏิบัติเป็นประจำ (3 คะแนน) เป็นบางครั้ง (2 คะแนน) และไม่เคย (1 คะแนน) ส่วนข้อความตรงข้ามจะให้คะแนนกลับกัน การแปลความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรม ได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเหล่านั้นระดับไม่ดี ค่าเฉลี่ย 1.67 – 2.32 หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเหล่านั้นระดับพอใช้ ค่าเฉลี่ย 2.33 – 2.98 หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเหล่านั้นระดับดี สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยประเด็น ปัญหาในการดูแลสุขภาพชีวิตส่วนบุคคล การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และการดูแลตนเองขณะเจ็บป่วยและเมื่ออยู่คนเดียว

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ เลขที่ 12/2564 เมื่อวันที่ 21 มกราคม 2564 ก่อนเริ่มเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ การเก็บความลับของข้อมูล กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ การสรุปและเผยแพร่งานวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเชิงวิชาการเท่านั้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่านตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาและภาษาก่อนนำไปทดลองใช้ นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตงห้องแห่ ตำบลปทุม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 15 ชุด แล้วนำมาวิเคราะห์หาระดับความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์โดยใช้วิธีการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลการทดสอบความเชื่อมั่นด้านความรู้เท่ากับ 0.81

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม - เมษายน พ.ศ. 2564 ได้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยก่อนดำเนินการวิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดในการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างให้ผู้สูงอายุทราบ ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณไม่เกิน 30 นาที สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างตามประเด็นที่กำหนดไม่เกิน 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และสรุปเป็นความเรียงตามประเด็น อ่านเอกสารแล้วทำ Code และจับประเด็นสำคัญของ Code นั้นๆ เพื่อสร้างกลุ่มย่อย (Category) และสร้างคำอธิบายของ Category นั้นๆ ระบุ Category ให้เชื่อมโยงกับ Theme (Major category)

ผลการวิจัย

การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนเขตเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ปรากฏผลดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีจำนวน 150 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 103 คน คิดเป็นร้อยละ 68.67 อายุเฉลี่ย 77.50 ปีอายุสูงสุด 95 ปี อายุต่ำสุด 60 ปี สถานภาพสมรสหม้าย

คิดเป็นร้อยละ 44.00 แหล่งที่มาของรายได้มาจากสวัสดิการจากรัฐเช่นเบี้ยยังชีพเงินสงเคราะห์ คิดเป็นร้อยละ 78.67 รายได้ส่วนใหญ่มากกว่าหรือเท่ากับ 1,000บาท รายได้เฉลี่ย 3,425.98 บาท รายได้สูงสุด 30,000 บาท รายได้ต่ำสุด 600 บาท ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 60.66 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 86.00 (ความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 37.33 เบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 22.00 ไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 18.00) ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 14.00 แหล่งบริการสุขภาพที่ใช้บริการส่วนใหญ่ใช้บริการคลินิกหมอครอบครัวปทุมวิทยากรและวัดใต้ ในปริมาณ ที่ใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 21.33

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละด้านการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนเขตเมือง จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกตามการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล (n = 150)

รายการประเมิน	การดูแลสุขภาพส่วนบุคคล			$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	ดี (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	ไม่ดี (ร้อยละ)			
แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	119 (79.33)	25 (16.66)	6 (5.71)	2.81	0.42	ดี
ซับล้างอุจจาระเป็นเวลาทุกวัน	98 (65.33)	43 (28.66)	9 (6.00)	2.69	0.49	ดี
อาบน้ำชำระร่างกายอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	126 (84.00)	23 (15.33)	1 (0.66)	2.89	0.32	ดี
ดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว	111 (74.00)	36 (24.00)	3 (2.00)	2.81	0.38	ดี
สระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง	100 (66.66)	46 (30.66)	4 (2.66)	2.71	0.46	ดี
ล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหารและหลังการซับล้าง	139 (92.66)	9 (6.00)	2 (1.33)	2.92	0.30	ดี
รวม				2.80	0.40	ดี

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนเขตเมือง จังหวัดอุบลราชธานีจำแนกตามการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.80$, S.D. = 0.40)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนเขตเมือง จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกตามพฤติกรรมการออกกำลังกาย (n = 150)

รายการประเมิน	ด้านการออกกำลังกาย			$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	ดี (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	ไม่ดี (ร้อยละ)			
ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน	94 (62.66)	38 (25.33)	18 (5.71)	2.69	0.46	ดี
ออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 30 นาทีติดต่อกัน	98 (65.33)	43 (28.66)	9 (6.00)	2.59	0.49	ดี

ผ่อนคลายร่างกายอย่างน้อย ครั้งละ 5-10 นาที ก่อนและ หลังออกกำลังกายทุกครั้ง	126 (84.00)	14 (9.33)	10 (6.66)	2.53	0.68	ดี
รวม				2.60	0.54	ดี

จากตารางที่ 2 พบว่าจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนเขตเมือง จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกตามพฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.60$, S.D. = 0.54)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนเขตเมือง จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกตามพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด (n = 150)

รายการประเมิน	ด้านการผ่อนคลายความเครียด			$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	ดี (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	ไม่ดี (ร้อยละ)			
เมื่อรู้สึกเครียดจะไหว้พระ สวดมนต์หรือทำสมาธิ	75 (50.00)	55 (36.67)	20 (13.33)	2.38	0.70	ดี
เมื่อรู้สึกเครียดจะไปออก กำลังกาย	36 (24.00)	67 (44.67)	47 (31.33)	1.96	0.73	ปานกลาง
เมื่อรู้สึกเครียดจะสูบบุหรี่	13 (8.67)	17 (11.33)	120 (80.00)	1.21	0.51	ไม่ดี
เมื่อมีปัญหาจะปรึกษากับ สมาชิกในครอบครัวหรือ เพื่อนสนิท	80 (53.34)	56 (37.33)	14 (9.33)	2.35	0.71	ดี
ทำงานอดิเรก เช่น จัดบ้าน ปลูกต้นไม้ เลี้ยงปลา อ่านหนังสือ ฟังเพลงเพื่อ คลายเครียด	78 (52.00)	54 (36.00)	18 (12.00)	2.45	0.64	ดี
เมื่อมีความเครียด จะกินยาแก้ปวดประสาท	7 (4.67)	15 (10.00)	128 (85.33)	1.13	0.39	ไม่ดี
เมื่อมีความเครียด จะหงุดหงิด หรือหมกมุ่นกับปัญหา	14 (9.33)	40 (26.67)	96 (64.00)	1.19	0.44	ปานกลาง
รวม				1.81	0.58	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 พบว่าจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนเขตเมือง จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกตามพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.81$, S.D. = 0.58)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนเขตเมือง จังหวัดอุบลราชธานี
จำแนกตามพฤติกรรมด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย (n = 150)

รายการประเมิน	ด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย			$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	ดี (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	ไม่ดี (ร้อยละ)			
เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ได้	120 (21.16)	24 (16.21)	6 (17.14)	2.87	0.33	ดี
ได้รับการตรวจร่างกายและตรวจคัดกรองโรคเป็นประจำปี	105 (18.51)	35 (23.64)	10 (28.57)	2.73	0.53	ดี
เมื่อมีข้อสงสัยเรื่องการรับประทานยา ท่านจะปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/เภสัชกร/แพทย์	111 (19.57)	33 (22.29)	6 (17.14)	2.76	0.50	ดี
เมื่อเจ็บป่วย/เกิดอุบัติเหตุ ท่านใช้สิทธิการรักษาพยาบาลตามโรงพยาบาลที่ระบุตามสิทธิ	119 (20.98)	27 (18.24)	4 (11.42)	2.83	0.41	ดี
เมื่อเจ็บป่วยมีบุคคลใกล้ชิดคอยดูแล เอาใจใส่เป็นอย่างดี	112 (19.75)	29 (19.59)	9 (25.71)	2.80	0.43	ดี
รวม				2.60	0.54	ดี

จากตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนเขตเมือง จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกตามพฤติกรรมด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.80$, S.D. = 0.44)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนเขตเมือง จังหวัดอุบลราชธานี
จำแนกตามแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม

รายการประเมิน	แรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม			$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	ดี (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	ไม่ดี (ร้อยละ)			
มีคนใกล้ชิดที่ทำให้รู้สึกอบอุ่นปลอดภัย	130 (86.67)	16 (10.67)	4 (2.66)	2.84	0.43	ดี
รู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญ	122 (81.33)	22 (14.67)	6 (4.00)	2.77	0.52	ดี
คนส่วนใหญ่บอกให้ทราบเมื่อท่านทำได้ดี	122 (81.33)	21 (14.00)	7 (4.67)	2.77	0.52	ดี
มีโอกาสมากที่ได้พบปะกับบุคคลที่ทำให้ท่านรู้สึกว่ามีความหมาย	133 (88.67)	15 (10.00)	2 (1.33)	2.87	0.37	ดี
เมื่อไม่สบายใจ จะมีคนคอยให้กำลังใจ	120 (80.00)	23 (15.33)	7 (4.67)	2.75	0.53	ดี

รายการประเมิน	แรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม			$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	ดี (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	ไม่ดี (ร้อยละ)			
เมื่อค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอมีบุคคล ที่จะคอยช่วยเหลือเสมอ	119 (79.33)	28 (18.67)	3 (2.00)	2.77	0.47	ดี
รวม				2.80	0.47	ดี

จากตารางที่ 4.2 พบว่าจำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนเขตเมือง จังหวัดอุบลราชธานีจำแนกตามแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.80$, S.D. = 0.47)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data analysis)

ปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพจำนวน 5 ด้าน ได้แก่ การดูแลสุขภาพส่วนบุคคล การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดูแลตนเองขณะเจ็บป่วย ผลการวิเคราะห์ปรากฏผลดังนี้

2.1 การดูแลสุขภาพส่วนบุคคล การทำความสะอาดร่างกาย กรณีเดินไม่สะดวกใช้ยาบ้วนปากแทนการแปรงฟัน มีปัญหาด้านสายตามองไม่เห็นทำกิจวัตรประจำวันลำบาก ต้องไปสระผมที่ร้านทำผม ไม่มีฟันใช้เหงือกในการเคี้ยวอาหาร ดังข้อความ

“เดินไม่ค่อยสะดวก ใช้ยาบ้วนปากแทนการแปรงฟัน” (รายที่ 20)

“ไม่มีคนดูแล เสื้อผ้าต้องซักมือเอง” (รายที่ 22)

2.2 การออกกำลังกาย ออกกำลังกายได้ทุกวันและออกกำลังกายได้บางวัน และนานๆครั้ง และมีข้อจำกัดเรื่องการเจ็บป่วย ทำให้ไม่สามารถออกกำลังกายได้ ดังข้อความ

“ออกกำลังกายไม่ได้เพราะเหนื่อยหอบเป็นถุงลมป่อง” (รายที่ 13)

“ไม่ค่อยได้ออกกำลังกายแต่ทำงานบ้านปกติปวดเข้าจะไม่นั่งยอง ๆ มีปัญหากระดูกพรุน” รายที่ 25

“ออกกำลังกายทุกวัน วันละ 30-40 นาที ยกแขน 200 ครั้ง บริหารข้อเข่าบริหารลั้น” รายที่ 30

“เข้าใส่บาตรและเดินออกกำลังกายที่หน้าบ้านกลับไป กลับมา” (รายที่ 31)

“ออกกำลังกายไม่ได้เนื่องจากมีโรคประจำตัวเป็นเป็นตะคริวที่น่องและขาทั้งสองข้าง” รายที่ 50

2.3 การจัดการความเครียด ใช้วิธีการปฏิบัติธรรม การควบคุมอารมณ์ การทำกิจกรรมต่างๆและการใช้การสื่อสารกับลูก ดังข้อความ

“ฟังเพลง, ดูทีวี ดูหนัง เล่นคอมพิวเตอร์” (รายที่ 17)

“ทำสวนผัก, พูดคุยกับเพื่อนบ้าน” (รายที่ 21)

“สวดมนต์ ไหว้พระ นั่งสมาธิทำให้สงบ” (รายที่ 29)

“เมื่อมีความเครียดและเวลาคิดถึงลูกก็จะโทรหาบ้างเป็นบางครั้ง” (รายที่ 32)

“ทำใจเย็นไม่ใจร้อน ช่มใจ” (รายที่ 40)

2.4 การดูแลตนเองขณะเจ็บป่วย ใช้การรักษาแพทย์แผนปัจจุบันและกรณีเจ็บป่วยเล็กน้อยซื้อยามารับประทาน และหากมีอาการรุนแรงจะไปโรงพยาบาล ดังข้อความ

“ความจำไม่ดี หลงลืม ทำให้ลืมรับประทานยาและรับประทานยาไม่ตรงเวลาในบางครั้ง” (รายที่ 5)

“เวลาเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ปวดศีรษะ จะหายารับประทานเอง” (รายที่ 14)

“รับประทานยาสมุนไพร เป็นประจำ” (รายที่ 22)

“เก็บยาโรคประจำตัวไว้ข้างตัว และจะโทรเรียกญาติในยามเจ็บป่วยรุนแรง”

รายที่ 23

“เวลาเจ็บป่วยมีคนข้างบ้านพาไปและเดินไปหาหมอเอง” (รายที่ 26)

“เจ็บป่วยเล็กน้อยจะไปคลินิกหมอบริเวณรอบครัวเจ็บป่วยรุนแรงจะโทรเรียกรถโรงพยาบาล” รายที่ 34

“ปวดเข้าจะหายานวดมานวดและนอนพักผ่อน” (รายที่ 39)

“ถ้าเจ็บป่วยรุนแรงจะมีเพื่อนบ้านคอยช่วยเหลือตลอด” (รายที่ 41)

“เป็นภูมิแพ้ แพ้ฝุ่นและแพ้อากาศ เมื่อมีอาการแพ้ก็จะรับประทานยาแก้แพ้”

(รายที่ 49)

“เก็บยาโรคประจำตัวไว้ข้างตัว และจะโทรเรียกญาติในยามเจ็บป่วยรุนแรง”

(รายที่ 57)

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนเขตเมืองจังหวัดอุบลราชธานี อภิปรายผลของการวิจัยได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร้อยละ 86 ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงแหล่งที่มาของรายได้ มาจากสวัสดิการจากรัฐเช่นเบี้ยยังชีพเงินสงเคราะห์ ร้อยละ 78.67 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนเขตเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ในภาพรวมมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพชีวิตส่วนบุคคลแต่พบว่ามีบางคนที่มีปัญหาด้านไม่มีฟัน ใช้เหงือกในการเคี้ยวอาหาร มีปัญหาด้านสายตา และขาดการออกกำลังกาย ทำให้กิจวัตรประจำวันลำบาก ส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยภาพรวมอยู่ในระดับดีเช่นกัน แต่มีข้อจำกัดเรื่องการเจ็บป่วยทำให้ไม่สามารถออกกำลังกายได้ สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา ปัญญาธร ชลกร ทรงศรี¹⁴ ศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง วัดภูประสงค์เพื่อศึกษาการดูแลสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ และค้นหาปัญหาความต้องการในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ตำบลบ้านตาด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่า การดูแลสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับมาก ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 70 มีคะแนนความรู้ในการดูแลสุขภาพผ่านเกณฑ์ร้อยละ 50 เป็นโรคเรื้อรังได้แก่ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ร้อยละ 66.67 ช่วยเหลือตนเองได้ดีและร้อยละ 50 ต้องดูแลตนเองส่วนที่เหลือได้รับการดูแลเป็นครั้งคราวจากครอบครัวและชุมชน ส่วนปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพที่พบได้แก่การดูแลสุขภาพอนามัยไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย ได้รับอาหารไม่เหมาะสมพักผ่อนไม่เพียงพอปัญหาขาดผู้ดูแล และไม่มีเงินในการรักษา ซึ่งผู้สูงอายุต้องการดูแลและการช่วยเหลือด้านต่างๆ จากบุคลากรด้านสุขภาพ บุตรหลานและเพื่อนบ้านเช่นสิ่งอำนวยความสะดวก การจัดกิจกรรมที่เหมาะสมการพาไปซื้ออาหาร/ช่วยปรุงอาหาร ให้มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วยและการดูแลด้านความปลอดภัยและสอดคล้องกับแสงดาว จันทรดาและคณะ¹⁵ ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ยังคงประกอบอาชีพร้อยละ 81.5 ผู้สูงอายุบางส่วนอยู่เพียงลำพัง

ร้อยละ 7.36 เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 3 อันดับแรกคือ 1) โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.6 2) โรคเบาหวาน ร้อยละ 16.77 3) โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ ร้อยละ 7.72 ผู้สูงอายุบางรายรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ไม่ควบคุมอาหารเฉพาะโรค ไปตรวจตามนัดไม่ต่อเนื่องและมีพฤติกรรมเสี่ยงเช่น ไม่ออกกำลังกาย ไม่ตรวจสุขภาพประจำปีและทำงานหนัก และสอดคล้องกับการศึกษาของสุริยาภรณ์ อินทภิรมย์⁸ และ ปลื้มใจ ไพจิตร¹⁶ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังส่วนใหญ่มีการดูแลร่างกายให้สะอาดอยู่เสมอ และออกกำลังกายเป็นประจำ เพราะเชื่อว่าทำให้ตนสามารถคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ การทำหน้าที่ของร่างกายและดำเนินชีวิตโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น

2. พฤติกรรมด้านการผ่อนคลายความเครียด ในภาพรวมมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้ อาจจะเนื่องจากผู้สูงอายุอาศัยเพียงคนเดียว ขาดผู้ดูแลและการมีโรคประจำตัว ส่งผลให้มีความเครียดสูง การผ่อนคลายจึงเป็นเรื่องที่ปฏิบัติได้ยาก ซึ่งควรจะมีการส่งเสริมการผ่อนคลายความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของมินตรา สาระรักษ์และคณะ¹⁷ ศึกษาเรื่องภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคำขวาง อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวร้อยละ 50.5 โรคที่ป่วย 3 ลำดับแรกคือโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนลงพุง ภาวะสุขภาพจิตปกติ ร้อยละ 86.5 ระดับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีร้อยละ 88.5 และมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.02$) ระดับพฤติกรรมสุขภาพรายด้านที่ควรส่งเสริมสุขภาพคือด้านกิจกรรมทางกายและการจัดการความเครียด

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนเขตเมือง จังหวัดอุบลราชธานี โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี อาจจะเนื่องจากการไปรับบริการที่คลินิกหมอครอบครัวหรือโรงพยาบาลทำให้ได้รับความรู้ในการดูแลสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม สอดคล้องกับ Ahijevych B.¹⁸ พบว่าการมีโรคประจำตัวอาจเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังให้ความสนใจตนเอง ปฏิบัติตนที่เหมาะสมและมีความสัมพันธ์กับการสร้างเสริมสุขภาพ

4. แรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนเขตเมือง จังหวัดอุบลราชธานี โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี เพราะสังคมไทยจะมีเพื่อนบ้าน ที่ช่วยเหลือดูแลเป็นระยะ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลและดำเนินชีวิตอยู่ได้ ซึ่งจากการศึกษาของเสนห์ แสงเงินและคณะ¹⁹ ศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังพบว่า อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว การมองเห็น ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพ การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว จากบุคคลภายนอกในครอบครัว จากบุคลากรด้านสุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของยมนา ชนะนิลและคณะ²⁰ ศึกษาเรื่องภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่อาศัยในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 97 คน ผลการวิจัยพบว่าภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 117.16$, S.D. = 13.81) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ามิติด้านการสร้างความรักความผูกพันในครอบครัวเพื่อมีผู้ดูแลยามชรา มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาคือด้านพึ่งพาตนเองได้ และด้านการเจริญทางปัญญาตามลำดับ ทั้งนี้มิติด้านการสร้างความมั่นคงทางการเงิน มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน และส่งเสริมพัฒนางานด้านผู้สูงอายุ โดยเฉพาะมิติด้านการสร้างความมั่นคงด้านการเงินและด้านการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง มีพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง จึงควรมีการจัดระบบสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัวเช่น เพื่อนบ้าน บุคลากรสุขภาพ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง เพื่อเป็นลดความเครียดจากการที่อาศัยอยู่ตามลำพัง

2. สถานบริการสุขภาพในชุมชนเขตเมืองควรมีการให้ความรู้ที่เน้นเฉพาะในการผ่อนคลายความเครียดและมีทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ออกเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินความเครียดในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ที่มีอายุยืนยาวมากกว่า 80 ปีขึ้นไป เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ สามารถนำไปใช้ในการเตรียมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถิติผู้สูงอายุประเทศไทยปี 2563. [เข้าถึงเมื่อ 26 ม.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.dop.go.th/th/know/1>
2. กรมอนามัย. เอกประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ:ยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การบูรณาการสู่ระบบพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.). นนทบุรี: สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2564.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยพ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: กองสถิติพยากรณ์ กระทรวงดิจิทัล; 2561.
4. กรมกิจการผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 10 มี.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dop.go.th/th/know/2/261>
5. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สุขภาพคนไทย 2562 : สื่อสังคม สื่อสองคม สุขภาพคนไทยในโลกโซเชียล [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 10 มี.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/report/ThaiHealth2019t.pdf>
6. Kawamoto R, Yoshida O, & Oka Y. Influence of living alone on emotional well – being in community - dwelling elderly persons. Geriatr Gerontol Int 2018;5:152-8.
7. World Health Organization. Definition of an older or elderly person [Internet]. 2010 [cited 2014 Jan 10]. Available from: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
8. สุริยาภรณ์ อินทภิรมย์, ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์, ทศนา ชูวรรณะปกรณ์. การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพังในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. พยาบาลสาร 2561;35:46–56.
9. วาสนา สิทธิกัน. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบ้านโอง อำเภอบ้านโอง จังหวัดลำพูน [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 12 ก.พ. 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://www.graduate.cmru.ac.th/core/km_file/381.pdf

10. สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ. ผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 9 ก.พ. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/5535>
11. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. รายงานสุขภาพคนไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 8 ม.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/ThaiHealth2019/>
12. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2560. กรุงเทพมหานครสำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2562.
13. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 8 ม.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://ipsr.mahidol.ac.th/ประชากรของประเทศไทย-พ-ศ-2562/>
14. กาญจนา ปัญญาธร, ชลکار ทรงศรี. การดูแลสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท. 2563;9:12-30.
15. แสงดาว จันทร์ดา, วิทยา วาโย, นวลละออง ทองโคตร, สายใจ คำทะเนตร, แก้วจิต มากปาน. สุขภาวะผู้สูงอายุตำบลดินดำ อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2563;14: 425-36.
16. ปลื้มใจ ไพจิตร. คุณภาพในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิทยาการ จัดการ 2558;2:157-79.
17. มินตรา สาระรักษ์, จิตติรัช งานฉมิง, นันทยา กระสวยทอง. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคำขวาง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา. ศรีนครินทร์เวชสาร 2563;35: 304-10.
18. Ahijevych K, Bernhard L. Health-promoting behaviors of African American women. Nurs Res 1994;43:86-9. PMID: 8152943.
19. เสน่ห์ แสงเงิน. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2012;42:68-80.
20. ยมนา ชนะนิล, พรชัย จุลเมตต์, นัยนา พิพัฒน์วิชชา. ภาวะพลพลังของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2563;30:83-92.