

การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุไทยพุทธในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท :กรณีศึกษานานาโปรง ตำบลท่าเสา อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์

ประภาพร โมรินทร์*

กฤษณะ คำฟอง**

วรพล แวงนอก***

พรฤดี นิธิรัตน์****

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุไทยที่นับถือศาสนาพุทธในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ศึกษาในประชากรผู้สูงอายุบ้านนาโปรง ตำบลท่าเสา อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและนับถือศาสนาพุทธ จำนวน 80 คน รวบรวมข้อมูลทั้งวิธีเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยการรวบรวมเชิงปริมาณใช้แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .93 และวิธีเชิงคุณภาพใช้การสัมภาษณ์เป็นประเด็นคำถามปลายเปิด สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุ มีค่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\mu = 3.95$, $\sigma = 0.38$) โดยพบว่า ผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองมากที่สุดในด้านอโรกาย อยู่ในระดับสูงมาก ($\mu = 4.43$, $\sigma = 0.57$) รองลงมาคือ ด้านอบายมุขและด้านอารมณ์ อยู่ในระดับสูงมาก ($\mu = 4.40$, $\sigma = 0.77$ และ $\mu = 4.20$, $\sigma = 0.62$ ตามลำดับ) และน้อยที่สุด คือด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ($\mu = 3.06$, $\sigma = 0.97$) และผู้สูงอายุเห็นว่าการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องของตนเองที่จะต้องคงไว้เพื่อสุขภาพดี

จากผลการวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะว่า หน่วยบริการสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเร่งรัดให้มีการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุไทยพุทธด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยและบริบทของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพตนเอง, ผู้สูงอายุไทยพุทธ, ชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

**อาจารย์คณะวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์

***อาจารย์คณะวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ ฉะเชิงเทรา

****พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

Self-Health Care of the Buddhist Elderly in Suburban Area: A Case Study Ban Na-Plong, Tambon Tha-Sao, Amphur Muang, Uttaradit Province

Prapaporn Manorath *

Krissana Kamfong **

Worraphol Waengnork ***

Pornruedee Nitirat ****

ABSTRACT

This study was to examine the self-health care of Thai Buddhist elderly in suburban area, Ban Na-Plong, tambon Tha-Sao, amphur Muang, Uttaradit province, Thailand. The structure interview schedules were used for collecting data from 80 Buddhist elderly, 60 years and above. Content validity testing by using experts and reliability testing by using Cronbach's Alpha Coefficient was at .93. The interview guideline was used for those population. Quantitative data analysis were used, frequency, percentage, mean, standard deviation. Content analysis was used for qualitative data.

The results showed that overall of self-health care of the elders were at a high level ($\mu = 3.95$, $\sigma = 0.38$) The highest score of dimension of self health care was arokaya (disease reduction) ($\mu = 4.43$, $\sigma = 0.57$) at a highest level, and the ranking were abayamuk (temptation) and emotion ($\mu = 4.40$, $\sigma = 0.77$ and $\mu = 4.20$, $\sigma = 0.62$ respectively) The lowest score of dimension was exercise at a medium level ($\mu = 3.06$, $\sigma = 0.97$) Moreover, the elders had opinion that they were owner of their self-health care and should maintain for well-being. Suggestion: Sub-district Health Service Center and the relevant authorities should accelerate the promotion of self-health care of the elderly to do the exercise continued that appropriate for their age and context.

Key words: Self-Health Care, Thai Buddhist Elderly, Suburban area

*RN., Senior Professional level, Community and Psychiatric Nursing Department, Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit

**Senior Lecturer, Faculty of Science and Technology, Uttaradit Rajabhat University

***Senior Lecturer, Faculty of Science and Technology, Rajabhat Rajanagarindra University, Chachoengsao

****RN., Senior Professional level, Community Nursing Department, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โลกและประเทศไทยกำลังเผชิญสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) และกำลังก้าวเข้าสู่ยุคสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและอายุยืนขึ้นอย่างต่อเนื่องจากความเจริญทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์และการสาธารณสุขร่วมกับอัตราเกิดลดลง ผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มคนที่เป็นส่วนใหญ่ของสังคม หากผู้สูงอายุนั้นมีภาวะสุขภาพดี มีความพึงพอใจในชีวิตมาก สังคมผู้สูงอายุก็จะเต็มไปด้วยผู้สูงอายุที่มีความสุข ส่งผลให้สังคมมีความสุขและคนในสังคมมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามไปด้วย แต่ตามธรรมชาติแล้วผู้สูงอายุจะเผชิญกับกระบวนการสูงอายุ ซึ่งเป็นกระบวนการเสื่อมถอยของร่างกายตามธรรมชาติก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพและความไม่สุขสบายต่างๆ (ประภาพร มโนรัตน์ และคณะ, 2558) และยิ่งพบปัญหาสุขภาพมากขึ้นในผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจอารมณ์และการเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทในสังคม (ประภาพร มโนรัตน์ และคณะ, 2553; ประภาพร มโนรัตน์ และคณะ, 2558) ซึ่งการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2550 และพ.ศ.2554 พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 31.7 โรคเบาหวานร้อยละ 13.3 โรคหัวใจร้อยละ 7.0 โรคหลอดเลือดในสมองตีบ ร้อยละ 1.6 อัมพาต อัมพฤกษ์ ร้อยละ 2.5 และโรคเมเร็งร้อยละ 0.5 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2555) นอกจากนี้สังคมไทยปัจจุบันเปลี่ยนจากสังคมเกษตรกรรมมาเป็นสังคมอุตสาหกรรม มีการเคลื่อนย้ายของวัยแรงงานเข้าสู่ตัวเมืองด้วยเหตุผลทางด้านเศรษฐกิจส่งผลต่อโครงสร้างครอบครัวไทย ประชาชนมีค่านิยมที่เน้นเรื่องวัตถุมากกว่าจิตใจ มีการยกย่องความสามารถของบุคคลมากขึ้น ไม่เน้นความสำคัญของระบบอาวุโสเกิดความห่างเหินและมีช่องว่างระหว่างคนรุ่นใหม่

กับผู้สูงอายุ ทำให้การดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกันภายในครอบครัวลดลง สัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุและสังคมลดลง จากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุทั้งทางร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม ผู้สูงอายุจะต้องมีการปรับตัวเพื่ออยู่ในสังคมได้แนวทางหนึ่งคือการเสริมพลังอำนาจให้ผู้สูงอายุพึ่งตนเองทางสุขภาพได้ กล่าวคือผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้โดยมีการปฏิบัติกิจกรรมที่ริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี ดังนั้นการประเมินความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุจะเป็นข้อมูลพื้นฐานนำไปสู่การเสริมสร้างพลังอำนาจในการพึ่งตนเองทางสุขภาพได้ ซึ่งจากผลการศึกษาของธรราร ดวงแก้ว และหิรัญญา เชนอุดม (2550) พบว่า ผู้สูงอายุในพื้นที่ชุมชนชนบทตำบลโพรงมะเดื่อ จังหวัดนครปฐม มีการดูแลสุขภาพตนเองในระดับปานกลางเท่านั้น และสำหรับในพื้นที่ชุมชนในเขตกึ่งเมืองกึ่งชนบทนั้นเป็นลักษณะที่ความสัมพันธของคนในชุมชนเปลี่ยนไป จากวิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนมีปฏิสัมพันธ์กันลดลง ผู้สูงอายุจะโดดเดี่ยวและอยู่ลำพังมากขึ้น การพึ่งตนเองทางสุขภาพอาจเป็นไปได้ไม่ดีเท่าที่ควร จึงควรเร่งด่วนในการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทผู้สูงอายุ ทั้งนี้ในหมู่บ้านนาโป่ง จังหวัดอุดรดิตถ์ เป็นพื้นที่กำลังอยู่ในช่วงกระบวนการเปลี่ยนผ่านระหว่างความเป็นชนบทที่จะลดลงเรื่อยๆ และความเป็นเมืองกำลังเข้ามาแทนที่อย่างต่อเนื่อง และส่วนใหญ่ผู้สูงอายุนับถือศาสนาพุทธร้อยละ 98.5 ดังนั้นการศึกษาถึงการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุไทยที่นับถือศาสนาพุทธในชุมชนเขตกึ่งเมืองกึ่งชนบท จะช่วยให้ได้ข้อมูลอันเป็นบริบทเฉพาะของผู้สูงอายุเป็นพื้นฐานสู่การพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุไทยพุทธในชุมชนกึ่งเมือง

กึ่งชนบทโดยเลือกศึกษานานาโปรง ตำบลท่าเสา อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ เพื่อนำผลไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุไทยพุทธในเขตดังกล่าวและประยุกต์ใช้ในเขตกึ่งเมืองกึ่งชนบทอื่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุไทยพุทธ บ้านนาโปรง ตำบลท่าเสา อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในพื้นที่เขตกึ่งเมืองกึ่งชนบทเพื่อศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุไทยพุทธ บ้านนาโปรง ตำบลท่าเสา อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ ศึกษาในประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่นับถือศาสนาพุทธ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง 1 เมษายน-31 พฤษภาคม 2557

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบวิจัย การวิจัยแบบผสม (Mixed Method)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุนานาโปรง ตำบลท่าเสา อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 80 คน (เป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่มี ADL $\geq$ 12 คะแนนขึ้นไปทุกคน)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง เรื่องการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดนโยบายสร้างสุขภาพ 6 อ. (กระทรวงสาธารณสุข,

2549) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ โรคประจำตัว จำนวนบุตร จำนวนผู้ที่อาศัยอยู่ด้วย ผู้ที่อาศัยอยู่ด้วย เป็นคำถามปลายเปิดให้เลือกตอบ

ตอนที่ 2 แบบแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ สร้างตามแนวคิดนโยบายสร้างสุขภาพ 6 อ. (กระทรวงสาธารณสุข, 2549) ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองใน 6 ด้าน ได้แก่ อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย โรคภัยอนามัยสิ่งแวดล้อม อายุมุม รวม 25 ข้อ มีลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) ในแต่ละข้อคำถามมีตัวเลือก 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตามลักษณะคำตอบของข้อความที่แสดงถึงการดูแลสุขภาพตนเอง จากเห็นด้วยอย่างยิ่งจนถึงเห็นด้วยน้อยที่สุด ซึ่งข้อคำถามเชิงบวกจะให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ ส่วนข้อคำถามเชิงลบจะให้คะแนนกลับกัน โดยกำหนดให้เลือกตอบในแต่ละข้อได้เพียงคำตอบเดียว

เครื่องมือเชิงคุณภาพเป็นแบบสัมภาษณ์เป็นประเด็นคำถามปลายเปิด เกี่ยวกับความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุทั่วไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบหาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น ดังนี้

1. การหาความเที่ยงตรง (Validity) ได้นำแบบสัมภาษณ์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เพื่อทำการตรวจสอบความถูกต้องและความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) และปรับปรุงให้มีความชัดเจนและเหมาะสมตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปหาความเชื่อมั่น
2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ได้นำ

แบบสัมภาษณ์ที่ได้ผ่านการแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน ณ ชุมชนท่าอิฐบน อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ ประสานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่อนดินแดง ซึ่งรับผิดชอบหมู่บ้านนาโป่ง และประสานกับกำนันตำบลท่าเสา ซึ่งเป็นผู้นำหมู่บ้านนาโป่ง ตำบลท่าเสา อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ เพื่อชี้แจงรายละเอียดถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

2.1 ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุโดยอธิบายรายละเอียดของงานวิจัย แจ้งสิทธิที่ควรได้รับการวิจัยแก่ผู้สูงอายุและญาติ เพื่อการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งตอบข้อซักถามหรือข้อสงสัยของผู้สูงอายุและญาติจนเข้าใจ หลังจากนั้นได้สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อผู้สูงอายุยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ให้ผู้สูงอายุลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย ซึ่งผู้สูงอายุสามารถยุติการให้ข้อมูล และถอนตัวได้ตลอดเวลาถึงจะลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้วก็ตาม

2.2 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุ โดยนัดหมายเข้าสัมภาษณ์ในช่วงเวลาที่ผู้สูงอายุแต่ละคนสะดวกและเมื่อผู้สูงอายุพร้อมที่

จะให้ข้อมูล ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพก่อนแล้วดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ด้วยตนเอง โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 15-30 นาที

2.3 เมื่อเสร็จสิ้นในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและญาติซักถามข้อสงสัยอีกครั้งและตอบข้อซักถามให้ผู้สูงอายุและญาติหายสงสัย

2.4 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสัมภาษณ์และนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาลงรหัส วิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมในการวิจัย โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลทราบ และมีการขออนุญาตในการเก็บข้อมูลโดยให้อิสระในการตัดสินใจเพื่อให้คำตอบไม่เป็นการบังคับ และให้ความมั่นใจแก่กลุ่มตัวอย่างในการนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวม กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการที่จะไม่เข้าร่วมหรือออกจากการศึกษาวิจัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

พบว่า ผู้สูงอายุไทยพุทธบ้านนาโป่งส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 52.5 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 78.8 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 53.8 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 53.8 มีรายได้อยู่ในช่วง 1,000-5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 42.5 รายได้มาจากเบี้ยผู้สูงอายุ

ร้อยละ 56 มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง ผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ด้วยเฉลี่ย 1-3 คน ร้อยละ 48.6 และ
ร้อยละ 52.5 จำนวนบุตรเฉลี่ย 1-3 คน ร้อยละ 60 อาศัยอยู่กับบุตร ร้อยละ 39.4 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน) (N=80)	ร้อยละ
อายุ		
60-69 ปี	29	36.30
70-79	42	52.50
80-89 ปี	9	11.20
เพศ		
ชาย	24	30.00
หญิง	56	70.00
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	7	8.75
ประถมศึกษา	63	78.75
มัธยมต้น	6	7.50
มัธยมปลาย/ ปวช.	3	3.75
ปริญญาตรี/ เทียบเท่า	1	1.25
สถานภาพสมรส		
โสด	4	5.00
คู่	43	53.75
หม้าย	29	36.25
หย่า/ แยก	4	5.00
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	43	53.80
รับจ้าง	14	17.50
ค้าขาย	12	15.00
ข้าราชการ	1	1.20
เกษตรกร	9	11.30
ธุรกิจส่วนตัว	1	1.20
รายได้		
ต่ำกว่า 1,000 บาท	33	41.30
1,000-5,000 บาท	34	42.50

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน) (N=80)	ร้อยละ
5,000–10,000 บาท	9	11.20
มากกว่า 10,000 บาท	4	5.00
แหล่งที่มาของรายได้ (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
จากตัวเอง	38	28.36
จากเบี้ยผู้สูงอายุ	75	55.97
จากบุคคลในครอบครัว	21	15.67
โรคประจำตัว (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ไม่มีโรคประจำตัว	26	32.5
โรคหัวใจ	8	10.00
โรคเบาหวาน	19	23.75
โรคความดันโลหิตสูง	42	52.50
โรคไขมันในเลือดสูง	25	31.25
ต้อหิน	1	1.25
กระเพาะอาหารอักเสบ	4	5.00
ภูมิแพ้	1	1.25
เก๊าท์	5	6.25
ต่อมลูกหมากโต	1	1.25
หอบหืด	2	2.50
ไต	3	3.75
โลหิตจาง	1	1.25
จำนวนบุตร		
ไม่มีบุตร	4	5.00
1-3 คน	48	60.00
4-6 คน	21	26.25
7-9 คน	7	8.75
จำนวนผู้ที่อยู่อาศัย		
อยู่อาศัยคนเดียว	5	6.25
1-3 คน	39	48.75
4-6 คน	32	40.00
มากกว่า 6 คน	4	5.00

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน) (N=80)	ร้อยละ
ผู้ที่อาศัยอยู่ด้วย (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
อยู่คนเดียว	8	6.06
อยู่กับสามีภรรยา	41	31.06
อยู่กับบุตร	52	39.39
อยู่กับญาติพี่น้อง	31	23.48

2. การดูแลตนเองของผู้สูงอายุไทยพุทธ บ้านนาโป่ง

ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุ มีค่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\mu = 3.95$, $\sigma = 0.38$) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองมากที่สุดในด้านโรคยา อยู่ในระดับสูงมาก

($\mu = 4.43$, $\sigma = 0.57$) รองลงมาคือ ด้านอบายมุขและด้านอารมณ์ อยู่ในระดับสูงมาก ($\mu = 4.40$, $\sigma = 0.77$ และ $\mu = 4.20$, $\sigma = 0.62$ ตามลำดับ) และผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการดูแลสุขภาพตนเองน้อยที่สุด คือด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ($\mu = 3.06$, $\sigma = 0.97$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุไทยพุทธ บ้านนาโป่ง จำแนกโดยรวม รายด้านและระดับการดูแลตนเอง

การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ	ค่าเฉลี่ย (μ) (N=80)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (σ)	ระดับ
การดูแลสุขภาพตนเองด้านอาหาร	3.44	0.61	สูง
การดูแลสุขภาพตนเองด้านอารมณ์	4.20	0.62	สูง
การดูแลสุขภาพตนเองด้านออกกำลังกาย	3.06	0.97	ปานกลาง
การดูแลสุขภาพตนเองด้านโรคยา	4.43	0.57	สูงมาก
การดูแลสุขภาพตนเองด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	4.19	0.65	สูง
การดูแลสุขภาพตนเองด้านอบายมุข	4.40	0.77	สูงมาก
รวม	3.95	0.38	สูง

เมื่อพิจารณารายด้านของการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบดังนี้

2.1 การดูแลสุขภาพตนเองด้านอาหารพบว่า ผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการดูแลสุขภาพตนเองด้านอาหารโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\mu = 3.44$, $\sigma = 0.61$) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการดูแลสุขภาพด้านอาหารมากที่สุดเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารที่สะอาดและปลอดภัย รongลงมา คือ การรับประทาน

อาหารอ่อน ย่อยง่าย อยู่ในระดับสูง ($\mu = 4.19$, $\sigma = 1.08$ และ $\mu = 3.69$, $\sigma = 1.20$ ตามลำดับ) สำหรับผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการดูแลสุขภาพตนเองด้านอาหารน้อยที่สุด คือการรับประทานอาหารเสริมเป็นประจำ เช่น นม อาหารเสริมแคลเซียม เป็นต้น รongลงมา คือ การรับประทานอาหารที่ไม่ใส่ผงชูรส และการรับประทานอาหารเป็นเวลาอยู่ในระดับปานกลาง ($\mu = 2.85$, $\sigma = 1.62$ $\mu = 3.14$, $\sigma = 1.56$ และ $\mu = 3.31$, $\sigma = 1.68$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุไทยพุทธ บ้านนาโป่ง ด้านอาหาร จำแนกโดยรวม รายข้อและระดับ

การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้านอาหาร	ค่าเฉลี่ย (μ) (N=80)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (σ)	ระดับ
1. การรับประทานอาหารเป็นเวลา	3.31	1.68	ปานกลาง
2. การรับประทานอาหารเสริมเป็นประจำ เช่น นม อาหารเสริมแคลเซียม เป็นต้น	2.85	1.62	ปานกลาง
3. การเลือกรับประทานอาหารที่สะอาดและปลอดภัย	4.19	1.08	สูง
4. การรับประทานอาหารที่ไม่ใส่ผงชูรส	3.14	1.56	ปานกลาง
5. การรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย	3.69	1.20	สูง
โดยรวม	3.44	0.61	สูง

2.2 การดูแลสุขภาพตนเองด้านอารมณ์พบว่า ผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการดูแลสุขภาพตนเองด้านอารมณ์โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\mu = 4.20$, $\sigma = 0.62$) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการดูแลสุขภาพตนเองด้านอารมณ์มากที่สุดเกี่ยวกับเมื่อรู้สึกโกรธ ไม่ขำขันปาลังของหรือพูดจาไม่สุภาพ รongลงมา คือ เมื่อรู้สึกเครียด ท้อแท้ จะไม่ใช้ยาเร่งรีบประสาหรือยานอนหลับ อยู่

ในระดับสูงมาก และการไม่นำคำพูดของผู้อื่นมาคิดหรือเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นให้เกิดความทุกข์อยู่ในระดับสูง ($\mu = 4.79$, $\sigma = 0.59$ $\mu = 4.50$, $\sigma = 1.04$ และ $\mu = 4.20$, $\sigma = 1.18$ ตามลำดับ) สำหรับผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการดูแลสุขภาพตนเองด้านอารมณ์น้อยที่สุด คือ การฝึกสมาธิและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างมีสติอยู่เสมอ อยู่ในระดับปานกลาง ($\mu = 3.33$, $\sigma = 1.48$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุไทยพุทธบ้านนาโป่ง
ด้านอารมณ์ จำแนกโดยรวม รายข้อและระดับ

การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้านอารมณ์	ค่าเฉลี่ย (μ) (N=80)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (σ)	ระดับ
1. เมื่อรู้สึกโกรธจะไม่ขว้างปาสิ่งของหรือพูดจาไม่สุภาพ	4.79	0.59	สูงมาก
2. การฝึกสมาธิและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างมีสติอยู่เสมอ	3.33	1.48	ปานกลาง
3. เมื่อรู้สึกเครียด ท้อแท้ จะไม่ใช้ยาหรือรับประทานยาโดยไม่ปรึกษาแพทย์	4.50	1.04	สูงมาก
4. การไม่นำคำพูดของผู้อื่นมาคิดหรือเปรียบเทียบกับตนเองกับผู้อื่นให้เกิดความทุกข์	4.20	1.18	สูง
โดยรวม	4.20	0.62	สูง

2.3 การดูแลสุขภาพตนเองด้านการออกกำลังกาย พบว่า ผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการดูแลสุขภาพตนเองด้านการออกกำลังกายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\mu=3.06, \sigma=0.97$) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการดูแลสุขภาพตนเองด้านออกกำลังกายมากที่สุดเกี่ยวกับการออกกำลังกายด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเองด้วยการเดิน ปั่นจักรยาน เล่นเปตอง ไม้พลอง เล่นกีฬาอื่นๆ ที่ไม่หักโหม และไม่เคยได้รับบาดเจ็บระหว่างการออกกำลังกายใน

ระดับสูง ($\mu = 3.65, \sigma = 1.44$) รองลงมา คือ การใช้เวลาในการออกกำลังกายที่ไม่ต่ำกว่าครึ่งละ 20-30 นาที รองลงมา และการอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกายและผ่อนคลายกล้ามเนื้อหลังออกกำลังกายเสร็จทุกครั้งอยู่ในระดับปานกลาง ($\mu = 2.96, \sigma = 1.55$ และ $\mu = 2.88, \sigma = 1.52$ ตามลำดับ) สำหรับผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการดูแลสุขภาพตนเองด้านการออกกำลังกายน้อยที่สุด คือการออกกำลังกายที่ไม่ต่ำกว่าสัปดาห์ละ 3 วัน อยู่ในระดับปานกลาง ($\mu = 2.76, \sigma = 1$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุไทยพุทธ บ้านนาโป่ง
ด้านออกกำลังกาย จำแนกโดยรวม รายข้อ และระดับ

การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้านการออกกำลังกาย	ค่าเฉลี่ย (μ) (N=80)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (σ)	ระดับ
1. การอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกายและผ่อนคลายกล้ามเนื้อหลังออกกำลังกายเสร็จทุกครั้ง	2.88	1.52	ปานกลาง
2. การใช้เวลาในการออกกำลังกายที่ไม่ต่ำกว่าครึ่งละ 20-30 นาที	2.96	1.55	ปานกลาง
3. การออกกำลังกายที่ไม่ต่ำกว่าสัปดาห์ละ 3 วัน	2.76	1.63	ปานกลาง
4. การออกกำลังกายด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเองด้วยการเดิน ปั่นจักรยาน เล่นเปตอง ไม้พลอง เล่นกีฬาอื่นๆ ที่ไม่หักโหม และไม่เคยได้รับบาดเจ็บระหว่างการออกกำลังกาย	3.65	1.44	สูง
โดยรวม	3.06	0.97	ปานกลาง

2.4 การดูแลสุขภาพตนเองด้านโรคยา
ผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการดูแลสุขภาพตนเอง
ด้านโรคยาโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก ($\mu = 4.43$,
 $\sigma = 0.57$) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าผู้สูงอายุ
มีค่าคะแนนเฉลี่ยของการดูแลสุขภาพตนเองด้าน
โรคยามากที่สุดเกี่ยวกับเมื่อลิ้มรับประทานยาจะ
ไม่รับประทานเพิ่มเป็น 2 เท่าในมือถัดไป รองลงมา
คือ การรับการตรวจสุขภาพ เช่น วัดระดับความดัน

โลหิตและตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเป็นประจำและ
การดื่มกาแฟน้อยกว่า 2 แก้วต่อวัน อยู่ในระดับสูง
มาก ($\mu = 4.91$, $\sigma = 0.36$ $\mu = 4.49$, $\sigma = 0.95$ และ
 $\mu = 4.38$, $\sigma = 1.14$ ตามลำดับ) สำหรับผู้สูงอายุมีค่า
คะแนนเฉลี่ยของการดูแลสุขภาพตนเองด้านโรคยา
น้อยที่สุด คือ เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยจะไปพบแพทย์
โดยไม่ซื้อยามารับประทานเองอยู่ในระดับสูง ($\mu =$
3.94, $\sigma = 1.39$) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทยพุทธ บ้านนาโป่ง
ด้านโรคยา จำแนกโดยรวม รายข้อและระดับ

การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุด้านโรคยา	ค่าเฉลี่ย (μ) (N=80)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (σ)	ระดับ
1. การรับการตรวจสุขภาพ เช่น วัดระดับความดันโลหิต และตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเป็นประจำ	4.49	0.95	สูงมาก
2. เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยจะไปพบแพทย์โดยไม่ซื้อยามา รับประทานเอง	3.94	1.39	สูง
3. การดื่มกาแฟน้อยกว่า 2 แก้วต่อวัน	4.38	1.14	สูงมาก
4. เมื่อลิ้มรับประทานยา จะไม่รับประทานเพิ่มเป็น 2 เท่า ในมือถัดไป	4.91	0.36	สูงมาก
โดยรวม	4.43	0.57	สูงมาก

2.5 การดูแลสุขภาพตนเองด้านอนามัย
สิ่งแวดล้อม พบว่าผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการ
ดูแลสุขภาพตนเองด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมโดยรวม
อยู่ในระดับสูง ($\mu = 4.19$, $\sigma = 0.65$) และเมื่อพิจารณา
รายข้อพบว่าผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการดูแล
สุขภาพตนเองด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมากที่สุด
เกี่ยวกับการอยู่ในที่อากาศถ่ายเทสะดวก รองลงมา
คือ การแยกขยะและทิ้งขยะในที่รองรับขยะ อยู่ใน

ระดับสูงมาก ($\mu = 4.43$, $\sigma = 1.24$ และ $\mu = 4.31$, $\sigma =$
1.01 ตามลำดับ) สำหรับผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ย
ของการดูแลสุขภาพตนเองด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม
น้อยที่สุด คือ ในข้อ 20. ท่านทำความสะอาด/ ล้าง
จานชามทุกครั้งทันทีหลังรับประทานอาหาร รองลง
มา คือ ข้อ 19. ท่านเก็บสิ่งของเครื่องใช้ในบ้านเป็น
ระเบียบอยู่ในระดับสูง ($\mu = 3.93$, $\sigma = 1.28$ และ $\mu =$
4.11, $\sigma = 1.00$) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุไทยพุทธ บ้านนาโป่ง ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม จำแนกโดยรวม รายข้อ และระดับ

พฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	ค่าเฉลี่ย (μ) (N=80)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (σ)	ระดับ
1. การแยกขยะและทิ้งขยะในที่รองรับขยะ	4.31	1.01	สูงมาก
2. การเก็บสิ่งของเครื่องใช้ในบ้านเป็นระเบียบ	4.11	1.00	สูง
3. การทำความสะอาด/ล้างจานชามทุกครั้งทันที หลังรับประทานอาหาร	3.93	1.28	สูง
4. การอยู่ในที่อากาศถ่ายเทสะดวก	4.43	1.24	สูงมาก
โดยรวม	4.19	0.65	สูง

2.6 การดูแลสุขภาพตนเองด้าน อายุมขพบ ว่าผู้สูงอายุบ้านนาโป่งมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการดูแลสุขภาพตนเองด้านอายุมขโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก ($\mu = 4.40$, $\sigma = 0.77$) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการดูแลสุขภาพตนเองด้านอายุมขมากที่สุดเกี่ยวกับการไม่เคยใช้สารเสพติดใดๆ รองลงมา คือ การไม่สูบบุหรี่หรือ

อยู่ใกล้ผู้ที่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับสูงมาก ($\mu = 4.80$, $\sigma = 0.88$ $\mu = 4.50$, $\sigma = 1.25$ และ $\mu = 4.25$, $\sigma = 1.35$ ตามลำดับ) สำหรับผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการดูแลสุขภาพตนเองด้านอายุมขน้อยที่สุด คือ การไม่เล่นการพนัน เช่น ไพ่ ไฮโล หว่ย ชนไก่ เป็นต้น อยู่ในระดับสูง ($\mu = 3.98$, $\sigma = 1.52$) ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุไทยพุทธ บ้านนาโป่ง ด้านอายุมข จำแนกโดยรวม รายข้อ และระดับ

การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้านอายุมข	ค่าเฉลี่ย (μ) (N=80)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (σ)	ระดับ
1. การไม่สูบบุหรี่หรืออยู่ใกล้ผู้ที่สูบบุหรี่	4.50	1.25	สูงมาก
2. การไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	4.25	1.35	สูงมาก
3. การไม่เล่นการพนัน เช่น ไพ่ ไฮโล หว่ย ชนไก่ เป็นต้น	3.98	1.52	สูง
4. การไม่เคยใช้สารเสพติดใดๆ	4.80	0.88	สูงมาก
โดยรวม	4.40	0.77	สูงมาก

3. ความคิดเห็นของผู้สูงอายุไทยพุทธต่อการดูแลสุขภาพตนเอง

จากการสัมภาษณ์ด้วยแบบคำถามปลายเปิดพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความคิดเห็นสอดคล้องไปในทางเดียวกันมากที่สุดในเรื่องความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โดยมีความเห็นว่าการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องของตนเองที่จะต้องคงไว้เพื่อสุขภาพดี วิธีการดูแลสุขภาพตนเองที่ปฏิบัติเป็นประจำคือการไปตรวจสุขภาพตามแพทย์นัด เมื่อเจ็บป่วยเบื้องต้นรับรักษาและหลีกเลี่ยงสาเหตุที่จะทำให้เจ็บป่วย เช่น ไม้ค้ำของมีนเมาหรือสูบบุหรี่ และพยายามทำให้สบายไม่เครียด ปล่อยวาง ทำงานบ้าน ไปวัดทำบุญเพื่อการพึ่งตนเองทางสุขภาพ

ดังผู้สูงอายุท่านหนึ่งบอกว่า “..สุขภาพเป็นของเรา ไม่มีขายแล้ว ต้องทำเอา..ก็หมั่นไปหาหมอตามนัด ไม่สบายก็รับรักษาจะได้หายไวไว..เหล่านูหรืก็ไม้อะไม่ยุ่ง..อย่าเครียด ต้องปล่อยวาง..ไปวัดทำบุญสบายใจดี ไม่ป่วยก็ไม่เป็นภาระกับใครให้ลำบากใจ” และยังพบประเด็นความต้องการของผู้สูงอายุที่สอดคล้องกันในด้านความต้องการการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการเข้าเยี่ยมดูแลสุขภาพที่บ้าน ดังที่ผู้สูงอายุท่านหนึ่งกล่าวว่า “...อยากให้ทางหมอเขามาเยี่ยมบ่อยๆ..ดี..เขาแนะนำหลายอย่าง..ตรวจเช็คสุขภาพให้..เราก็อสบายใจ..ไปโรงพยาบาลก็ลำบาก..” และผู้สูงอายุอีกท่านหนึ่งกล่าวว่า.. “..บ้านเราไกลอนามัย..ไปโรงพยาบาลน่าจะง่ายอยู่แต่โรงพยาบาลใหญ่คนมันเยอะ..อยากให้หมอมามาเยี่ยมที่บ้านเขามากันอยู่จ้ะ..ดีดี..แต่มาเป็นพักๆ ก็หายไปจ้ะ..”

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\mu = 3.95$, $\sigma = 0.38$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วีระชัยพรหมคุณ และคณะ (2557) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี และ จาริ ศรีปาน (2554) ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพรพบว่าพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดี แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของธราธร ดวงแก้ว และหิรัญญา เดชอุดม (2550) ศึกษาพฤติกรรมการสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม พบว่าพฤติกรรมการสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และผลการศึกษาของวัชรพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว (2557) ศึกษาพฤติกรรมการสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตาหาร อำเภอเมืองชลบุรี พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้สามารถอภิปรายได้อาจเนื่องจากผู้สูงอายุบ้านนาโปรงได้รับการกระตุ้นให้ตื่นตัวในการดูแลสุขภาพตนเองด้วยหลายโครงการสร้างสุขภาพดี รวมถึงมีนักศึกษายาบาลเข้าเยี่ยมบ้านดูแลกลุ่มวัยสูงอายุและวัยทำงาน บ้านนาโปรงอย่างต่อเนื่องตลอด4ปีอันสืบเนื่องจากข้อตกลงความร่วมมือสร้างชุมชนสุขภาวะ (MOU) ระหว่างบ้านนาโปรง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรดิตถ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่อนดินแดง และเทศบาลตำบลท่าเสา และโรงเรียนเทศบาลวัดหนองผา ตั้งแต่ปีพ.ศ.2555 จึงส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในทางบวกอันจะนำสู่คุณภาพชีวิตที่ดีและอาจเนื่องมาจากความแตกต่างของพื้นที่ศึกษาตลอดจนกลุ่มศึกษาในครั้งนี้อาจจะศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุไทยที่นับถือศาสนาพุทธ นอกจากนี้ผลการวิจัยครั้งนี้ยังพบสอดคล้องกันอีกว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความคิดเห็นสอดคล้องไปในทางเดียวกันมากที่สุดในเรื่องความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โดยมีความเห็นว่าการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องของตนเองที่จะต้องคงไว้เพื่อสุขภาพดี วิธีการดูแลสุขภาพตนเองที่ปฏิบัติเป็นประจำคือการไปตรวจสุขภาพตามแพทย์นัด เมื่อเจ็บป่วยเบื้องต้นรับรักษาและหลีกเลี่ยงสาเหตุ

ที่จะทำให้เจ็บป่วยเช่นไม่ดื่มของมึนเมาหรือสูบบุหรี่ และพยายามทำให้สบายไม่เครียด ปลดอวางทำงานบ้าน ไปวัดทำบุญเพื่อการพึ่งตนเองทางสุขภาพ สอดคล้องกับที่ประภาพร มโนรัตน์ (2556) กล่าวว่า การส่งเสริมครอบครัว ชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายให้มีบทบาทร่วมกันวางแผนรองรับและดำเนินการแก้ไขปัญหา อีกทั้งการกระตุ้นสนับสนุนบทบาทของสังคมร่วมกันดูแลผู้สูงอายุเป็นสิ่งจำเป็นต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงส่งผลทำให้พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก นอกจากนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะของผู้สูงอายุเองที่นับถือศาสนาพุทธและส่วนใหญ่เป็นหญิง อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับบุตรและยังอยู่กับคู่ชีวิต และในครอบครัวมีสมาชิก 1-3 คน ตลอดจนบริบทชุมชนยังมีความเป็นกึ่งเมืองกึ่งชนบท ยังไปมาหาสู่ มีปฏิสัมพันธ์ต่อกันอยู่คล้ายชนบท จึงส่งผลให้มีความความสัมพันธ์ระหว่างคนในครอบครัว ความรักความผูกพันในครอบครัว รวมถึงความสัมพันธ์ของคนในชุมชน อันจะช่วยหนุนเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุสูงสุดในด้านโรคยา รองลงมาคือ ด้านอบายมุข อยู่ในระดับมากที่สุด ($\mu = 4.43, \sigma = 0.57$ และ $\mu = 4.40, \sigma = 0.77$ ตามลำดับ) และด้านอารมณ์ อยู่ในระดับมาก ($\mu = 4.20, \sigma = 0.62$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเรียนรู้การดูแลสุขภาพตนเองจากข้อมูลข่าวสารที่บุคลากรสุขภาพให้ความรู้ และจัดกิจกรรมกระตุ้นเตือนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ทั้งโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การเข้าเยี่ยมดูแลส่งเสริมสุขภาพจากนักศึกษาพยาบาลและอาจารย์จากวิทยาลัยพยาบาลฯ ตลอดจนสื่อต่างๆประชาสัมพันธ์ให้ทราบเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น จากวิทยุ โทรทัศน์ ทำให้ผู้สูงอายุนำความรู้มาใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง และหลีกเลี่ยง

พฤติกรรมที่เป็นอบายมุขอันเป็นสาเหตุให้เกิดการเจ็บป่วยอันอาจเป็นภาระแก่คนในครอบครัวได้นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีการดูแลจิตใจตนเองโดยการปลดอวาง เข้าวัดทำบุญ พัฒนาจิตตนให้เกิดสุขภาพจิตดี อารมณ์ดี ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1961) ที่อธิบายว่าพฤติกรรมมนุษย์เกิดจากองค์ประกอบภายในตัวมนุษย์และสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับการพักผ่อนทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับทุกคนที่สามารถรับรู้ได้ถึงความสุขและการมีสุขภาพที่ดี เพราะการพักผ่อนและจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกเหงา เครียด หดหู่ ฟุ้งซ่าน รำคาญใจ ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการสูงอายุทางสังคมวิทยาเกี่ยวกับทฤษฎีกิจกรรมซึ่งสนับสนุนให้ผู้สูงอายุคงรักษาสภาวะการทำกิจกรรม การดำรงบทบาทต่างๆ โดยการจัดเวลาของตนเองเหมาะสมและมีความต่อเนื่อง อีเบอร์โซลและฮีส (Ebersole and Hess, 1998) จากแนวคิดของเพดดิคอร์ด (Peddicord, 1991) ที่ว่าด้วยเรื่องการจัดการกับความเครียดเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้เพื่อหาแนวทางจัดการกับความเครียดและเพิ่มความสุขในการดำรงชีวิต ความสำคัญในการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณว่าเป็นความสุขทางจิตใจ การใช้หลักศาสนา เช่น การสวดมนต์ การปลดอวาง คิดและปฏิบัติดี มีหลักธรรมประจำใจ และปฏิบัติศาสนกิจตลอดจนการไม่มีเรื่องเครียดวิตกกังวลต่างๆ มีส่วนทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขทางจิตใจ

สำหรับค่าคะแนนเฉลี่ยของการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุต่ำที่สุด คือ ด้านออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ($\mu = 3.06, \sigma = 0.97$) รองลงมาคือ ด้านอาหาร อยู่ในระดับสูง ($\mu = 3.44, \sigma = 0.61$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า อาจเนื่องมาจากวัยและสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุที่ไม่มีความคล่องตัวเหมือนคนหนุ่มสาวกิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำจึงเป็นการออกกำลังกายที่กระทำอยู่บ้าน ซึ่งผู้สูงอายุบางคนก็อาศัยการ

ทำงานบ้านเป็นการออกกำลังกาย ดังผลการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนปลายอายุ 70-79 ปี (ร้อยละ 42.5) สำหรับการดูแลตนเองด้านอาหารนั้นอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุสนใจในการดูแลสุขภาพให้แข็งแรง จึงมีการรับประทานอาหารที่เหมาะสมและเห็นว่าเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำเนินชีวิต จะเน้นการรับประทานอาหารให้เพียงพอได้พลังงานเพื่อหล่อเลี้ยงบำรุงร่างกาย ทำให้แข็งแรงมีชีวิตยืนยาวไม่เจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อการดูแลตนเองในครั้งใหม่ที่พบว่า ผู้สูงอายุเห็นว่าการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องของตนเองที่จะต้องคงไว้เพื่อสุขภาพดี ดังผู้สูงอายุท่านหนึ่งบอกว่า “..สุขภาพเป็นของเรา ไม่มีขายแล้ว ต้องทำเอา..ไม่ป่วยก็ไม่เป็นภาระกับใครให้ลำบากใจ..” นอกจากนั้นอาจเนื่องมาจากได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนตามนโยบายที่เน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการรักษาพยาบาลของรัฐบาล ได้กระจายลงสู่ประชาชนผ่านสื่อต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชน เช่น วิทยุ โทรทัศน์ เป็นต้น ซึ่งปัจจุบันสื่อต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพอย่างมาก และส่งเสริมให้ประชาชนเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับวัยและสภาพร่างกายเพื่อห่างไกลจากโรค ด้วยเหตุนี้ผู้สูงอายุในชุมชนจึงให้ความสำคัญกับการ

รับประทานอาหารและการเห็นคุณค่าของอาหาร หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ไม่เกิดประโยชน์แก่ร่างกาย แต่เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองด้านอาหารแล้ว ($\mu = 3.44$, $\sigma = 0.61$) แม้จะอยู่ในระดับมากแต่ค่าคะแนนเฉลี่ยยังไม่สูงมากเท่าที่ควรจึงควรเน้นให้มีมาตรการส่งเสริมให้มีการดูแลตนเองไม่เพียงด้านการออกกำลังกายเท่านั้น ยังต้องเร่งรัดให้มีการส่งเสริมการดูแลตนเองด้านอาหารด้วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยบริการสุขภาพและหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องควรเร่งรัดให้มีการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุไทยพุทธด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยและบริบทผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความต้องการและรูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในชุมชน
2. ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2549). แนวทางการปฏิบัติงาน
เมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand). ราชบุรี:
ธรรมรักษ์การพิมพ์.
- จารี ศรีปาน. (2554). ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
ของผู้สูงอายุ อำเภอหลังสวน จังหวัด
ชุมพร. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา.
6(2), 123-130
- ธรรมา ควงแก้ว และหิรัญญา เดชอุดม. (2550).
พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลโพรง-
มะเค็ด อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม. นครปฐม:
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัย
ราชภัฏนครปฐม.
- ธีระชัย พรหมคุณ, พจניים เสงี่ยมจิตต์ และเสนอ
ภิมจิตรผ่อง. (2557). พฤติกรรมการดูแล
สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ.
วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 7 (1),
133-145.
- ประภาพร มโนรัตน์, ประนอม โอทกานนท์ และ
ถาวร มาตั้น. (2553). การพัฒนารูปแบบการ
ส่งเสริมสุขภาพก่อนเกษียณ. วารสาร
พยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 4(1), 73-83.
- ประภาพร มโนรัตน์ และคณะ. (2558). การเห็น
คุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุไทยพุทธในเขต
ชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท: กรณีศึกษาบ้านนาโป่ง
ตำบลท่าเสา อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์.
วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
อุตรดิตถ์, 7(2), 46-60.
- ประภาพร มโนรัตน์. (2556). ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง
: ผลกระทบและบทบาทสังคมกับการดูแล.
วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
อุตรดิตถ์, 5(2), 98-103.
- วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว. (2557). ศึกษาพฤติกรรม
สุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาล
ตำบลคลองตาหาร อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี.
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต. มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2555).
สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2555, กรุงเทพฯ
: บริษัททีคิวพีจำกัด.
- Bandura, A. (1961). Psychotherapy as a learning
process. Psychological Bulletin, 58, 143- 159.
- Ebersole, P. & Hess, P. (1998). Toward Healthy
Aging: Human Needs and Nursing Response.
(5th Edition). St. Louis: Mosby: 482-486.
- Peddicord, K. (1991) Strategies for promoting stress
reduction and relaxation. Nursing Clinics
of North America, 26: 867-874.