

ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ Factors affecting physical activities of daily living among older people in urban area, Uttaradit Province

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ
Journal of Nursing Science & Health
ปีที่ 38 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม-ธันวาคม) 2558
Volume 38 No.4 (October-December) 2015

กนกวรรณ สิทธิวิรัชธรรม พ.บ., ส.ม.* คันสนีย์ เมมรุ่งเรืองวงศ์ ปส.ด.**

Kanokwan Sitthiwiratham M.D., M.Ph* Sunsanee Mekrungrongwong Ph.D**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และปัจจัยทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 506 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในเขตเมือง คือ การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง การเข้าถึงสถานบริการต่างๆ อายุ การได้รับแรงสนับสนุนจากกลุ่มต่างๆ ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ตามลำดับ ตัวแปรทั้ง 6 ด้าน สามารถทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุร้อยละ 56.9 ดังนั้น ควรส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุรับรู้ในความสามารถตนเอง รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะพึ่งพิง โดยบุคลากรในทีมสุขภาพควรมีการให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการเข้าถึงบริการสุขภาพ นอกจากนี้สนับสนุนให้คนในครอบครัวและชุมชนมีส่วนกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเอง

คำสำคัญ: ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้สูงอายุ เขตเมือง

Abstract

This research was to explore the physical activities of daily living and examine the predictability of factors related to physical activities of daily living among 506 older people in urban area, Uttaradit Province. Data were randomly selected with stratified sampling. The results showed that factors affecting physical activities of daily living among older people in urban area. There were six factors that could significantly predict physical activities of daily living among older people in urban area by ranking them from the most to the least predictive coefficients. These factors included perceived self-efficacy, perceived risk, access service place, age, social support, knowledge of older people. All of them could predict physical activities of daily living among older people at approximately 56.9%. So, improving self-efficacy and perceived risk of dependence of the elderly is suggested. Health care provider should focus on improving knowledge and skills of caregivers and supporting the older people to access health care service. In addition, encourage families and communities to support self-care of the older people.

keywords: physical activities of daily living, older people, urban area

*M.P.H. in Primary Health Care Management, Faculty of Public Health, Naresuan University

**Lecturer, Faculty of Public Health, Naresuan University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากรายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุ พ.ศ.2553 พบว่าประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย คือ มีสัดส่วนของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด¹ คาดว่าโดยในปี พ.ศ. 2573 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 25.1² อย่างไรก็ตามการเพิ่มของจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุมีทิศทางตรงกันข้ามกับสัดส่วนคนวัยทำงานที่มีแนวโน้มลดลงโดยดูจากอัตราส่วนศักยภาพการเกื้อหนุนที่ลดลงในปีพ.ศ. 2513 และพ.ศ. 2553 มีค่าเท่ากับ 10 และ 6.10 และ 6 ตามลำดับ² และเมื่อพิจารณาการกระจายตัวของประชากรผู้สูงอายุรายภาคพบว่าภาคเหนือเป็นภาคที่มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากเป็นอันดับต้น ๆ และเป็นภาคที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว คือ ในปีพ.ศ. 2552 สัดส่วนประชากรสูงอายุของภาคเหนือ เท่ากับร้อยละ 13.0 (ระดับประเทศร้อยละ 11.4) และเพิ่มเป็น 24.2 ในปี พ.ศ.2568 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรในลักษณะดังกล่าวจะส่งผลให้ภาคเหนือมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุเร็วกว่าระดับประเทศประมาณ 5 ปี³ การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ ทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมา เช่นปัญหาด้านเศรษฐกิจ ปัญหาด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาสังคม จากข้อมูลการสำรวจในปี พ.ศ. 2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 21.8 ประเมินว่าสุขภาพตนเองไม่ดี และร้อยละ 52.3 ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพในรอบปีที่ผ่านมา⁴ ดังนั้น ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของระบบต่างๆ ลดลง ความต้านทานต่อโรคลดลง เห็นได้จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าผู้สูงอายุมักมีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง⁴

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity of daily living, ADL) เป็นดัชนีชี้วัดภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สะท้อนถึงการผสมผสานการทำหน้าที่ทั้งทางกาย จิตใจ และสังคม โดยประเมินได้จากความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม⁵ ที่อาจวัดได้ด้วยดัชนีบาร์เทิลหรือดัชนี ADL (Barthel ADL index) โดยบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงสูง จะมีความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวัน และมีระดับคะแนน ADL สูง จากผลการสำรวจพบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 0.6 ถึง 11.9 มีข้อจำกัดด้านการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และร้อยละ 4 ถึง 36.5 ของผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมการทำงาน เดินทาง สื่อสาร สำหรับสัดส่วนที่ระบุต้องการผู้ดูแลและมีผู้ดูแลมีร้อยละ 11 และ 15 ในเพศชายและหญิงตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มที่ต้องการแต่ไม่มีผู้ดูแลมีร้อยละ 1-2 จำเป็นต้องพึ่งพาเพื่อนบ้าน ชุมชน หรือสวัสดิการจากรัฐ⁶ ในการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุมีหลายปัจจัยด้วยกัน ได้แก่ อายุ^{5,7,8} การศึกษา⁷ เพศ⁷ สถานภาพสมรส^{9,10} การทำงาน⁷ รายได้^{7,11,12} การมีผู้ดูแล⁷ ภาวะสุขภาพ^{7,13} การเป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคม¹⁴ การได้รับแรงสนับสนุนจากสังคม¹⁵ การใช้บริการสุขภาพ^{16,17}

จากข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรธานี ในปี พ.ศ.2556 พบว่ามีประชากรผู้สูงอายุ 65,624 คน คิดเป็นร้อยละ 14.75 ข้อมูลเบื้องต้นการสำรวจความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในเขตเมือง โดยใช้ดัชนีบาร์เทิลเอดีแอล พบว่าผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านกิจวัตรประจำวัน (คือคะแนน ADL น้อยกว่า 12) ในเทศบาลเมือง คือ ตำบลท่าอิฐ มีผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านกิจวัตรประจำวันร้อยละ 7.4 ในขณะที่ผู้สูงอายุ นอกเขตเทศบาลมีภาวะพึ่งพิงด้านกิจวัตรประจำวันร้อยละ 6.1 จะเห็นได้ว่าในเขตเทศบาลเมืองผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงสูงกว่านอกเขตเทศบาลเมือง¹⁸ จากข้อมูลดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาความสามารถ

ในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ในตำบลท่าอิฐ ซึ่งเป็นตำบลเดียวของเขตเทศบาลเมือง จังหวัดอุดรธานี โดยมีประชากรผู้สูงอายุ 5,554 คน คิดเป็นร้อยละ 18.95 (จำนวนประชากรทั้งสิ้น 29,308 คน) เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมการดูแลตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิงด้านกิจวัตรประจำวันให้มีสุขภาพที่ดี และป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพึ่งพิงด้านกิจวัตรประจำวันในกลุ่มเสี่ยง สามารถใช้ในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับบริบททางสังคมวัฒนธรรม รวมทั้งสามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองได้เองอย่างมีประสิทธิภาพ ดำรงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในเขตเมือง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในเขตเมือง

กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม และนำเอาแนวคิด PRECEDE – PROCEED FRAMEWORK MODEL ของ Green & Kreuter (2005)¹⁹ มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาโดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ดังแสดงในกรอบแนวคิดรูปที่ 1



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจ เก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองไม่น้อยกว่า 1 ปี โดยมี

จำนวนประชากรผู้สูงอายุเขตเมืองทั้งสิ้น 25,903 คน¹⁸ คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วน ในประชากรผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงในกิจวัตรประจำวัน พื้นฐานคิดเป็นร้อยละ 15.5⁶ และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้คิดเป็น 0.03 ได้ขนาดตัวอย่าง 548 คน เลือกตัวอย่างจากเทศบาลเมือง คือ ตำบลท่าอิฐ แล้วจึงสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified sampling) โดยจัดกลุ่มหมู่บ้านตามขนาดจำนวนผู้สูงอายุ และสุ่มกลุ่มผู้สูงอายุอย่างง่ายมีสัดส่วน 1 ต่อ 10 เพื่อให้ได้จำนวนผู้สูงอายุตามที่คำนวณได้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ 102/57 ผู้วิจัยทำการขออนุญาตผู้เข้าร่วมก่อนการเก็บข้อมูล โดยผู้เข้าร่วมได้รับคำอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา และสามารถซักถามข้อสงสัยก่อนตัดสินใจ กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการอย่างสมัครใจ มีการลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา เก็บข้อมูลระหว่างตั้งแต่มกราคม – เมษายน 2557

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง และการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงที่จะมีภาวะพึ่งพิงเป็นแบบสอบถามชนิดปลายปิด (closed questionnaire) โดยข้อความถามเกี่ยวกับผู้สูงอายุจำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นคำถามแบบเลือกตอบถูกหรือผิด โดยตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน (0-10 คะแนน) ข้อคำถามการรับรู้ความสามารถตนเองในการไม่มีภาวะพึ่งพิงด้านกิจวัตรประจำวัน จำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงที่จะมีภาวะพึ่งพิงด้านกิจวัตรประจำวัน จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะคำถามแบบมาตราส่วนของลิเคิร์ต (likert scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ 1 น้อยที่สุด จนถึง 5 มากที่สุด ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงสถานบริการต่างๆ และสถานบริการสาธารณสุข

ชนิดของผู้ดูแล โดยการเข้าถึงสถานบริการต่างๆ และสถานบริการสาธารณสุข มีลักษณะคำถามแบบมาตราส่วนตามความถี่ โดยความถี่การเข้าถึงสถานบริการต่างๆ มี 4 ระดับ เกณฑ์ให้คะแนนคือ 1 ไม่เคยไป จนถึง 4 คือ 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวน 4 ข้อ (4-16 คะแนน) สำหรับการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข คือ ถ้ามีอาการเจ็บป่วยและไปหาสถานพยาบาลต่างๆ จะได้รับคะแนนจำนวน 3 ข้อ (0-6 คะแนน) ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การเป็นสมาชิกทางสังคม การได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชนและชาวบ้าน ครอบครัว และสื่อโฆษณา โดยการได้รับแรงสนับสนุนจากกลุ่มต่างๆ มีลักษณะคำถามแบบมาตราส่วนของลิเคิร์ต 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ 1 น้อยที่สุด จนถึง 5 มากที่สุดจำนวน 15 ข้อ (15-75 คะแนน) และ ข้อคำถามการเป็นสมาชิกทางสังคมจำนวน 1 ข้อ โดยใช้ให้ 1 คะแนน และไม่ใช่ให้ 0 คะแนน ส่วนที่ 5 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยนำแบบวัดการทำกิจวัตรประจำวันจาก ดัชนีบาร์เธล เอ็ดดอลล์ ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ด้าน (0-20 คะแนน) โดยมีเกณฑ์คือ คะแนน 0-4 หมายถึง ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เลย คะแนน 5-8 หมายถึง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้น้อย คะแนน 9-11 หมายถึง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง และคะแนน ≥ 12 สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มาก²⁰

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยแบบสอบถามทั้งห้าส่วนผ่านการตรวจสอบหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้ค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะแล้วนำไปทดลองกับผู้สูงอายุที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง โดยเลือกผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตำบลบ้านเกาะ อำเภอมือเมือง จังหวัดอุดรธานีจำนวน 30 ราย และคำนวณความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (cronbach's alpha - coefficient) เท่ากับ 0.8

การวิเคราะห์ข้อมูล สำหรับข้อมูลทั่วไปใช้สถิติพรรณนา และหาปัจจัยทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise linear regression) ทำการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS v.17 (ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยนเรศวร) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุทั้งหมดจำนวน 506 คน ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะพึ่งพิงด้านกิจวัตรประจำวัน ($ADL \geq 12$) ร้อยละ 94.5 และมีภาวะพึ่งพิงด้านกิจวัตรประจำวัน ($ADL < 12$) ร้อยละ 5.5 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 63.6 โดยเพศหญิงมีภาวะพึ่งพิงร้อยละ 5.3 และเพศชายมีภาวะพึ่งพิงร้อยละ 6.0 อายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุคือ 72.2 ปี ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีช่วงอายุคือตั้งแต่ 60 – 69 ปี ร้อยละ 41.9 มีสถานภาพคู่ร้อยละ 53.8 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาหรือต่ำกว่าร้อยละ 64.2 ไม่มีอาชีพร้อยละ 51.4 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนในช่วง 1,001 – 5,000 บาท ร้อยละ 42.1 และส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอต่อการเลี้ยงชีพร้อยละ 71.5 ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 84.2 ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่คือบุตร ร้อยละ 46.20 รองลงมาคือ คู่สมรสร้อยละ 36.2 ส่วนใหญ่มีการใช้สิทธิ์การรักษาโดยใช้บัตรประกันสุขภาพผู้สูงอายุร้อยละ 52.2 และส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

ร้อยละ 73.1 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 73.7 ในจำนวนนี้มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรคถึงร้อยละ 30.4 จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 71.3, 30.6, 18.4 ตามลำดับ

2. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

คะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ โดยดัชนีบาร์เธล เอดีแอล 10 ด้าน คือ 17.99 คะแนน โดยพบว่าในจำนวนนี้มีภาวะพึ่งพิง ($ADL < 12$) คือ ร้อยละ 5.5 และไม่มีภาวะพึ่งพิง ($ADL \geq 12$) ร้อยละ 94.5 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่ามีภาวะพึ่งพิงตนเองได้ดี คือ ด้านการรับประทานอาหารสามารถทำเองได้ร้อยละ 72.7 ด้านการล้างหน้า แปรงฟันสามารถทำเองได้ร้อยละ 97.0 ด้านการลุกนั่งจากเตียงนอนสามารถช่วยตัวเองได้ดีร้อยละ 85.4 ด้านการใช้ห้องสุขาสามารถช่วยตัวเองได้ดีร้อยละ 86.6 การเคลื่อนที่ภายในบ้านสามารถเดินหรือเคลื่อนที่ได้เองร้อยละ 87.2 ด้านการสวมใส่เสื้อผ้าสามารถช่วยตัวเองได้ดีร้อยละ 90.9 ด้านการขึ้นลงบันไดสามารถขึ้นลงได้เองร้อยละ 83.4 ด้านการอาบน้ำสามารถอาบน้ำเองร้อยละ 95.1 ด้านการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระสามารถกลั้นได้เป็นปกติร้อยละ 79.4 อย่างไรก็ตามด้านการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะสามารถกลั้นได้ปกติร้อยละ 53.6 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน และร้อยละ ของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (n= 506)

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL index)	$\bar{X}$	S.D.	จำนวน (n = 506)	ร้อยละ
การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า	1.71	0.48	368	72.7
การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม	0.97	0.17	491	97.0
การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปเก้าอี้	2.79	0.59	432	85.4
การใช้ห้องสุขา	1.83	0.45	438	86.6
การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน	2.80	0.57	441	87.2
การสวมใส่เสื้อผ้า	1.88	0.40	460	90.9
การขึ้นลงบันได	1.77	0.55	422	83.4
การอาบน้ำ	0.95	0.22	481	95.1
การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ	1.77	0.47	402	79.4
การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ	1.50	0.56	271	53.6
รวม	17.99	3.41		

3. การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ตัวทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการเป็นตัวแรก คือ การรับรู้ในความสามารถตนเอง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเท่ากับ 0.505 ($p<0.01$) ตัวทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปในขั้นที่ 2 คือ ตัวแปรการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้นเป็น 0.534 ($p<0.01$) ตัวทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปในขั้นที่ 3 คือ ตัวแปรการเข้าถึงสถานบริการต่างๆ ($p<0.01$) ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้นเป็น 0.554 ตัวทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปในขั้นที่ 4 คือ ตัวแปรอายุ ($p<0.05$) ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้นเป็น 0.559 ตัวทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปในขั้นที่ 5 คือ ตัวแปรการได้รับแรง

สนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชนและชาวบ้าน ครอบครัว และสื่อโฆษณา ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้นเป็น 0.564 ($p<0.01$) ตัวทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปในขั้นที่ 6 คือ ตัวแปรความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้นเป็น 0.569 ($p<0.05$) แสดงว่ามี 6 ปัจจัยที่สามารถทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ โดยมีสัมประสิทธิ์การทำนายร้อยละ 56.9 ($R^2=0.569$) โดยที่ตัวแปรการรับรู้ความสามารถตนเองในการไม่มีภาวะพึ่งพิงด้านกิจวัตรประจำวัน เป็นตัวแปรทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้สูงสุด รองลงมาเป็นตัวแปรการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงที่จะมีภาวะพึ่งพิงด้านกิจวัตรประจำวัน การเข้าถึงสถานบริการต่างๆ อายุ การได้รับแรงสนับสนุนจากจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชนและชาวบ้าน ครอบครัว และสื่อโฆษณา และความรู้ในเรื่องผู้สูงอายุ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์ของตัวทำนายในรูปของคะแนนดิบ b ค่าคงที่ a ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของสัมประสิทธิ์ของตัวทำนาย SE_b ค่าสัมประสิทธิ์ของตัวทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน Beta ค่า t ในการทดสอบสัมประสิทธิ์ของตัวทำนาย t ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ R ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย R^2 ค่าทดสอบ F และค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนาย SE_{est} ของตัวทำนายที่ดี

ปัจจัย	R^2	b	Beta	SE_b	t
การรับรู้ในความสามารถตนเองในการไม่มีภาวะพึ่งพาด้ำนกิจวัตรประจำวัน (XA)	0.505	0.278	0.697	0.012	22.688**
การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงที่จะมีภาวะพึ่งพาด้ำนกิจวัตรประจำวัน (XB)	0.534	-0.128	-0.151	0.026	-4.989**
การเข้าถึงสถานบริการต่าง ๆ (XC)	0.554	0.135	0.123	0.035	3.855**
อายุ (XD)	0.559	-0.030	-0.070	0.013	-2.232*
การได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชนและชาวบ้าน ครอบครัว และสื่อโฆษณา (XE)	0.564	-0.026	-0.078	0.010	-2.594**
ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ (XF)	0.569	0.230	0.075	0.093	2.458*
Constant (a) = 9.843, $R = 0.754$, $R^2 = 0.569$, $F = 109.717$ **					

* $p < .05$, ** $p < .01$

ดังนั้น จึงสามารถสร้างสมการทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ในรูปคะแนนดิบ ได้ดังนี้

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน
 $= 9.843 + 0.278$ (การรับรู้ความสามารถตนเอง) -
 0.128 (การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง) + 0.135 (การเข้าถึง
 สถานบริการต่าง ๆ) - 0.03 (อายุ) - 0.026 (การได้
 รับแรงสนับสนุนจากกลุ่มต่าง ๆ) + 0.23 (ความรู้)

อภิปรายผล

ในการอภิปรายผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้
 อภิปรายตามวัตถุประสงค์แต่ละข้อดังนี้

1. ศึกษาความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตร
 ประจำวันของผู้สูงอายุทั้ง 10 ด้าน ส่วนใหญ่สามารถทำ

กิจวัตรประจำวันได้เองมากกว่าร้อยละ 70 ในทุก
 กิจกรรม ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการล้าง
 หน้า แปรงฟัน ด้านการลุกนั่งจากเตียงนอน ด้านการใช้
 ห้องสุขา ด้านการเคลื่อนที่ภายในบ้านสามารถเดินหรือ
 เคลื่อนที่ได้เอง ด้านการสวมใส่เสื้อผ้า ด้านการขึ้นลง
 บันได ด้านการอาบน้ำ ด้านการควบคุมการขับถ่าย
 อูจจาจะสามารถกลั้นได้เป็นปกติ ยกเว้นด้านการ
 ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะทำได้เพียงร้อยละ 53.6
 โดยมีภาวะพึ่งพิง (ADL<12) เพียงร้อยละ 5.5 เนื่อง
 มาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังเป็นผู้สูงอายุช่วงต้น
 (อายุ 60-69 ปี) ถึงร้อยละ 41.9 ยังคงสามารถช่วย
 เหลือตนเองได้ มีรายได้มากเพียงพอในการดำรงชีวิต
 ประจำวันถึงร้อยละ 71.5 มีศักยภาพในการเข้าร่วม
 เป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคมเพื่อร่วมกิจกรรมที่เป็น
 ประโยชน์ต่อชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของนางนุช
 แยมวงษ์²¹ พบว่าผู้สูงอายุในวัยนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลง

ทางสรีรวิทยาไม่มาก เมื่อเจ็บป่วยยังดูแลรักษาตนเองได้ และเดินทางมาโรงพยาบาลเองได้ ในการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 74.7 มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค และมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรคถึงร้อยละ 30.4 ในจำนวนผู้ที่มีโรคประจำตัว พบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 71.3, 30.6, 18.4 ตามลำดับ สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักเป็นโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ^{2,4,6}

2. ปัจจัยที่ทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

ศึกษาหาปัจจัยทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยใช้กรอบแนวคิด PRE-CEDE-PROCEED FRAMEWORK MODEL¹⁹ ประกอบด้วยปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม สำหรับปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ ตัวแปรในกลุ่มคุณลักษณะส่วนบุคคล ผลการศึกษาพบว่า อายุ มีอิทธิพลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ($p < 0.05$) เนื่องจากในผู้สูงอายุเมื่อยิ่งสูงวัย ส่งผลให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ลดลงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงอย่างต่อเนื่อง^{5,7,8} นอกจากนี้ อายุมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ^{14,16,21} สำหรับปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ เพศ รายได้ ระดับการศึกษา การมีอาชีพ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว และการสูบบุหรี่ โดยพบว่า ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาหลายงาน ที่พบว่าภาวะสุขภาพ^{9,21} ระยะเวลาการเจ็บป่วย²¹ แตกต่างส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เพศ มีความสัมพันธ์กับ ADL⁷ โดยผู้ชายมีค่าคะแนน basic ADL สูงกว่าผู้หญิง ในขณะที่ผู้หญิงจะมีค่า IADL (instrumental ADL) สูงกว่า อาจจะมาจากลักษณะความสัมพันธ์สืบทอดจากพ่อ หรือสามี²² สถานภาพสมรส^{9,10} ที่กล่าวว่า เป็นโสด หม้าย และหย่าร้าง จะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ลดลง ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุที่สูญเสียด้านอื่น ๆ เช่น การเสียชีวิตของเพื่อนและคู่สมรส และการจากไปของบุตรหลานทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุสำหรับปัจจัยนำ คือ ปัจจัยที่มีอิทธิพลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในการศึกษาประกอบด้วยความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านความรู้ทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ($p < 0.05$) สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า การได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน มีระดับภาวะพึ่งพิงที่แตกต่างกัน²³ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าความรู้จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่สามารถอธิบายการแสดงพฤติกรรมของบุคคลได้ครอบคลุม มีการศึกษายืนยันว่าความรู้จะนำไปสู่การปฏิบัติได้ต้องผ่านความรู้สึกนึกคิดของบุคคลก่อน การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการคิด และเป็นตัวเชื่อมของความรู้และการกระทำ²⁴ จะเห็นได้จากสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยการรับรู้ความสามารถตนเองทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ($p < 0.01$) โดยการรับรู้ความสามารถของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ยิ่งมีการรับรู้ในความสามารถตนเองสูง จะมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้มาก โดย Evans²⁵ กล่าวว่าถ้าเรามีความเชื่อว่าเรามีความสามารถทำอะไรก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้นออกมา คนที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอยง่าย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด ผู้สูงอายุที่พบว่าตนเองมีคุณค่าในตนเอง จะเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจ²⁶ ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ($p < 0.01$) โดยสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าหากรับรู้โอกาสเสี่ยงเนื่องจากมีปัญหาสุขภาพทางกาย^{16,27} การรับประทานอาหารประเภทเค็ม หวาน มัน การไม่ออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การอยู่ในอากาศที่ไม่

บริสุทธิเป็นเวลานาน และการมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ จะมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคต่างๆ ได้ง่าย และเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าหากรับรู้โอกาสเสี่ยงจะส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน²⁸ พฤติกรรมของคนเราจะต้องมีปัจจัยสภาพแวดล้อมร่วมด้วย²⁹ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าปัจจัยเอื้อ คือ การเข้าถึงสถานบริการต่างๆ ทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ($p < 0.01$) สอดคล้องกับ Pakulin¹⁶ พบว่าการใช้บริการสาธารณสุขขั้นปฐมภูมิมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ปัจจุบันตามสถานที่ต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นหน่วยราชการหรือเอกชนได้คำนึงถึงความสะดวกในเรื่องนี้ หรือถ้าเป็นกิจกรรมหรือสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุก็จะอยู่ชั้นล่าง แม้แต่ในห้องสุขาก็จะมีราวให้ยึดจับเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ เป็นต้น อย่างไรก็ตามพบว่าการมีบุคคลภายในครอบครัวคอยดูแลช่วยเหลือ คอยให้การเอาใจใส่ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีส่วนช่วยส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วย³⁰ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าส่วนใหญ่มีบุตร และคู่สมรสเป็นผู้ดูแลหลักร้อยละ 46.2 และ 36.2 ตามลำดับ สำหรับปัจจัยเสริม หมายถึง ปัจจัยที่ช่วยในการสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรม โดยทำการศึกษาตัวแปรการเป็นสมาชิกทางสังคม และการได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มต่างๆ พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนจากกลุ่มต่างๆ มีอิทธิพลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ($p < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของปิติทั้งไพศาลและคณะ³⁰ ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตศูนย์สุขภาพชุมชน กล่าวคือ ปัจจัยด้านสังคม เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สำหรับปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน คือ การเป็นสมาชิกทางสังคม โดยพบว่า ผู้สูงอายุในพื้นที่นี้เป็นสมาชิกชมรมเพียงแค่ร้อยละ

26.9 ซึ่งอาจจะเป็นเนื่องจากลักษณะของเขตเมืองที่มักต่างคนต่างอยู่ ไม่ค่อยรวมกลุ่มกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ควรเสนอผลการวิจัยนี้ผ่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี และคณะกรรมการที่ดูแลด้านผู้สูงอายุระดับจังหวัด เพื่อการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการในการดูแลผู้สูงอายุให้สามารถวิเคราะห์การดูแลที่เหมาะสมในผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่แตกต่างกัน พร้อมทั้งขยายกลุ่มเป้าหมายในการทำวิจัยให้ครอบคลุมต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

บุคลากรทีมสุขภาพ ควรสนับสนุนให้คนในครอบครัวและชุมชนมีส่วนกระตุ้นให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง โดยควรมีการแผนการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อเป็นประโยชน์ในการจัดกลุ่มสำหรับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างเหมาะสมตามลำดับความสำคัญก่อนหลัง มุ่งเน้นในกลุ่มผู้ที่มีระดับภาวะพึ่งพิงคนอื่นมาก และในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงตนเองไม่ได้ควรได้รับการเยี่ยมบ้าน (home health care) อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะเชิงวิจัย

1. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์แต่ไม่สามารถทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจในบริบทการดูแลผู้สูงอายุได้ดีขึ้น

2. ควรเพิ่มในเรื่องของการวัด instrumental and intellectual ADLs สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไป

3. ควรส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถตนเอง รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะพึ่งพิง โดยบุคลากรในทีมสุขภาพควรมีการให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุและมีการติดตามความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง โดยมีการออกแบบ

โปรแกรมเพื่อเสริมพลังให้กับผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยการนำปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มาใช้ในการวางแผนการดำเนินงานและกำหนดกิจกรรมในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่เมืองที่เกิดขึ้นประโยชน์ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้ให้การสนับสนุนหลักสูตรปริญา สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ บริการสุขภาพปฐมภูมิ มหาวิทยาลัยนเรศวร และขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บุคลากร สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ทุกท่านที่อนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล

References

1. Shryock HS. The methods and materials of demography. New York: Academic Press; 2004.
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute. Annual report situation of the elderly in Thailand 2010. 1 ed. Choonharat S, editor. Bangkok: TQP Ltd; 2010. (in Thai)
3. Tangpech S. Analysis report of HIV/AIDs policy in elderly people. Report of HIV/AIDs and elderly people in North of Thailand project. Chiang Mai: Faculty of Nursing, Chiang Mai University; 2005. (in Thai)
4. National Statistical Office. Report on the 2007 survey of the older persons in Thailand. Bangkok: National Statistical Office; 2008. (in Thai)
5. Srikhamwiang B, Aroonsang P, Phanphruk W. Factors affecting functional status of hospitalized older persons. Journal of Nursing Science & Health 2011;34(2):42-51. (in Thai)
6. Ekparakorn V. Thai health survey by physical examination report on 4th in 2008-2009. Nonthaburi: Health Information System Development Office; 2009. (in Thai)
7. Hoi LV, Thang P, Lindholm L. Elderly care in daily living in rural Vietnam: Need and its socioeconomic determinants. BMC Geriatrics 2011;11(1):81.
8. Volpato S, Onder G, Cavalieri M, Guerra G, Sioulis F, Maraldi C, et al. Characteristics of nondisabled older patients developing new disability associated with medical illnesses and hospitalization. J Gen Intern Med 2007;22(5):668-74.
9. Supurairat C, Jai-Aree A, Srisuantang S. Factors related to the ability to perform daily activities of the elderly in Tambon Huaykwang, Ampeo Kamphaeng-saen, Nakhonpathom Province. Veridian E-Journal, Silpakorn University. 2014;7(2):187-202. (in Thai)
10. Hoi L, Chuc N, Lindholm L. Preferred options of community-based models of elderly care in rural Vietnam: perspective from a population survey. BMC Health Service Research (submitted) 2011.
11. Adler N, Newman K. Socioeconomic disparities in health: pathways and policies. Health Affairs. 2002;21(2).
12. Hoi L, Phuc H, Dung T, Chuc N, Lindholm L. Remaining life expectancy among older people in a rural area of Vietnam: trends and socioeco-

- conomic inequalities during a period of multiple transitions. *BMC Public Health* 2009;9:471.
13. Parker M, Thorslund M. Health trends in the elderly population: getting better and getting worse. *Gerontologist* 2007;47(2):150 – 8.
 14. Sukanun T, Jariyasilp S, Thummanon T, Jitpakdee P. Quality of life of the elderly in Bansuan municipality, Chonburi Province, Thailand. *J Public Health* 2011;41(3):240–9. (in Thai)
 15. Bondevik M, Skogstad A. The Oldest Old, ADL, Social Network, and Loneliness. *West J Nurs Res.* 1998 June 1, 1998;20(3):325–43.
 16. Paskulin L, Vianna L, Molzahn AE. Factors associated with quality of life of Brazilian older adults. *INR* 2009;56:109–15. (in Thai)
 17. Sudsuk U. The study on situation of activities of daily living, need, and quality of life of the elderly. Bangkok: National Research Council of Thailand; 2009. (in Thai)
 18. Uttaradit hospital. Annual report in Uttaradit hospital. Uttaradit province,: Uttaradit hospital; 2013. (in Thai)
 19. Green LW, Kreuter MW. Health program planning : an educational and ecological approach. Boston [etc.]: McGraw–Hill; 2005.
 20. Jitapunkul S. Principle of geriatrics. 3 ed. Bangkok: Chulalongkorn University 2006. (in Thai)
 21. Yamwong N. Quality of life and physical activities of daily living among elderly patients at HRH Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center. *Journal of Medicine and Health Sciences* 2014;21(1):35–42. (in Thai)
 22. Brach JS, Van Swearingen JM. Physical impairment and disability: relationship to performance of activities of daily living in community-dwelling older men *Phys Ther.* 2002 Aug;82(8):752–61.
 23. Doungptbool P. Evaluation of elderly's dependency level in Wat Phleng district at Batcharuri province [An Independent Study]. Bangkok: Silpakorn university; 2009. (in Thai)
 24. Lawrence L, McLeroy KR. Self-Efficacy and health education. *J Sch Health* 1986;56(8): 317–21.
 25. Iamsupasit S. Theories and techniques in behavior modification Bangkok: Chulalongkorn University; 2550. (in Thai)
 26. Jiandon C, Suwannapong N, Boonshuyar C, Howteerakul N. Quality of life of rural elderly in Wangnamkheaw district, Nakhonratchasima province. *J. Public Health* 2011;41(3): 229–39. (in Thai)
 27. Teerakiatkamjorn A. Quality of life of elders in Suthep sub-district, Mueang district, Chiang Mai province. *Veridian E-Journal, Silpakorn University.* 2011;4(Sep-Dec 2014). (in Thai)
 28. Prasertampisakul N, Sumpowthong K, Wattana C. Factors predicting hyperglycemic preventive behaviors among older persons with uncontrolled type 2 Diabetes Mellitus. *Rama Nurs J* 2008;14(3):298–311. (in Thai)
 29. Bandura A. Social foundation of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice–Hall; 1986.
 30. Tangpaisarn P, Punchuea R, Oraboot A, Sridach R. Health-promoting behavior and quality of life of the elderly in Khowrai Primary Care Units, Na Chueak district, Maha Sarakham province. *Journal of Health System Research* 2007;1(3–4):489–96. (in Thai)