

## บทความวิจัย (Research article)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ในอำเภอแก่งกระจาน จังหวัดเพชรบุรี

Factors Related to Self-care Behavior of the Elderly in Kangkraján

District, Phetchaburi Province

สุขประเสริฐ ทับสี<sup>1\*</sup>

Sukprasert Tabsee<sup>1\*</sup>

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: tabseesukprasert@gmail.com) โทรศัพท์ 084-1119878

(Received: February 9, 2020; Revised: March 2, 2020; Accepted: March 27, 2020)

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ 2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุในอำเภอแก่งกระจาน จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 365 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบชั้นภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $M = 3.99$ ,  $SD = .53$ ) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านจิตใจ ( $M = 4.27$ ,  $SD = .76$ ) รองลงมาคือ ด้านสังคม ( $M = 4.00$ ,  $SD = .82$ ) ด้านร่างกาย ( $M = 3.97$ ,  $SD = .47$ ) และด้านเศรษฐกิจ ( $M = 3.71$ ,  $SD = .67$ ) ตามลำดับ

2. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ สถานภาพทางเศรษฐกิจ การพักอาศัย การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวด้านอารมณ์ การให้การประเมิน ข้อมูลข่าวสาร และด้านเครื่องมือ/สิ่งของ/แรงงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .641, .609, .613, .639, p < .01$ )

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า การสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์และสังคม นั้น ต้องคำนึงถึงแรงสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมจากสมาชิกในครอบครัวเป็นสำคัญ

<sup>1</sup> นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแก่งกระจาน จังหวัดเพชรบุรี

Public health technical officer, Professional level, Kangkraján district public health office, Phetchaburi province

**คำสำคัญ:** ผู้สูงอายุ, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

## Abstract

This descriptive research aimed to study; 1) self-care behavior of the elderly, 2) the relation between personal factor and self-care behavior, and 3) the relation between the social supports from family and self-care behavior of the elderly. The samples were 365 elderly in Kangkrajana district, Phetchaburi province. Data were collected using questionnaires of socio-demographic data of elderly, self-care behavior, and social supports from family. Data were analyzed by using descriptive statistics, Chi-square test and Pearson's product-moment correlation. The results revealed as follows:

1. The overall level of self-care behavior of the elderly was at high level ( $M = 3.99, SD = .53$ ). The highest dimension of self-care behavior was in psychological aspect ( $M = 4.27, SD = .76$ ), followed by social ( $M = 4.00, SD = .82$ ), physical ( $M = 3.97, SD = .47$ ), and economy ( $M = 3.71, SD = .67$ ), respectively.

2. There were statistically significant correlations between personal factors such as gender, education level, marital status, occupation, economic status, residence, and underlying illness with self-care behaviors of the elderly at .01 level.

3. The social support from family in emotional, appraisal, informational, and instrumental supports was significantly correlated with self-care behavior of the elderly ( $r = .641, .639, .613, .609, p < .01$ ).

According to this research results, health promotion covering physical, emotional, and psychosocial health for elderly should be considered social support, especially the participation of family members.

**Keywords:** Elderly, Self-care behavior, Social support from family

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยกำลังเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ.2568 โดยจะมีประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เพิ่มขึ้นประมาณ 14.4 ล้านคน หรือเพิ่มขึ้นเกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) จากรายงานของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล โลกของเรากำลังมีประชากรสูงอายุสูงขึ้นเรื่อยๆ ในปี 2560 ทั่วโลกมีประชากรสูงอายุหรือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มากถึง 962 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรโลกทั้งหมด 7,550 ล้านคน ซึ่งกล่าวได้ว่า โลกได้กลายเป็นสังคมสูงอายุ (ปรีโมทีย์ ประสาทกุล,

2562) แนวโน้มประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นผลมาจากการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและสังคม อีกทั้งความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ ทำให้สามารถควบคุมและป้องกันโรคติดต่อต่างๆ ส่งผลให้อัตราการตายลดลง ตลอดจนโครงการวางแผนครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ ทำให้อัตราการเกิดของประชากรลดลง ปัจจัยเหล่านี้ มีส่วนในการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุทั้งปริมาณและสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมด จากโครงสร้างประชากรของประเทศไทยในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก และเข้าสู่ภาวะประชากรผู้สูงอายุ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2560)

สำหรับประชากรผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี พบว่ามีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน โดย ปี พ.ศ. 2559 - 2560 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 17.78 และ 19.15 ตามลำดับ ซึ่งถือได้ว่าเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) และจากข้อมูลสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุจำแนกรายอำเภอ พบว่า มีประชากรผู้สูงอายุในอำเภอที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete aged society) ได้แก่ อำเภอบ้านลาด ร้อยละ 21.69 อำเภอเขาย้อย ร้อยละ 21.21 และอำเภอเมือง ร้อยละ 20.43 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี, 2561) สำหรับอำเภอแก่งกระจาน ในปี พ.ศ. 2559-2562 พบว่า มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 12.32, 13.17, 13.56, และ 14.32 ตามลำดับ แม้ว่าสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุดังกล่าว จะยังไม่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุก็ตาม แต่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ บุคลากรทางการสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ ต้องตระหนักและเตรียมพร้อมด้านต่างๆ เพื่อให้การดูแลและส่งเสริมสุขภาพของประชากรผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง ลดความเสี่ยงจากปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นตามวัยและการพึ่งพาผู้อื่น สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุข (วัลภา บุรณกลัศ, 2560)

พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในบุคคลและแสดงออกหรือการกระทำของประชาชนในการทำให้ตนเองมีความสมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ซึ่งตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011) การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำในแนวทางของตนเพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่อันดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งจากแนวคิดของโอเรม (Taylor & Renpenning, 2011) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพของตนเอง ต้องริเริ่มและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยความรู้ ความชำนาญ และความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง มีแรงจูงใจที่จะกระทำและความพยายามอย่างต่อเนื่องจนได้รับผลสำเร็จ การดูแลตนเองจึงถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญต่อชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นหนทางที่จะนำไปสู่การมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรงมีสภาพจิตใจดีอารมณ์ดีและมีสุขภาพดี ซึ่งจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสและอาชีพ (Taylor & Renpenning, 2011) รวมทั้งแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว จำแนกออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ (Emotional support) ด้านการให้การประเมินผล (Appraisal support) ด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) และด้านเครื่องมือ/สิ่งของ/แรงงาน (Instrumental support) (Kadirvelu, Sadasivan, & Hui Ng, 2012) เนื่องจาก บุคคลในครอบครัวมีอิทธิพลสูงต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับลูกหลาน จะรู้สึกว่ามีคนดูแลและเห็นคุณค่าของตนเอง ส่งผลให้มีสภาวะจิตใจที่ดีไปด้วย ส่งผลให้สุขภาพกายดีและสามารถดูแลตนเองให้ปราศจากโรคร้ายได้เป็นอย่างดี (สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน, 2559; สำเนา ศรีงาม, 2559; วัลภา บุรณกลัศ, 2560)

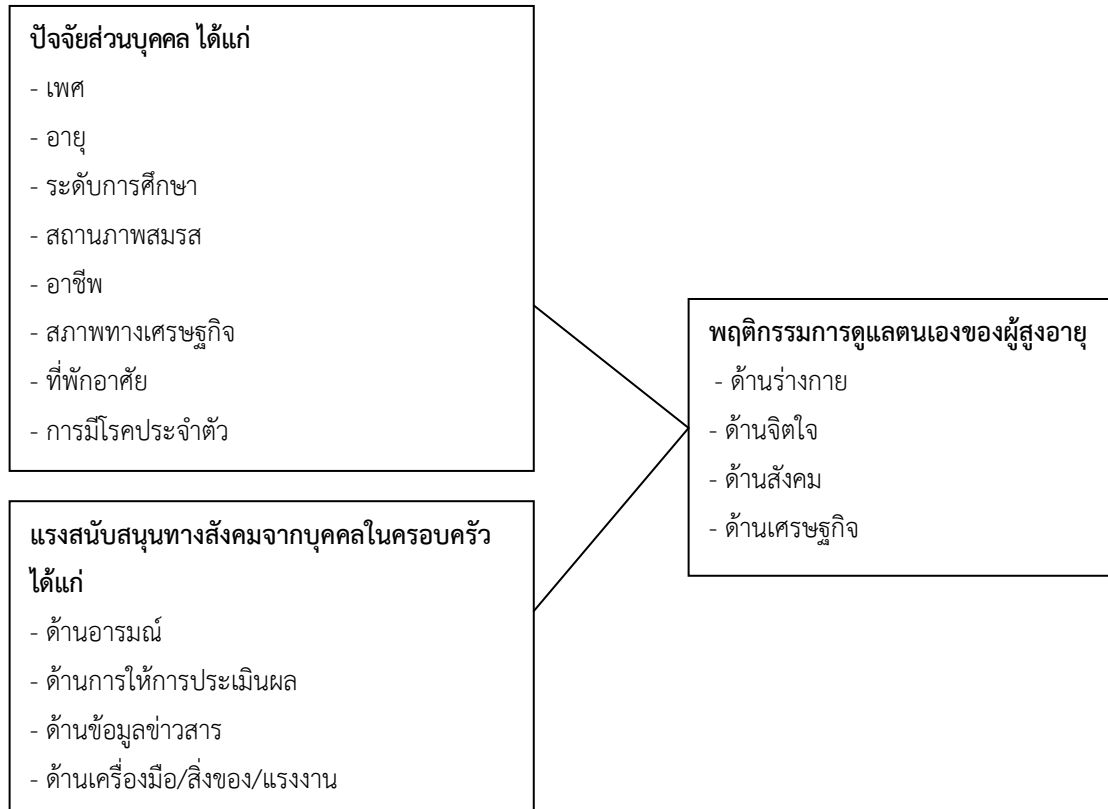
การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุในอำเภอแก่งกระจาน จังหวัดเพชรบุรี จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสู่แนวทางการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอแก่งกระจาน จังหวัดเพชรบุรี
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ สถานภาพทางเศรษฐกิจ ที่พักอาศัย และการมีโรคประจำตัวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ สถานภาพทางเศรษฐกิจ การพักอาศัย การมีโรคประจำตัว ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011; ชุติกร ด่านยุทธศิลป์, 2561) ปัจจัยทางประชากรเหล่านี้มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผ่านกระบวนการรับรู้ภายในตัวบุคคล นอกจากนี้ แรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งหมายถึง การแลกเปลี่ยนทรัพยากรระหว่างบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความเป็นอยู่ที่ดีของผู้รับ (Shumaker & Brownell, 1984) ซึ่งส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Cohen & Syme, 1985) ซึ่งตามโมเดลองค์ประกอบของเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัว จากบุคลากรทางสุขภาพและเพื่อน ซึ่งมีมิติในการสนับสนุนจำแนกออกเป็น 4 ด้านคือ ด้านอารมณ์ (Emotional support) ด้านการให้การประเมินผล (Appraisal support) ด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) และด้านเครื่องมือ/สิ่งของ/แรงงาน (Instrumental support) (Kadirvelu, Sadasivan, & Hui Ng, 2012) ซึ่งในการวิจัยนี้ศึกษาเฉพาะแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกครอบครัว ในทั้ง 4 มิติข้างต้นต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เนื่องจาก บุคคลในครอบครัวมีอิทธิพลสูงต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับลูกหลาน จะรู้สึกว่ามีคนดูแลและเห็นคุณค่าของตนเอง ส่งผลให้มีสภาวะจิตใจที่ดีไปด้วย ส่งผลให้สุขภาพกายดีและสามารถดูแลตนเองให้ปราศจากโรคภัยได้เป็นอย่างดี (สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน, 2559; สำเนา ศรีงาม, 2559; วัลภา บุรณกลัศ, 2560) โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีการดำเนินการวิจัย รายละเอียด ดังนี้

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในพื้นที่ตำบลแก่งกระจาน อำเภอแก่งกระจาน จังหวัดเพชรบุรี จากคลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center: HDC) ระดับอำเภอ วันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ.2561 จำนวน 4,254 คน

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของทาโร่ ยามาเน่ (Yamane,1973) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และค่าความคลาดเคลื่อน .05 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 365 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) ตามจำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุ 9 แห่ง จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของผู้สูงอายุของแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยวิธีเจาะจงตามเกณฑ์ ดังนี้ 1) เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งหญิงและชาย 2) อาศัยอยู่ในอำเภอแก่งกระจานไม่น้อยกว่า 6 เดือน 3) สามารถสื่อสารให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ สถานภาพทางเศรษฐกิจ สภาพการพักอาศัย และสภาวะมีโรคประจำตัวซึ่งเป็นแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งปรับปรุงจากแบบสอบถามของวิลาวลัย รัตนา (2552), มาริสา ประทุมมา (2550) และวิชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว (2557) จำนวน 35 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติน้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึงปฏิบัติเป็นประจำ (5 คะแนน) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกายทั่วไป ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ซึ่งปรับปรุงจากแบบสอบถามของวิลาวลัย รัตนา (2552), มาริสา ประทุมมา (2550) และวิชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว (2557) จำนวน 20 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึงมากที่สุด (5 คะแนน) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการให้การประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสารและด้านเครื่องมือ/สิ่งของ/แรงงาน

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วนไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ด้านเวชศาสตร์ พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ และอาจารย์ด้านการวิจัย นำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงและนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตรงเกณฑ์ที่อาศัยในเขตอำเภอหนองหญ้าปล้อง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุเท่ากับ .85 และ .94 ตามลำดับ

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ประสานงานขอความร่วมมือจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก่งกระจาน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอแก่งกระจาน เพื่อขอขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ประสานงานผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง เพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลที่บ้านผู้สูงอายุ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย และการขอความยินยอมโดยการบอกกล่าว ในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านรายการคำถามให้กลุ่มตัวอย่างฟังและให้เลือกตอบด้วยตนเอง ซึ่งใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียดประมาณ 30-45 นาที

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และจำแนกระดับการแปลผลคะแนนเฉลี่ยในรายด้านและโดยรวมออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2545)

คะแนนเฉลี่ย ระหว่าง 4.10 - 5.00 หมายถึง ระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย ระหว่าง 2.00 - 4.00 หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย ระหว่าง 1.00 - 1.90 หมายถึง ระดับต่ำ

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของการทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test)

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient:  $r$ ) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาระดับความสัมพันธ์ ( $r$ ) ดังนี้ (Cohen, 1988)

$r = .50 - 1.00$  หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับสูง

$r = .30 - .49$  หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

$r = .10 - .29$  หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี เลขที่ คจม.พบ. 009/2562 ลงวันที่ 21 มิถุนายน พ.ศ.2562 โดยในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามหลักหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์คือ ความเคารพในบุคคล คุณประโยชน์ ไม่ก่ออันตราย และความยุติธรรม กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการตอบแบบสอบถามโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บไว้เป็นความลับและนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยเท่านั้น และทำลายแบบสอบถามหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยภายใน 1 ปี

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 245 คน คิดเป็นร้อยละ 67.12 มีอายุอยู่ในช่วง 60 - 69 ปี จำนวน 178 คน คิดเป็นร้อยละ 48.77 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 56.71 จบการศึกษาต่ำกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 47.95 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรและรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 38.90 และ 21.38 ตามลำดับ มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ร้อยละ 57.26 เกือบครึ่งหนึ่งไม่มีโรคประจำตัว สำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว อันดับแรกคือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 37.53 และส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 42.19 รายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ (n = 365)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>					
<b>โรคประจำตัว</b>					
ชาย	120	32.88	ไม่มี	151	41.37
หญิง	245	67.12	เบาหวาน	52	14.25
<b>อายุ (ปี)</b>					
ความดันโลหิตสูง					
60 - 69	178	48.77	หัวใจและหลอดเลือด	137	37.53
70 - 79	136	37.26	ไต	5	1.37
≥ 80	51	13.97	มะเร็ง	5	1.37
<b>สถานภาพสมรส</b>					
<b>ที่พักอาศัย</b>					
โสด	22	6.03	อยู่คนเดียว	45	12.33
สมรส	207	56.71	อยู่กับคู่สมรส	61	16.71
หม้าย/หย่า/แยก	136	37.26	อยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน	105	28.77
<b>การศึกษา</b>					
อยู่กับบุตรหลาน					
ไม่ได้รับการศึกษา	45	12.33	<b>สภาพเศรษฐกิจ</b>		
ต่ำกว่าประถมศึกษาปีที่ 4	175	47.95	เพียงพอกับรายจ่ายและเหลือเก็บ	43	11.78
ประถมศึกษาปีที่ 5 - 6	109	29.86	เพียงพอกับรายจ่าย	209	57.26
มัธยมศึกษา	36	9.86	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	113	30.96
<b>อาชีพ</b>					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	109	29.86			
เกษตรกร	142	38.90			
รับจ้าง	78	21.38			
ค้าขาย	36	9.86			

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า โดยรวมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ( $M = 3.99, SD = .53$ ) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ด้านจิตใจมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $M = 4.27, SD = .76$ ) รองลงมาคือ ด้านสังคม ( $M = 4.00, SD = .82$ ) ด้านร่างกาย ( $M = 3.97, SD = .47$ ) และด้านเศรษฐกิจ ( $M = 3.71, SD = .67$ ) ตามลำดับ รายละเอียด ดังตารางที่ 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม (n = 365)

ด้าน	M	SD	ระดับ
ร่างกาย	3.97	.47	สูง
จิตใจ	4.27	.76	สูง
สังคม	4.00	.82	สูง
เศรษฐกิจ	3.71	.67	สูง
โดยรวม	3.99	.53	สูง



เมื่อจำแนกระดับของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยรวมตามค่าเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับสูง ร้อยละ 78.36 ระดับปานกลาง ร้อยละ 17.53 และระดับต่ำเพียง ร้อยละ 4.11 รายละเอียด ดังตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (n = 365)

ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
สูง	286	78.36
ปานกลาง	64	17.53
ต่ำ	15	4.11

3. แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ( $M = 4.04, SD = .72$ ) เมื่อจำแนกตามรายด้าน พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวด้านด้านอารมณ์ มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในระดับสูง ( $M = 4.17, SD = .82$ ) รองลงมาคือ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวการให้การประเมินผล ( $M = 4.01, SD = .89$ ) รายละเอียด ดังตาราง 4

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) และระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม (n = 365)

ด้าน	$M$	$SD$	ระดับ
อารมณ์	4.17	.82	สูง
การให้การประเมินผล	4.01	.89	สูง
ข้อมูลข่าวสาร	3.94	.75	สูง
เครื่องมือ/สิ่งของ/แรงงาน	3.71	.67	สูง
โดยรวม	4.04	.72	สูง

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยการทดสอบไคสแควร์ ผลการวิจัยพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ สภาพทางเศรษฐกิจ การพักอาศัย และการมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $\chi^2 = 365.00, 724.33, 1081.41, 422.54, 705.46, 1439.52, 717.46, 1095.00; p < .01$  ตามลำดับ) รายละเอียด ดังตาราง 5

ตาราง 5 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ปัจจัย	พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ						$\chi^2$	p
	สูง		ปานกลางและต่ำ		รวม			
	n	%	n	%	n	%		
<b>เพศ</b>							365.00**	.000
ชาย	55	15.07	65	17.81	120	32.88		
หญิง	132	36.16	113	30.96	245	67.12		
<b>อายุ</b>								
60 - 69	127	34.80	51	13.97	178	48.77	724.33**	.000
70 - 79	73	20.00	63	17.26	136	37.26		
≥ 80	16	4.38	35	9.59	51	13.97		
<b>ระดับการศึกษา</b>							1081.41**	.000
ไม่ได้รับการศึกษา	25	6.85	20	5.48	45	12.33		
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4	60	16.44	115	31.51	175	47.95		
ประถมศึกษาปีที่ 5-6	77	21.09	32	8.77	109	29.86		
มัธยมศึกษา	25	6.85	11	3.01	36	9.86		
<b>โรคประจำตัว</b>							422.54**	.001
มีโรคประจำตัว	46	12.60	105	28.77	151	41.37		
ไม่มีโรคประจำตัว	140	38.36	74	20.27	214	58.63		
<b>สถานภาพสมรส</b>							705.46**	.000
โสด	5	1.37	17	4.66	22	6.03		
สมรส	111	30.41	96	26.30	207	56.71		
หม้าย/หย่า/แยก	71	19.45	65	17.81	136	37.26		
<b>อาชีพ</b>							1439.52**	.000
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	50	13.70	59	16.16	109	29.86		
เกษตรกรกรรม	67	18.35	75	20.55	142	38.90		
รับจ้าง	45	12.33	33	9.04	78	20.37		
ค้าขาย	25	6.85	11	3.01	36	9.86		
<b>สภาพทางเศรษฐกิจ</b>							717.55**	.001
เพียงพอกับรายจ่าย	117	32.05	92	25.21	209	57.26		
เพียงพอและเหลือเก็บ	10	2.74	33	9.04	43	11.78		
ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	60	16.44	53	14.52	113	30.96		
<b>การพักอาศัย</b>							1095.00**	.002
อยู่คนเดียว	30	8.22	15	4.11	45	12.33		
บุตรหลาน	50	13.70	11	3.01	61	16.71		
คู่สมรส	45	12.33	60	16.44	105	28.77		
คู่สมรสและบุตรหลาน	65	17.81	89	24.38	154	42.19		

\*p &lt; .05, \*\*p &lt; .01

6. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .703, p < .01$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์สูงสุด รองลงมาคือ ด้านเครื่องมือ/สิ่งของ/แรงงาน ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการให้การประเมิน ตามลำดับ ( $r = .641, .639, .613, .609; p < .01$ ) รายละเอียด ดังตาราง 6

ตาราง 6 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ( $r$ ) ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ในด้านต่างๆ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

แรงสนับสนุนทางสังคม	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ	
	$r$	ระดับ
ด้านอารมณ์	.641**	สูง
ด้านการให้การประเมิน	.609**	สูง
ด้านข้อมูลข่าวสาร	.613**	สูง
ด้านเครื่องมือ/สิ่งของ/แรงงาน	.639**	สูง
โดยรวม	.703**	สูง

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

## อภิปรายผล

1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับสูง ( $M = 3.99, SD = .53$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษ (ธีระชัย พรหมคุณ, พจนีย์ เสี่ยมจิตต์, และเสนอ ภริมจิตรผ่อง, 2557) อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย (สมิทธิ์ กล้าณรงค์, 2557) ผู้สูงอายุไทยพุทธในชุมชนกิ่งเมืองกิ่งชนบท (ประภาพร มโนรัตน์, กฤษณะ คำฟอง, วรพล แวงนอก, และพรฤดี นิธิรัตน์, 2559) และผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร (ศิริสุข นาคะเสนีย์, 2561) แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่มีกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อสุขภาพของตนเอง นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีตามตัวชี้วัดการดูแลสุขภาพที่ดี ได้แก่ การเข้ารับการตรวจสุขภาพเป็นประจำ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ตลอดจนการหลีกเลี่ยงการดื่มสุราและสูบบุหรี่ (Webber, Guo, & Mann, 2013) ตลอดจนการดูแลสุขภาพจิต ได้แก่ การทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลในครอบครัว การอยู่ร่วมกับญาติ ความสัมพันธ์อันดีกับคนในวัยเดียวกัน จะช่วยให้จิตใจของผู้สูงอายุเบิกบานและสร้างกำลังใจในการดำรงชีวิต (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ โดยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคู่สมรส และพักอาศัยอยู่กับบุตรหลาน รวมทั้ง เมื่อพิจารณาในรายด้านพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านจิตใจสูงสุด ( $M = 4.27, SD = .76$ ) รองลงมาคือด้านสังคม ( $M = 4.00, SD = .82$ ) ซึ่งชี้ให้เห็นว่า ผู้สูงอายุให้ความสำคัญและสนใจดูแลสุขภาพตนเองทั้งสุขภาพกาย จิตและสังคม ซึ่งช่วยลดอาการ

เจ็บป่วย ลดภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัว และดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข (ศิริสุข นาคะเสนีย์, 2561) ตลอดจนสอดคล้องกับนโยบายพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. (ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ สุนัขบุหรี และสุรา) ของกระทรวงสาธารณสุข ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและห่างไกลจากโรคเรื้อรัง (รุจิราวงศ์ วรรณธนาทัศน์, 2560; ตวงพร กตัญญูตานนท์ และคณะ, 2560)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ สถานภาพทางเศรษฐกิจ การพักอาศัย การมีโรคประจำตัว ผลการวิจัยพบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011; ชูสิกร ตำนยทุทศิลป์, 2561) กล่าวว่าปัจจัยทางประชากรผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผ่านกระบวนการรับรู้ภายในตัวบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยพบว่า เพศและอายุสามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ( $Beta = .271, -.280, p < .01$ ) ในขณะที่ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ไม่มีความสัมพันธ์ และไม่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้ (เสาวนิจ นิจนันต์ชัย และมาลี สันติธิรศักดิ์, 2553) และผลการศึกษาในผู้สูงอายุ อำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า เพศ ระดับการศึกษา และอาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (สำเนาวิ ศรีงาม, 2559) จะเห็นได้ว่า มีผลการวิจัยที่ทั้งสอดคล้องและแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาผลการวิจัยตามตัวแปรข้อมูลส่วนบุคคลตามสัดส่วนของผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองในระดับสูง พบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวมีสัดส่วนสูงกว่ากลุ่มที่มีโรคประจำตัว ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011) ที่กล่าวว่า ผู้ที่มีสุขภาพดีไม่มีโรคประจำตัว มีความโน้มเอียงที่จะกระทำกิจกรรมที่จะเป็นการส่งเสริมสุขภาพที่ดี ในขณะที่กลุ่มที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองในระดับปานกลาง มีสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว จะมีการดูแลสุขภาพตนเองที่เคร่งครัดทั้งด้านการรับประทานอาหาร พักผ่อนให้เพียงพอ และยังมีโอกาสในการพบปะแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์จากการพบบุคคลากรทางการแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของพูลศักดิ์ พุ่มวิเศษ (2558) ซึ่งเสนอว่า ปัญหาสุขภาพเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

ปัจจัยด้านสถานภาพสมรสพบว่า ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรส ตลอดจนผู้สูงอายุที่พัวพันกับคู่สมรสและบุตรหลานมีสัดส่วนของการมีพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่าในกรณีที่ไม่มีคู่สมรสและการอยู่โดยลำพังหรือไม่มีคู่สมรสทั้งในกลุ่มที่มีระดับพฤติกรรมดูแลตนเองสูงและปานกลาง เนื่องจากคู่สมรสเป็นส่วนหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากคู่สมรสและบุตรหลาน ที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกับผู้สูงอายุ จะมีความรักความเข้าใจ เอาใจใส่ซึ่งกันและกัน ทำให้มีกำลังใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลสุขภาพของตนเอง (พูลศักดิ์ พุ่มวิเศษ, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาของปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ และคณะ (2561) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอาศัยในชุมชนชนานเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลในครอบครัว เช่น คู่สมรส หรือบุตรหลาน จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งกล่าวได้ว่า เป็นส่วนส่วนหนึ่งของ

ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (สุวิมลรัตน์ ครอบรู้เจน, 2559; สำเนาวิ ศรีงาม, 2559)

ปัจจัยด้านเพศและอายุ ผลการวิจัยพบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าเพศชายทั้งในกลุ่มที่มีระดับพฤติกรรมสูงและปานกลาง ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ที่ดีกว่า โดยเฉพาะในประเด็นของการสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา จากผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557 พบว่า ผู้ชายมีอัตราการดื่มสุราสูงกว่าหญิงประมาณ 4 เท่า เพศชายมีสัดส่วนของการดื่มหนักในครั้งเดียวสูงกว่าหญิงถึง 2 เท่า (ร้อยละ 48.3 และ 23.8 ตามลำดับ) ปัจจัยด้านอายุ ผลการวิจัยพบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีระดับพฤติกรรมดูแลตนเองสูง อยู่ในผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยคือ 60 – 69 ปี เมื่อเทียบกับอายุ 70 - 79 ปี และมากกว่า 80 ปี แสดงว่าเมื่อมีอายุมากขึ้นพฤติกรรมดูแลตนเองจะลดลง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเบญจพร สว่างศรี และเสริมศรี แต่งงาม (2556) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-65 ปี มีระดับการดูแลสุขภาพตนเองสูงสุด รวมทั้งผลการศึกษาที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (เสาวนิจ นิจนันต์ชัย และมาลี สันติศิริศักดิ์, 2553)

ปัจจัยด้านการศึกษา อาชีพ และสภาพทางเศรษฐกิจ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองในระดับสูง มีสัดส่วนของการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษามากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษา อาจกล่าวได้ว่า ระดับการศึกษานั้นเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อความรู้ทางสุขภาพ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่แสดงให้เห็นถึง พฤติกรรมสุขภาพ การดูแลตนเองตลอดจนผลลัพธ์ทางสุขภาพ บุคคลที่มีระดับความรู้ทางสุขภาพที่สูงกว่าย่อมมีการดูแล ตนเองที่ดีกว่า (ชินตา เตชะวิจิตรจารุ, 2561) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริสุข นาคะเสนีย์ (2561) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองมากกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ระดับการศึกษาจึงเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการแสวงหาความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อีกทั้งความรู้สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ, 2559) ผลการวิจัยนี้ มีทิศทางเดียวกับอาชีพและสภาพทางเศรษฐกิจ การมีอาชีพนำไปสู่การมีรายได้และค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พบว่า รายได้และการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุสามารถทำนายภาวะสุขภาพผู้สูงอายุได้ (พิมพ์สุทธิ บัวแก้ว และรติพร ถึงฝั่ง, 2559)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .703, p < .01$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิสภรณ์ อารงค์วัฒนกุล, ภัทรพร ฤทธิ์เทพ, ขวัญเรียม นิมสุวรรณ, และรัชชัย ศรีพรงาม (2562) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตำบลบางม่วง จังหวัดนครสวรรค์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รวมทั้งจากการศึกษาของสุวิมลรัตน์ ครอบรู้เจน (2559) พบว่า การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล จากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ( $r = .125, p < .05$ ) และการศึกษาในผู้สูงอายุ อำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ( $r = .561, p < .01$ )

และสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้สูงสุด ( $Beta = .329, p < .05$ ) (สำเนา ศรีงาม, 2559) แสดงให้เห็นว่า บุคคลในครอบครัวมีอิทธิพลสูงต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับลูกหลาน จะรู้สึกว่ามีคนดูแลและเห็นคุณค่าของตนเอง ส่งผลให้มีสภาวะจิตใจที่ดีไปด้วย ทำให้สุขภาพกายดีและสามารถดูแลตนเองให้ปราศจากโรคร้ายได้เป็นอย่างดี ครอบครัวจึงมีบทบาทในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุทุกรูปแบบ (วัลภา บุรณกลัศ, 2560) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุรับรู้ต่อแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ( $M = 4.04, SD = .72$ ) โดยด้านแรงสนับสนุนด้านอารมณ์มีค่าเฉลี่ยสูงสุด และมีความสัมพันธ์สูงสุดกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเช่นกัน ( $r = .641, p < .01$ ) แรงสนับสนุนจากครอบครัวด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นความรู้สึกห่วงใย รักและผูกพัน เห็นอกเห็นใจจากสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงในจิตใจ (วัลภา บุรณกลัศ, 2560) ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านจิตใจสูงสุด ( $M = 4.27, SD = .76$ ) ดังนั้น การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ควรเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นสำคัญ

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความตระหนักและมีความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ตลอดจนการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีและการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมครอบคลุมทั้งด้านอารมณ์ การให้การประเมินผล ข้อมูล ข่าวสาร และด้านสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ สำหรับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยและพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโดยเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมครอบคลุมทั้งจากสมาชิกครอบครัว บุคลากรทางสุขภาพ และชมรม/สมาคมต่างๆ ต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ* (พิมพ์ครั้งที่ 8). นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก.
- กุลวดี โรจนไพศาลกิจ. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 28(3), 68-83.
- ชินตา เตชะวิจิตรจารุ. (2561). ความรอบรู้ทางสุขภาพ: ภาวะสำคัญสู่พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพที่ดี. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(ฉบับพิเศษ), 1-15.

- ชวลีกร ตำนยทุทศิลป์. (2561). แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และการประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพทางการพยาบาล. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 38(2), 132-141.
- ดวงพร กตัญญูตานนท์, วัชณีย์ จันทรปัญญา, สุธีธิดา ปาเป้า, เสาวณี เป้าจันทาร, ธรพร น้อยเปรม, สาวิกา พาลี, และจันทรเพ็ญ แสงจันทร์. (2560). พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สถานีอนามัยแห่งหนึ่ง ในตำบลบางเมือง จังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารวิชาการฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 6(2), 53-62.
- ธีระชัย พรหมคุณ, พจนีย์ เสงี่ยมจิตต์, และเสนอ ภิรมจิตร์ผ่อง. (2557). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 7(1), 133-145.
- นิสภรณ์ อ่างรงค์พัฒนกุล, ภัทราพร ฤทธิ์เทพ, ขวัญเรียม นิมสุวรรณ, และธวัชชัย ศรีพรงาม. (2562). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลบางม่วง อำเภอบางคนที จังหวัดนครสวรรค์. *วารสารวิจัยราชภัฏธนบุรีรับใช้สังคม*, 5(2), 56-67.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2545). *การวิจัยเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาสน.
- เบญจพร สว่างศรี, และเสริมศรี แต่งงาม. (2556). การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิชาการ มทร. สุพรรณภูมิ*, 1(2), 128-137.
- ประภาพร มโนรัตน์, กฤษณะ คำฟอง, วรพล แวงนอก, และพรฤดี นิธิรัตน์. (2559). การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุไทยพุทธในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท: กรณีศึกษาบ้านนาโปลิ่ง ตำบลท่าเสา อำเภอบางคนที จังหวัดอุตรดิตถ์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 8(2), 96-111.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล (บ.ก.). (2562). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2561*. กรุงเทพฯ: พรินเทอรี่.
- ปิยธิดา คูทธิบุญรัตน์, อมรรัตน์ รัตนศิริ, บังอรศรี จินดาวงค์, ไพรินทร์ เนธิบุตร, ลำดวน วัชนะปาน, ชนกานต์ จันทะคุณ, และชลทิพย์ สุภาพินิจ. (2561). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอาศัยในชุมชนชนเมือง จังหวัดขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 33(2), 153-60.
- พิมพ์สุทธิ บัวแก้ว, และระติพร ถึงฝั่ง. (2559). การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. *วารสารสมาคมนักวิจัย*, 21(2), 94-109.
- พูลศักดิ์ พุ่มวิเศษ. (2558). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 38(2), 25-34.
- มารีสา ประทุมมา. (2550). *การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหลวงพ่อบึง บนพื้นฐานของปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว* (การค้นคว้าอิสระ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศิลปากร, กรุงเทพฯ.
- รุจิรารงค์ วรรณธนาทัศน์. (2560). การศึกษาประสิทธิผล ของโปรแกรมการส่งเสริม การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุและการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม. *วารสารสุขภาพภาคประชาชน*, 12(1), 17-29.

- ลาวัลย์ รัตนา. (2552). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี (สารนิพนธ์ ปริญญาการศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- วิษพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว. (2557). พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี (วิทยานิพนธ์ ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- วัลภา บุรณกลัศ. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัวกับความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่ง เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 9(2), 25-33.
- สมิทธิ์ กล้าณรงค์. (2557). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลนางาม อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย. *เชียงใหม่เวชสาร*, 6(2), 125-131.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2560). *ผลสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย 2560*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. (2561). *Health Data Center (HDC) กลุ่มรายงานมาตรฐานข้อมูลส่วนบุคคล หมวดประชากร*. สืบค้นจาก [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index\\_pk.php](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php).
- สำเนาวิ ศรีงาม. (2559). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 6(3), 217-224.
- สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน. (2559). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 17(2), 77-84.
- เสาวนิจ นิจอพันธ์ชัย, และมาลี สันติธิรศักดิ์. (2553). การสนับสนุนทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในจังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารกองการพยาบาล*, 37(2), 64-76.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, S., & Syme, S. L. (1985). *Social support and health*. Orlando, FL: Academic Press.
- Kadirvelu, A., Sadasivan, S., & Hui Ng, S. (2012). Social support in type II diabetes care: A case of too little, too late. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 5, 407-417.
- Pender, N. J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M. A. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6<sup>th</sup> ed.). Boston: Pearson.
- Shumaker, S. A., & Brownell, A. (1984). Towards a theory of social support: Closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues*, 40(4), 11-36.
- Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2011). *Self-care science, nursing theory, and evidence-based practice*. New York: Springer Publishing Company.



Webber, D., Guo, Z., & Mann, S. (2013). Self-care in health: We can define it, but should we also measure it?. *SelfCare*, 4(5), 101-106.

Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (3<sup>rd</sup> ed.) New York: Harper and Row.