

การจัดการชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม



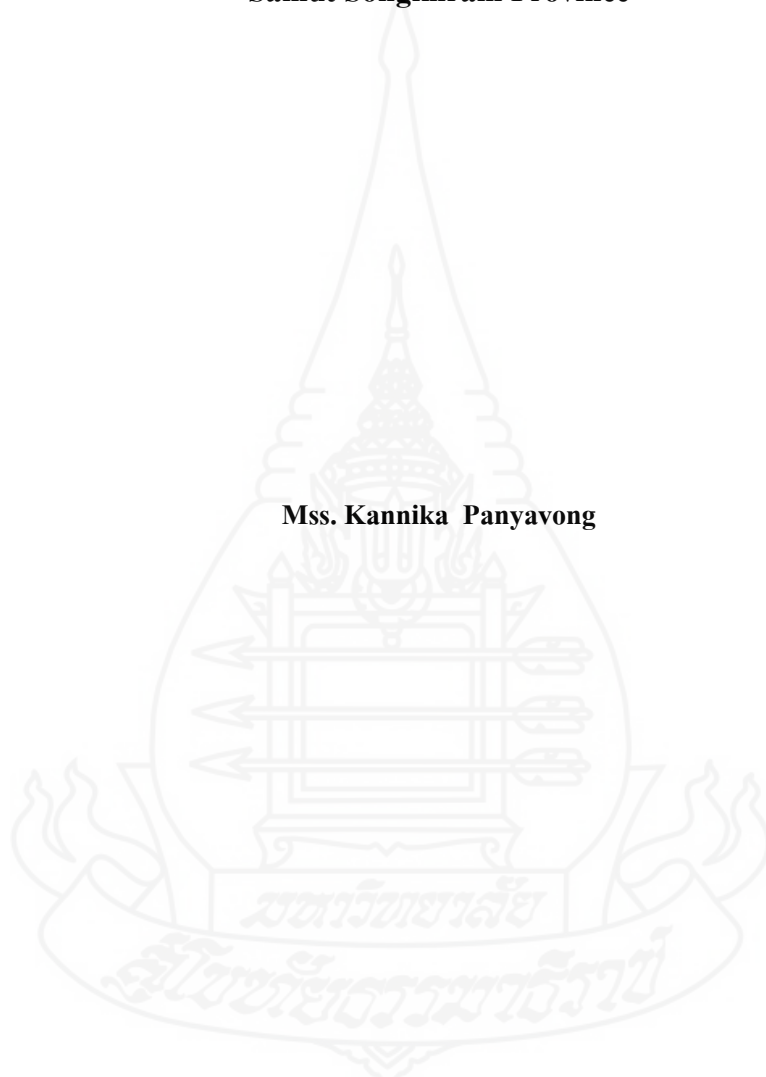
นางสาวกรรณิกา ปัญญาวงศ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
วิชาเอกการพัฒนาครอบครัวและสังคม สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2562

**Life Management of the Elderly in Bang Khonthi District,
Samut Songkhram Province**

Mss. Kannika Panyavong



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Arts in Family and Social Development

School of Human Ecology

Sukhothai Thammathirat Open University

2019

หัวข้อวิทยานิพนธ์ การจัดการชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม
ชื่อและนามสกุล นางสาวกรรณิกา ปัญญาวงศ์
วิชาเอก การพัฒนาครอบครัวและสังคม
สาขาวิชา มนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา 1. รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร เลี่ยนสลาย
2. รองศาสตราจารย์ ดร.บุญเสริม หุตะแพทย์

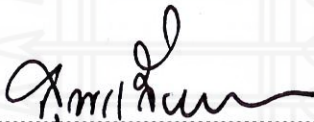
วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2562

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



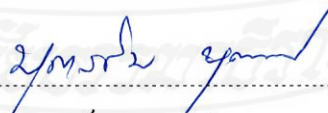
..... ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ชินรัตน์ สมสืบ)



..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร เลี่ยนสลาย)



..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.บุญเสริม หุตะแพทย์)



..... ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมพร พุทธาพิทักษ์ผล)

ก.ล

ชื่อวิทยานิพนธ์ การจัดการชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

ผู้วิจัย นางสาวกรรณิกา ปัญญาวงศ์ รหัสนักศึกษา 2567000100

ปริญญา ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (วิชาเอกการพัฒนาครอบครัวและสังคม)

อาจารย์ที่ปรึกษา (1) รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร เลี่ยนสลาย (2) รองศาสตราจารย์ ดร.บุญเสริม

หุตะแพทย ปีการศึกษา 2562

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม และ 2) เปรียบเทียบระดับการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุที่ลักษณะส่วนบุคคลแตกต่างกัน

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 400 คน เลือกโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการเชิงสถิติ ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว

ผลการวิจัย พบว่า 1) ผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ร้อยละ 57.5 เป็นเพศหญิง ผู้สูงอายุส่วนมากอยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี จบระดับประถมศึกษา ยังประกอบอาชีพเลี้ยงชีพตนเอง มีรายได้เฉลี่ยไม่เกินเดือนละ 12,000 บาท มีโรคประจำตัว และไม่มีบทบาทหน้าที่ทางสังคม ผู้สูงอายุ สามารถจัดการชีวิตตนเองในภาพรวมและรายด้าน โดยการจัดการชีวิตด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ทำได้มากกว่าด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งการจัดการเรื่องการรับวัคซีนและออกกำลังกาย ยังทำได้ค่อนข้างน้อย 2) ผู้สูงอายุที่มีอายุ และภาวะสุขภาพ แตกต่างกัน มีระดับการจัดการชีวิตทั้งในภาพรวมและรายด้าน ไม่แตกต่างกัน แต่ผู้สูงอายุที่มีเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้และบทบาทหน้าที่ทางสังคมแตกต่างกัน มีระดับการจัดการชีวิตทั้งในภาพรวมและรายด้านแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิง จบการศึกษาระดับอนุปริญญาขึ้นไป เป็นข้าราชการบำนาญ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 12,000 บาทและผู้สูงอายุที่เป็นคนมีบทบาทหน้าที่ทางสังคม เป็นกลุ่มที่มีระดับการจัดการชีวิตทั้งในภาพรวมและรายด้าน ได้มากกว่ากลุ่มอื่น

คำสำคัญ การจัดการชีวิต ผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสงคราม

Thesis title: Life Management of the Elderly in Bang Khonthi District, Samut Songkhram Province

Researcher: Miss Kannika Panyavong; **ID:** 2567000100;

Degree: Master of Arts (Family and Social Development);

Thesis advisors: (1) Dr. Suraporn Siansalai, Associate professor; (2) Dr. Boonserm Hutabhaedya, Associate professor; **Academic year:** 2019

Abstract

The objectives of this research were to study life management of the elderly in Bang Khonthi district, Samut Songkhram province and compare levels of life management of the elderly according to differences in personal characteristics.

Research samples consisted of 400 elderly persons selected by multi-stage random sampling technique. Instruments used for data collection were interview questions developed by the researcher. Statistics used for data analysis were frequencies, percentages, mean, standard deviation, t-test and one-way ANOVA.

The research found that 57.5 % of the elderly in Bang Khonthi district were female. Most of them aged 60-69 years, had primary education, still earned their own living; their average incomes were not exceeded 12,000 Baht per month, had chronic diseases, had no social roles and responsibilities; were able to manage their life both overall aspects and each aspect. They were able to manage their life with respect to curing and rehabilitating their health more than their health promoting and protecting, while their management of getting vaccinated and exercising were rather low. This study also found that the elderly with different ages and health conditions were not differ in the levels of life management both overall aspects and each aspect. However, the elderly who had different gender, levels of education, occupations, incomes and social roles and responsibilities had different levels of life management both overall aspects and each aspect; namely, the female elderly who earned undergraduate diploma, were government pensioners, had average incomes exceeded 12,000 baht per month and had social roles and responsibilities were the groups that had higher levels of life management both overall aspects and each aspect than the other groups.

Keywords: Life management, the Elderly, Samut Songkhram province

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ได้รับความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร เลี่ยนสลาย และ รองศาสตราจารย์ ดร.บุญเสริม หุตะแพทย์ ซึ่งท่านสละเวลาในการให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ปรีกษา พิจารณา แก้ไข ตรวจสอบความถูกต้อง ด้วยความเอาใจใส่จนวิทยานิพนธ์สำเร็จสมบูรณ์

ขอขอบคุณ นายแพทย์พนัส พุกฤษ์สุนันท์ อาจารย์ชลลดา คล้ายคลึง และอาจารย์สุภกร คุรุการเกษตร ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อำเภอบางคนที เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ดอนมะโนรา เจ้าหน้าที่ รพ.สต.บางสะแก เจ้าหน้าที่ รพ.สต.โรงหีบ อสม.ตำบลบางนกแขวก นายกเทศมนตรีตำบลบางกระบือ ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงานทุกท่านที่ ช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล

ท้ายนี้ ผู้วิจัยได้รับกำลังใจจากบิดา มารดา น้องชาย ญาติพี่น้อง และเพื่อนร่วมงานที่ สนับสนุน ดูแล และให้กำลังใจ จนสามารถทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จ

กรรณิกา ปัญญาวงศ์
กุมภาพันธ์ 2562



สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	3
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	3
สมมติฐานการวิจัย	4
ขอบเขตการวิจัย	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	8
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	8
แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการตนเอง.....	12
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ	16
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	23
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	28
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	28
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	30
การเก็บรวบรวมข้อมูล	31
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	32
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	33
ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	33
ตอนที่ 2 การจัดการชีวิตของผู้สูงอายุ.....	37
ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบระดับการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุที่มีคุณลักษณะต่างกัน	49

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	61
สรุปการวิจัย.....	61
อภิปรายผล.....	63
ข้อเสนอแนะ	66
บรรณานุกรม	68
ภาคผนวก	74
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	75
ข แบบสัมภาษณ์	77
ประวัติผู้วิจัย	86



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 3.1 รายชื่อหมู่บ้าน 20 หมู่บ้าน และจำนวนกลุ่มตัวอย่าง.....	29
ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละจำแนกตามลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม	34
ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการจัดการชีวิตด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ในด้านการจัดการเรื่องอาหารการกิน	38
ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการจัดการชีวิตด้านการ ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในด้านการจัดการเรื่องอาหารการกิน	39
ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการจัดการชีวิตด้านการส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรค ในด้านการจัดการเรื่องการออกกำลังกาย	40
ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการจัดการชีวิตด้านการ ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในด้านการจัดการเรื่องการออกกำลังกาย.....	41
ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการจัดการชีวิตด้านการส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรค ในด้านการพักผ่อนและพัฒนาจิตวิญญาณ	42
ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการจัดการชีวิตด้านการ ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในด้านการพักผ่อนและพัฒนาจิตวิญญาณ.....	44
ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการจัดการชีวิตด้านการส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรค ในด้านการเข้าสังคม	45
ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการจัดการชีวิตด้านการ ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในด้านการเข้าสังคม	47
ตารางที่ 4.10 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการจัดการชีวิตด้านการ ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในภาพรวม	48
ตารางที่ 4.11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การจัดการชีวิตของผู้สูงอายุด้านการรักษาและ ฟื้นฟูสุขภาพ ในด้านการรักษา	49
ตารางที่ 4.12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการจัดการชีวิตด้านการ รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ในด้านการรักษา.....	50
ตารางที่ 4.13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การจัดการชีวิตของผู้สูงอายุด้านการฟื้นฟู.....	51

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.14 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการจัดการชีวิตด้าน การรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ในด้านการฟื้นฟูสุขภาพ.....	53
ตารางที่ 4.15 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการจัดการชีวิตด้านการรักษา และฟื้นฟูสุขภาพ ในด้านภาพรวม.....	55
ตารางที่ 4.16 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้ง 2 ด้าน	57
ตารางที่ 4.17 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าทีของระดับการจัดการชีวิตโดยรวม และรายด้านของผู้สูงอายุอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม จำแนกตามเพศ..	58



ฉ

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	4



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงวัยมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 สัดส่วนประชากรสูงวัยได้เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2560 ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 11 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17 ของประชากรทั้งหมด 65.5 ล้านคน ประเทศไทยกำลังมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมาก คือสูงกว่าร้อยละ 4 ต่อปี ในขณะที่ประชากรรวมเพิ่มขึ้นด้วยอัตราเพียงร้อยละ 0.5 เท่านั้น และตามการคาดประมาณประชากรของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ คือมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึง ร้อยละ 20 ในปี 2564 และจะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอดเมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 28 ในปี 2574 ปรากฏการณ์นี้ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และรัฐ ภาพของสังคมไทยนับจากนี้เป็นต้นไปประชากรไทยจะสูงอายุขึ้นด้วยอัตราที่เร็วมาก จำนวนประชากรวัยแรงงานจะมีสัดส่วนลดลง ขนาดครัวเรือนเล็กลง รูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุก็จะเปลี่ยนแปลงไปด้วย ดังนั้นรัฐบาลควรมีนโยบายและมาตรการต่างๆ เพื่อรองรับสังคมสูงวัย

ที่ผ่านมามีแนวทางการช่วยเหลือผู้สูงอายุในการสร้างหลักประกันรายได้ยามชราภาพ โดยการจ่ายเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ซึ่งยังไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุที่จะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ประเด็นเรื่องการจ้างงานผู้สูงอายุได้รับความสนใจในสังคมไทยเป็นอย่างมาก เมื่อมีงานวิจัยและเวทีเสวนาหลายเวทีที่น่าเสนอหัวข้อ “สูงวัยไม่หยุดทำงาน” เพื่อส่งเสริมการทำงานของผู้สูงอายุ อันจะเป็นการรักษามาตรฐานการครองชีพในระดับที่ใกล้เคียงกับช่วงก่อนการเกษียณอายุ และเป็นการส่งเสริมสุขภาพทางจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุด้วย อย่างไรก็ตามแนวคิดดังกล่าวยังไม่นำไปสู่การปฏิบัติมากนัก รัฐบาลจึงออกมาตรการต่างๆ ที่สอดคล้องกับสังคมผู้สูงอายุของไทย ดังนี้ มาตรการการจ้างงานผู้สูงอายุ มาตรการสร้างที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ มาตรการสินเชื่อที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ และมาตรการการบูรณาการระบบบำนาญบำนาญ ซึ่งมาตรการเหล่านี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงทางรายได้ และเป็นหลักประกันที่มั่นคงและยั่งยืนเพื่อการออมในยามชราภาพ และภาครัฐยังส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าเปลี่ยนจากคำว่า “ภาระ” เป็น “พลัง” ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีใน

บั้นปลายชีวิตทั้งกายและใจซึ่งจะช่วยลดภาระในการดูแล และให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุได้อย่างมาก (สุขภาพคนไทย : 2560, :132- 135)

นโยบายและแผนที่ถูกกำหนดขึ้นมารองรับสังคมผู้สูงอายุได้มีการปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขให้สอดคล้องกับสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบันเพื่อสอดคล้องกับความต้องการ ปัญหา การส่งเสริม และการคุ้มครองสิทธิของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ (แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ.2545-2564) ที่มุ่งเน้นด้านการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันการเจ็บป่วย และการดูแลตัวเองเบื้องต้น ส่งเสริมการรวมกลุ่ม และการสร้างความเข้มแข็งให้ผู้สูงอายุ ส่งเสริมด้านการงานและหารายได้ของผู้สูงอายุ และสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (active ageing) ได้นำศักยภาพที่มีในตัวเองออกมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมเป็นการเพิ่มคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุ เพราะต่อไปผู้สูงอายุจะเป็นกำลังหลักในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจและสังคมได้อย่างสมบูรณ์ “อศควัยสูงอายุ” จะหายไปจากสังคมอย่างถาวร แนวคิดผู้สูงอายุที่ยังคุณประโยชน์ (productive aging) มองว่าผู้สูงอายุที่มีพลัง สามารถช่วยเหลือตนเองดูแลตนเอง (self-care) พึ่งตนเองได้ (self-reliance) และสามารถนำศักยภาพที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้อื่น และสังคมได้ โดยผลจากการได้ปฏิบัติเหล่านี้อาจจะได้รับทั้งค่าตอบแทนและไม่ได้รับค่าตอบแทน แต่สิ่งที่คุณสูงอายุได้ คือ สุขภาพกาย จิต ปัญญา และสังคม การส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุคนหนึ่ง ให้มีคุณภาพในชีวิตที่ดีได้นั้นต้องอาศัยองค์ประกอบทั้งด้านกาย จิต ปัญญา และสังคม เข้ามาเป็นองค์ประกอบหลักของชีวิต พร้อมทั้งการเรียนรู้เรื่องราวที่เปลี่ยนแปลงในสังคมการปรับเปลี่ยน “ตัวตน” ทั้งมุมมอง ทักษะคิด หรือกระทำการตีตราตัวเอง เพื่อให้เกิดความพร้อมการก้าวอย่างผู้สูงอายุอย่างสง่างาม (จุฑารัตน์ แสงทอง : 2560) ปัจจุบันรัฐบาลพยายามจัดสวัสดิการเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างหลากหลาย แต่ด้วยจำนวนผู้สูงอายุที่มากขึ้นจึงไม่เพียงพอต่อความต้องการและการเข้าถึงสวัสดิการยังไม่ครอบคลุม ผู้สูงอายุจึงต้องใช้ชีวิตโดยการพึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุด เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของตนเองได้อย่างมีคุณภาพ ไม่เป็นภาระต่อสังคม ตัวชี้วัดหนึ่งที่วัดคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ สามารถพิจารณาได้จากการมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีมาตรฐานสุขภาพที่พึงประสงค์ และได้รับการยอมรับจากสังคม แต่ในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษา หรือมีข้อมูลว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในการจัดการชีวิตตนเองได้มากน้อยเพียงใด และมีการจัดการชีวิตตนเองแตกต่างกันอย่างไร ทั้งการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุก็เป็นปัญหาการพัฒนาในระดับประเทศและสะท้อนถึงปัญหาระดับท้องถิ่นเช่นเดียวกัน

จังหวัดสมุทรสงคราม เป็นจังหวัดหนึ่งในภาคกลางของประเทศไทย มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้สูงอายุ 37,218 คน คิดเป็นร้อยละ 22.90 (ข้อมูล 43 แฟ้ม : 31 ตุลาคม 2559) ซึ่งเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2559 (รายงานประจำปี 2560 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม: 24) จากรายงานผลการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอำเภอ

บางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม ปี พ.ศ.2559 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางคนที : ตุลาคม 2559) พบว่า อำเภอบางคนทีมีผู้สูงอายุ จำนวน 7,394 คน เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มติดสังคม จำนวน 5,979 คน กลุ่มติดบ้าน จำนวน 1,018 คน กลุ่มติดเตียง จำนวน 166 คน ได้รับการคัดกรองการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) จำนวน 4,238 คน ได้รับการพัฒนาทักษะทางกายและใจ จำนวน 3,380 คน และได้รับการคัดกรองมาตรฐานสุขภาพอนามัยผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ จำนวน 1,077 คน และจากการสำรวจดังกล่าว ทำให้ทราบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาทางด้านสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งมีสาเหตุมาจากการเสื่อมถอยของสภาพร่างกาย ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง สภาพร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง ประสิทธิภาพ การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ลดลง และมีโรคต่าง ๆ ถึงเหล่านี้นำส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ยิ่ง การดำเนินการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อให้สามารถพัฒนาศักยภาพตนเองได้นั้น สิ่งสำคัญคือต้องมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ดูแลตนเองมากขึ้นเพื่อที่จะช่วยลดภาระของสังคมใน การที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ ภาระของสมาชิกในครอบครัวที่ต้องเป็นกังวลกับการดูแลผู้ใหญในบ้าน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจและต้องการศึกษาการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และปรับปรุงการปฏิบัติตนในการจัดการชีวิตตนเองของผู้สูงอายุให้ถูกต้องและเหมาะสมเพื่อให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขและไม่เป็นภาระของสังคมต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

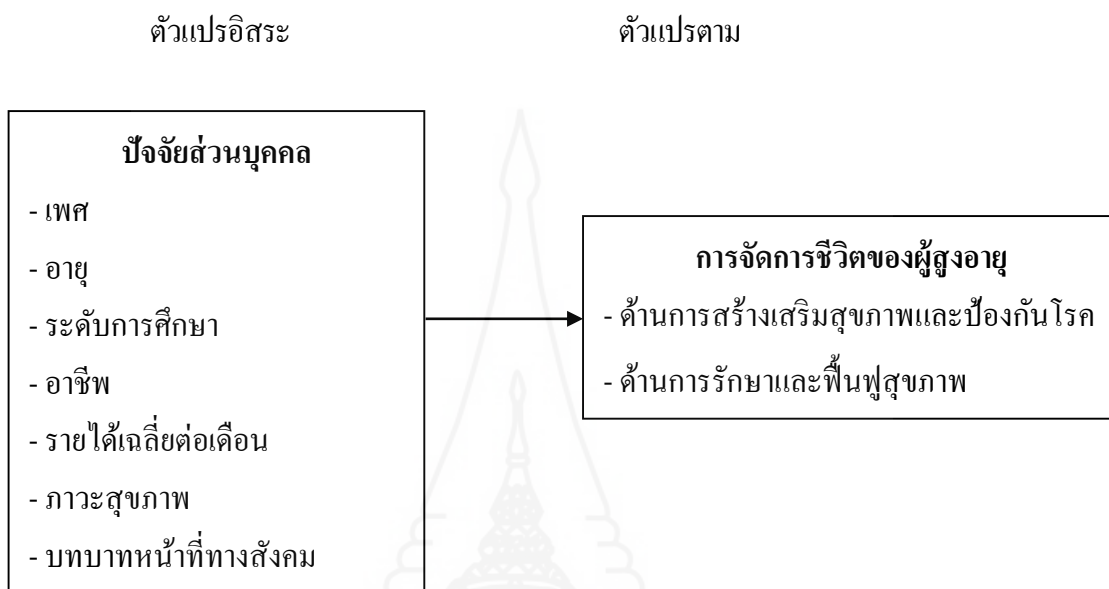
การวิจัยเรื่อง การจัดการชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงครามในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

- 2.1 เพื่อศึกษาระดับการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม
- 2.2 เพื่อเปรียบเทียบระดับการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงครามที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การจัดการชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงครามในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ พบว่า การจัดการชีวิตของผู้สูงอายุใน ส่วนหนึ่ง คือ การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพ โดยการใช้ศักยภาพและความสามารถในการพึ่งตนเองด้าน

สุขภาพ และมีปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพตนเอง ผู้วิจัยจึงนำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. สมมติฐานการวิจัย

4.1 ผู้สูงอายุอำเภอบางคนที่ ที่มีเพศต่างกัน มีระดับการจัดการชีวิตในภาพรวมและแต่ละด้านแตกต่างกัน

4.2 ผู้สูงอายุอำเภอบางคนที่ ที่มีอายุต่างกัน มีระดับการจัดการชีวิตในภาพรวมและแต่ละด้านแตกต่างกัน

4.3 ผู้สูงอายุอำเภอบางคนที่ ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีระดับการจัดการชีวิตในภาพรวมและแต่ละด้านแตกต่างกัน

4.4 ผู้สูงอายุอำเภอบางคนที่ ที่มีอาชีพแตกต่างมีระดับการจัดการชีวิตในภาพรวมและแต่ละด้านแตกต่างกัน

4.5 ผู้สูงอายุอำเภอบางคนที่ ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนแตกต่างกัน มีระดับการจัดการชีวิตในภาพรวมและแต่ละด้านแตกต่างกัน

4.6 ผู้สูงอายุอำเภอบางคนที่ ที่มีภาวะสุขภาพแตกต่างกัน มีระดับการจัดการชีวิตในภาพรวมและแต่ละด้านแตกต่างกัน

4.7 ผู้สูงอายุอำเภอบางคนที่มีหน้าที่ทางสังคมแตกต่างกัน มีระดับการจัดการชีวิตในภาพรวมและแต่ละด้าน แตกต่างกัน

5. ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยเรื่องการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงครามในครั้งนี ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการวิจัย ดังนี้

5.1 ด้านพื้นที่และประชากร

ดำเนินการวิจัยในพื้นที่อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม โดยประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในอำเภอ บางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ปี พ.ศ. 2562 จำนวน 7,926 คน

5.2 ด้านเนื้อหา

เนื่องจากการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุคนหนึ่งมีองค์ประกอบหลายด้าน ประกอบด้วย การจัดการด้านสุขภาพ ด้านการทำงาน ด้านความมั่นคงในชีวิต ด้านการเรียนรู้และการมีส่วนร่วมในสังคม งานวิจัยนี้เลือกศึกษาเฉพาะการจัดการชีวิตด้านสุขภาพเพราะผู้สูงอายุเป็นวัยที่มักมีปัญหาสุขภาพตามความเสื่อมของวัย ซึ่งหากไม่สามารถจัดการชีวิตด้านสุขภาพได้ก็อาจจะต้องเป็นภาระของครอบครัวและสังคม

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทุกคน ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ในช่วงเก็บข้อมูลวิจัย (มกราคม 2562)

6.2 การจัดการชีวิต หมายถึง ระดับความมากน้อยในการทำกิจกรรมประจำวันต่างๆ ของผู้สูงอายุที่จะช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง ปราศจากโรคภัยที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ จำแนกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กับ ด้านการดูแลรักษาและฟื้นฟูสุขภาพตนเอง

6.3 การจัดการชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของผู้สูงอายุ หมายถึง ระดับการจัดการชีวิตที่แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีการจัดการที่ดีนำไปสู่การมีสุขภาพดีไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ ประกอบด้วย 4 ด้านย่อย ดังนี้ 1) การจัดการอาหารการกิน 2) การจัดการเรื่องการออกกำลังกาย 3) การจัดการเรื่องการพักผ่อน/การพัฒนาจิตวิญญาณ 4) การจัดการเรื่องการเข้าสังคม

6.4 การจัดการชีวิตด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุ หมายถึงระดับการจัดการชีวิตที่แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุ ได้รับการรักษาจากการรู้สึกไม่สบายเพราะการเจ็บไข้ เจ็บป่วย ความบกพร่องหรือผิดปกติทางจิต และการเสริมสร้าง ป้องกันและแก้ไขปัญหาความบกพร่องของร่างกายและจิตใจที่ยังไม่มี หรือสูญเสียไปให้เกิดมีขึ้น ให้สามารถเรียนรู้ ปฏิบัติงานและดำรงชีวิตในสังคมได้ ประกอบด้วย 2 ด้านย่อย ดังนี้ 1) การรักษา 2) การฟื้นฟูสุขภาพ

6.5 อายุ หมายถึง ช่วงอายุของผู้สูงอายุ ซึ่งออกเป็น 3 ช่วงอายุ ได้แก่ ช่วงอายุ 60-69 ปี อายุ 70-79 ปี และช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป

6.6 ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาขั้นสูงสุดที่ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างเรียนจบ จำแนกเป็น ประถมศึกษาตอนต้น ประถมศึกษาตอนปลาย มัธยมศึกษาตอนต้น/เทียบเท่า มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า อนุปริญญา/เทียบเท่า ปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี

6.7 อาชีพ หมายถึง อาชีพหลักของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จำแนกเป็น 4 กลุ่ม คือ อาชีพภาคเกษตรกรรม (เช่นปลูกพืช ปลูกสัตว์ ประมงฯ) อาชีพนอกภาคการเกษตร (เช่น พนักงานบริษัท รับจ้าง ค้าขาย ประกอบธุรกิจส่วนตัว) ข้าราชการบำนาญ และไม่ได้ประกอบอาชีพ

6.8 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน หมายถึง ประมาณการรายได้ของผู้สูงอายุจากการประกอบอาชีพ รายได้จากสมาชิกครอบครัว รายได้จากสวัสดิการของรัฐ เช่น เงินบำนาญ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ เป็นต้น และรายได้อื่น ๆ เช่น เงินบริจาคช่วยเหลือ เงินค่าตอบแทนการทำงานสังคม เงินรายได้จากค่าเช่าที่ดิน/บ้าน/อื่น ๆ รายได้ที่เป็นมูลค่าของผลผลิตที่เก็บไว้บริโภคเอง เป็นต้น โดยแบ่งช่วงรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ดังนี้ น้อยกว่า 3,000 บาท 3,001-6,000 บาท 6,001-9,000 บาท 9,001-12,000 บาท และ 12,001 บาทขึ้นไป

6.9 ภาวะสุขภาพ หมายถึง สภาพด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในวันที่เก็บข้อมูลตามรายงานของผู้สูงอายุ โดยพิจารณาจากอาการเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังที่มักเกิดขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคข้อเสื่อม โรคตา โรคหัวใจ โรคไต โรคไขมันในเลือดสูง โดยจำแนกเป็น 3 กลุ่ม คือ ไม่มีโรคประจำตัว มีโรคประจำตัว และไม่ทราบหรือไม่เคยตรวจสุขภาพ

6.10 บทบาทหน้าที่ทางสังคม หมายถึง สถานะการมีบทบาทหน้าที่หรือตำแหน่งทางสังคมของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม จำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือ มีบทบาทหน้าที่/ตำแหน่งทางสังคม (ตำแหน่งฝ่ายปกครองท้องถิ่น ตำแหน่งการเมืองท้องถิ่น ตำแหน่งในกลุ่ม ชมรม องค์กรในชุมชน) กับ ไม่มีบทบาทหน้าที่/ตำแหน่งในสังคม

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 มีข้อมูลของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ในการจัดการชีวิตด้านสุขภาพ ที่ผู้เกี่ยวข้องสามารถนำไปปรับใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีความสุข

7.2 เป็นแนวทางให้บุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย สามารถวางแผนการใช้ชีวิตร่วมกันได้อย่างถูกต้อง ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีได้



บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง การจัดการชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ผู้วิจัยได้ศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา ประกอบด้วยสาระสำคัญ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
 - 1.2 สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย
 - 1.3 ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการตนเอง
 - 2.1 ความหมายการจัดการตนเอง (Self-management)
 - 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุด้านการดูแลสุขภาพตนเอง
 - 2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุด้านการดูแลสุขภาพตนเอง
3. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
 - 3.1 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
 - 3.2 พฤติกรรมป้องกันโรค
 - 3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การให้ความหมายของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันตามทวีปต่างๆ ของโลก หรือแตกต่างกันตามความเจริญรุ่งเรืองเรื่องของประเทศโดยการกำหนดช่วงอายุดังต่อไปนี้

แฮนลอน (Hanlon, 1979) กล่าวว่า ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป แบ่งเป็น 3 ช่วง คือ ผู้สูงอายุระยะเริ่มต้น (Young-old) อายุ 65-74 ปี ผู้สูงอายุระยะกลาง (Middle-old) อายุ 75-85 ปี และผู้สูงอายุระยะสุดท้าย (Old-old) อายุ 85 ปีขึ้นไป

เฟรดและคณะ (Fried, Roche, Kasper; & Guralnik, 1999; Miller, 2004) ได้นิยามผู้สูงอายุในประเทศแถบภาคพื้นยุโรปและอเมริกาตามความเสื่อมถอยและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายโดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น (The young-old group) หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 65-74 ปี (2) กลุ่มผู้สูงอายุตอนกลาง (The middle-old or old-old group) หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 75-84 ปี (3) กลุ่มผู้สูงอายุตอนปลาย (The oldest-old group or frail elderly) หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 85 ปี ขึ้นไป

ประเทศกำลังพัฒนา (World Health Organization, 1988) ได้ให้เกณฑ์ของผู้สูงอายุว่าเป็นบุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป โดยสามารถแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ (1) ผู้สูงอายุระยะต้น (Young-old) มีอายุระหว่าง 60-74 ปี (2) ผู้สูงอายุระยะกลาง (Middle old) มีอายุระหว่าง 75-90 ปี (3) ผู้สูงอายุระยะสุดท้าย (Very old) มีอายุมากกว่า 90 ปี

รศรินทร์ เกรย์ และคณะ (2556) ประเทศในภาคพื้นเอเชียกำหนดเกณฑ์อายุของผู้สูงอายุว่าเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สำหรับประเทศไทย ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินกว่าหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย การให้คำจำกัดความหรือ นิยามคำว่าผู้สูงอายุอย่างเป็นทางการ เกิดขึ้นเมื่อประเทศต่างๆ เริ่มมีการพูดถึงและพัฒนาระบบสวัสดิการ สิทธิประโยชน์สำหรับกลุ่มประชากรวัยสูงอายุ ภายใต้แนวคิดที่ว่าเมื่อประชากรเข้าสู่วัยสูงอายุ จะมีความเสื่อมถอยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ความสามารถในการทำงานลดลงจึงสมควรได้รับสวัสดิการจากรัฐ ผู้สูงอายุ จึงมักหมายถึง วัยหลังเกษียณจากการทำงาน

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการกำหนดอายุผู้สูงอายุที่ 60 ปีนี้ไม่ได้เป็นเกณฑ์หรือข้อตกลงที่เป็นสากล มีความแตกต่างกันไป ซึ่งโดยมากในแต่ละประเทศจะนิยามผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สำหรับประเทศไทยนั้นใช้มาเป็นเวลานาน และเป็นอายุที่เริ่มต้นได้รับสวัสดิการ และผลประโยชน์ต่างๆ จากทางราชการ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดใช้การแบ่งช่วงอายุแบบของประเทศไทย คือ ช่วงอายุตั้งแต่ 60 ขึ้นไป

1.2 สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ประชากรไทยเพิ่มช้าลงอย่างมาก เมื่อ 50 ปีก่อน ประชากรไทยเคยเพิ่ม ด้วยอัตราที่สูงกว่าร้อยละ 3 ต่อปี แต่ปัจจุบัน อัตราเพิ่มประชากรได้ลดต่ำลงเหลือเพียงร้อยละ 0.5 ต่อปีเท่านั้น ประชากรไทยมีจำนวน 26 ล้านคนในปี 2503 และได้เพิ่มจนมีจำนวนครบ 60 ล้านคนในปี 2539 นับจากปีนั้นถึงปัจจุบันในปี 2559 นี้เป็นเวลานานถึง 20 ปี แต่ประชากรไทยเพิ่มขึ้นอีกไม่ถึง 6 ล้านคน เป็น 65.9 ล้านคนในปัจจุบัน ในขณะที่ประชากรรวมของประเทศไทยได้เพิ่มช้าลงอย่างมาก ประชากรสูงอายุกลับเพิ่มด้วยอัตราที่เร่งเร็วขึ้น ในปี 2503 ประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพียง 1 ล้านคน หรือคิด เป็นเพียงร้อยละ 4 ของประชากร 26 ล้านคนเท่านั้น จนถึงปี 2548 เมื่อประเทศไทยเข้าสู่สังคม สูงอายุเป็นปีแรกเมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 10 ของประชากร 63 ล้าน คน

หรือเท่ากับมีผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากกว่า 6 ล้านคน ในปี 2559 ในจำนวนประชากรไทย 65.9 ล้านคน มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 11 ล้านคน หรือ คิดเป็นร้อยละ 16.5 ของประชากรทั้งหมด (การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583, สศช.) ทั้งนี้การเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุในประเทศเป็นผลจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งการกระจายบริการด้านสาธารณสุข และจากนโยบายการวางแผนครอบครัวที่ส่งผลให้อัตราการเจริญพันธุ์ของประชากรลดลง จึงทำให้ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและมีอายุยืนยาวขึ้น

1.3 ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ

1.3.1 ปัญหาของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้สูงอายุ และการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมในสังคม ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้จะเกิดปัญหาต่างๆ ได้มาก ปัญหาผู้สูงอายุ ได้แก่

1) ความเจ็บป่วยคนไทยร้อยละ 66.4 มีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 14.6 ต้องล้มหมอนนอนเสื่อ ผู้สูงอายุหญิงมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าเพศชาย การเจ็บป่วยมักเกิดจากการปฏิบัติตนไม่ถูกสุขลักษณะ ขาดการดูแลสุขภาพตนเอง ส่วนปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุหญิงมีปัญหามากกว่าเพศชาย เพราะส่วนใหญ่ผู้สูงอายุหญิงเป็นหม้าย ขาดคู่ปรึกษา ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม การสูญเสียอำนาจและบทบาทของตน รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ซึมเศร้า

2) การศึกษา ผู้สูงอายุไทยที่มีการศึกษาน้อยมักจะขาดความรู้พื้นฐานในการพัฒนาความรู้ด้านการป้องกันโรค และรักษาสุขภาพอนามัยของตนเองตั้งแต่วัยเด็กจนสูงอายุ

3) ด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุจะมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจเนื่องจากมีรายได้ไม่แน่นอน สุขภาพทรุดโทรม ขาดเพื่อน ไม่รู้ว่าจะมีชีวิตอยู่เพื่ออะไร

4) ปัญหาด้านสังคมและวัฒนธรรม ถ้าสังคมมีแนวคิดที่ผู้สูงอายุเป็นผู้มีประสบการณ์สูง ทำประโยชน์ให้สังคม จะช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุพัฒนาตน ร่วมทำประโยชน์แก่สังคมเท่าที่จะทำได้ ตรงกันข้ามกับสังคมตะวันตก หรือประเทศอุตสาหกรรม มีการใช้เทคโนโลยีในการผลิตสูงจะมองค่าผู้สูงอายุต่ำ ไม่ต้องพึ่งพาการถ่ายทอดความรู้ ผู้สูงอายุไม่ได้รับการยกย่อง ทำให้เกิดการแยกตัว ไม่สนใจการมีส่วนร่วมการพัฒนาสังคม เกิดความเครียด เบื่อหน่ายชีวิต ขัดแย้งกับลูกหลาน

1.3.2 ปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

1) ความบกพร่องในการติดต่อสื่อสาร เนื่องจากหูตึง พูดไม่ชัด และความจำเสื่อม

2) ความจำกัดในการทำกิจกรรม เนื่องจากการหดรัดตัวและการประสานงานของกล้ามเนื้อในการควบคุม การเคลื่อนไหวลดลง ข้อเสื่อม ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและระบบทางอากาศลดลง ทำให้เหนื่อยง่าย

- 3) ความสามารถในการปรับตัวต่อภาวะเครียดลดลง
- 4) ความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ช้า
- 5) การพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป
- 6) เกิดภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากการรับรสและการดกกลั่นลดลง ทำให้เบื่ออาหาร เคี้ยวอาหารลำบาก การย่อยและดูดซึมลดลง กระจายน้ำตาลลดลง เมตาบอลิซึมของร่างกายลดลง การสังเคราะห์โปรตีน เอ็นไซม์ และการสะสมไกลโคเจนลดลง
- 7) เกิดภาวะเสียสมดุลเกลือแร่ได้ง่าย
- 8) ความผิดปกติในการขับถ่ายอุจจาระ ได้แก่
 - (1) ท้องผูก เนื่องจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง
 - (2) กลั้นอุจจาระได้ไม่ดี เนื่องจากความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหูรูดของทวารหนักลดลง
- 9) เกิดแผลได้ง่ายและหายช้า เนื่องจากผิวหนังบอบบาง หลอดเลือดเปราะ และแตกง่าย รวมไปถึงการไหลเวียนเลือด ระดับเนื้อเยื่อลดลง
- 10) กระดูกหักง่ายและหายช้า เนื่องจากแคลเซียมที่สะสมในกระดูกมีน้อย มีการซ่อมแซมเซลล์กระดูกลดลง
- 11) เกิดการติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจากการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง
- 12) มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค
 - (1) มะเร็งและเนื้องอก เนื่องจากการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันเปลี่ยนแปลงไป
 - (2) ความดันโลหิตสูง เนื่องจากหลอดเลือดแข็ง ความต้านทานภายในหลอดเลือดส่วนปลายสูงขึ้น
 - (3) ต้อกระจก เนื่องจากการเสื่อมสภาพของแก้วตา
 - (4) เบาหวาน เนื่องจากการทำงานของตับอ่อนลดลง
 - (5) ถุงลมโป่งพอง เนื่องจากความยืดหยุ่น และจำนวนถุงลมปอดลดลง
 - (6) ปอดบวม เนื่องจากการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันลดลง
 - (7) ข้ออักเสบ เนื่องจากข้อเสื่อม น้ำไขข้อลดลง
 - (8) โลหิตจาง เนื่องจากจำนวนเม็ดเลือดแดงและฮีโมโกลบินลดลง
 - (9) สมองเสื่อม เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสมองและระบบประสาท

13) การตอบสนองต่อยาผิดไปและเกิดผลไม่พึงประสงค์ของยาได้ง่าย เนื่องจากการดูดซึมยาทางระบบทางเดินอาหารลดลง ตับสังเคราะห์ โพรตีนและเอ็นไซม์ที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงยาลดลง การขับสารออกจากร่างกายทางไตลดลง การขับสารออกจากร่างกายทางไตลดลง ทำให้ระดับยาคงอยู่ในกระแสเลือดนานและเกิดพิษได้ง่าย ดังนั้นการให้ยาแก่ผู้สูงอายุต้องระมัดระวังอย่างยิ่ง ควรปรึกษาแพทย์ก่อนให้ยาทุกชนิด

14) เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย เนื่องจากอวัยวะรับความรู้สึกสัมผัสลดลง หูตึง การรับกลิ่นลดลง ตามัว การทรงตัวดี และกล้ามเนื้ออ่อนแรง

1.3.3 ความต้องการของผู้สูงอายุ

นพ.บรรลพ ศิริพานิช ประธานมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) ให้ข้อสรุปอย่างหนึ่งสำหรับผู้สูงอายุไทยว่า ในช่วงบั้นปลายชีวิต สิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการมากที่สุดก็คือ ความสุข ซึ่งเกิดจากการมีคุณภาพชีวิตที่ดี อันประกอบด้วย 3 เสาหลัก คือ

เสาหลักที่ 1 สุขภาพ เน้นอนว่าเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย ปัญหาเรื่องความเสื่อมของสุขภาพร่างกายย่อมจะตามมา ดังนั้นสุขภาพกาย จิต สังคม และปัญญา จึงเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสนใจ

เสาหลักที่ 2 ผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีชีวิตชีวา ไม่ห่อเหี่ยว จะต้องมีส่วนร่วมกับการสังคม ได้ทำงานร่วมกับผู้อื่น สร้างปฏิสัมพันธ์ (Interaction) โดยเป็นได้ทั้งการทำงานเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง หาเลี้ยงชีพ ให้มีอาชีพเสริม หรือทำประโยชน์กับผู้อื่นทำประโยชน์กับสังคม ให้มีคุณค่า เป็นภูมิปัญญาของสังคมสิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตชีวา และใช้ชีวิตบั้นปลายได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เสาหลักที่ 3 คือเรื่องของความมั่นคง การมีรายได้ มีสถานะเศรษฐกิจที่ดีเพียงพอ จะดูแลตัวเองจนถึงบั้นปลายชีวิต มีความปลอดภัย มีครอบครัวอบอุ่น มีชุมชนและสิ่งแวดล้อมที่ดี ทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข

2. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการตนเอง

2.1 ความหมายการจัดการตนเอง (Self-management)

มีนักวิจัยต่างประเทศ ได้ให้ความหมายของคำว่า การจัดการตนเอง (Self-management) ไว้แตกต่างกันไปดังนี้

Creer (2000) (pp.601-629) การจัดการตนเอง เป็นขั้นตอนซึ่งผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงมุมมองเกี่ยวกับพฤติกรรมของตนเอง โดยเป็นกระบวนการที่ครอบคลุมการตั้งเป้าหมาย (goal selection) การเก็บรวบรวมข้อมูล (information collection) การประมวลและประเมินข้อมูล (information processing

and evaluation) การตัดสินใจ (decision making) การลงมือปฏิบัติ (action) และการสะท้อนตนเอง (self-reaction)

Lorig and Holman (1993) (pp.1-7) กล่าวว่า การจัดการตนเอง เป็นการที่บุคคลเลือกในการปรับมุมมองและทักษะที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อแก้ปัญหาและปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ รวมถึงรักษาความมั่นคงทางอารมณ์

Clark et al. (1991 cited in Barlow, Wright, Sheasby, Turner, & Hainsworth, 2002) กล่าวว่า การจัดการตนเอง หมายถึง การปฏิบัติหรือทำกิจกรรมในแต่ละวันเพื่อที่จะควบคุมหรือลดผลกระทบของโรคหรือการเจ็บป่วยต่อภาวะสุขภาพ การปรับตัวต่อปัญหาด้านจิตใจที่เกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง และการจัดการชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการเงินและเงื่อนไขทางสังคม

Kanfer and Gaelick (1986) (pp. 283-345) แนวคิดการจัดการด้วยตนเองเป็นแนวคิดที่พัฒนามาจาก ทฤษฎีการเรียนรู้ปัญหาทางสังคม (Social Cognitive Theory) โดยแนวคิดการจัดการด้วยตนเองเป็นแนวคิดที่เน้นการมีส่วนร่วมของบุคคลในทุกกระบวนการ โดยมีความเชื่อพื้นฐานว่าการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมใด ๆ ต้องเกิดจากกระบวนการตัดสินใจ ประเมินผลดีผลเสียของพฤติกรรมนั้นๆด้วยตนเอง มองเห็นคุณค่าของสิ่งที่จะปฏิบัติด้วยตนเอง เพราะเมื่อประเมิน และ ตัดสินใจแล้วว่าพฤติกรรมนั้น ๆ มีคุณค่าก็จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ในการดำรงชีวิต และปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง (Coates & Boore, 1995 cite in Kangchai, 2002) การส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองรูปแบบหนึ่งที่นิยมนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ คือรูปแบบการกำกับตนเอง (Self-regulation Model) ซึ่งกลวิธีการกำกับตนเองของ Kanfer and Gaelick (1986) เป็นรูปแบบหนึ่งของการกำกับตนเอง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การติดตามตนเอง 2) การประเมินผลตนเองและ 3) การเสริมแรงตนเอง

จากนิยามข้างต้น สรุปได้ว่า การจัดการตนเองเป็นทั้งกระบวนการและพฤติกรรม เพื่อควบคุม ป้องกัน และแก้ไขเหตุการณ์ต่างๆเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข ดังคำกล่าวของ รองศาสตราจารย์ ดร.เสรี พงศ์พิศ ที่ว่า “ชีวิตต้องมีการจัดการ ไม่ใช่ปล่อยให้ไปตามบุญตามกรรม”

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุด้านการดูแลสุขภาพตนเอง

การที่สังคมไทยมองว่าผู้สูงอายุที่ยังคงกระปรี้กระเปร่า (productive aging) ผู้สูงอายุที่มีพลัง (Power) สามารถช่วยเหลือตนเองดูแลตนเอง (Self-Care) พึ่งตนเองได้ (Self-Reliance) และสามารถนำศักยภาพที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้อื่น และสังคมได้นั้น หมายความว่าผู้สูงอายุนั้นเป็นผู้มีศักยภาพและความสามารถในการจัดการตนเอง (Self-management)

การจัดการชีวิตของผู้สูงอายุประกอบด้วยการจัดการตนเองหรือการดูแลตนเอง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านการทำงาน ด้านความมั่นคงในชีวิต ด้านการเรียนรู้และการมีส่วนร่วมในสังคม (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2556)

2.2.1 ด้านสุขภาพ ได้แก่ การดูแลสุขภาพทั่วไปของร่างกายให้อยู่ในสภาพดี มีความแข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ หรือดูแลร่างกายในยามเจ็บป่วยได้ มีการตรวจสุขภาพประจำปี มีการสร้างเสริมสุขภาพกายตนเองคือการพักผ่อน การออกกำลังกาย อาหารและโภชนาการซึ่งเป็นการดูแลสภาพร่างกายให้สามารถทำงานได้ตามปกติ และมีการดูแลสุขภาพจิตให้สามารถควบคุมอารมณ์ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ มีจิตใจเบิกบานแจ่มใส และมีการสร้างเสริมสุขภาพจิตให้สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข

2.2.2 ด้านการทำงาน ได้แก่ การทำงานที่ได้ค่าตอบแทน เช่น การทำงานในภาคการเกษตร อุตสาหกรรม และการบริการ งานที่สร้างรายได้จากการประกอบการด้วยตนเอง เช่น เกษตรค้าขาย งานอาสาสมัคร หรือจิตอาสา และงานอดิเรก

2.2.3 ด้านความมั่นคงในชีวิต ได้แก่ การสร้างความมั่นคงด้านเศรษฐกิจ เช่น การจัดการและวางแผนทางการเงิน การลงทุนและความเสี่ยง การออมและช่องทางการออม การสร้างความมั่นคงด้านครอบครัว เช่น การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว กิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ และการเป็นแหล่งเรียนรู้ความรู้ภูมิปัญญา การสร้างความมั่นคงด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน และการสร้างความมั่นคงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อการป้องกันภัยและอุบัติเหตุ

2.2.4 ด้านการเรียนรู้และการมีส่วนร่วมในสังคม ได้แก่ การเรียนรู้สิทธิและกฎหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การเรียนรู้เท่าทันเทคโนโลยี ช่องทางการเรียนรู้และการสื่อสาร การมีส่วนร่วมในสังคม เช่น การเป็นผู้นำชุมชนหรือท้องถิ่น อาสาสมัคร จิตอาสา ผู้รู้ ภูมิปัญญา เป็นต้น

ดังนั้น การจัดการชีวิตของผู้สูงอายุจึงหมายถึง การปฏิบัติหรือทำกิจกรรมในแต่ละวัน เพื่อที่จะควบคุม ป้องกัน และแก้ไขเหตุการณ์ต่างๆ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข สำหรับงานวิจัยนี้จะเน้นที่การจัดการชีวิตของผู้สูงอายุด้านสุขภาพ

2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุด้านการดูแลสุขภาพตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ได้มีนักวิชาการจำนวนมาก เช่น เบอร์เนท และคณะ (Burnette, Mui, & Zodikoff, 2004; Orem, 2001) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองมีดังต่อไปนี้

2.3.1 ปัจจัยด้านบุคคล

ปัจจัยด้านบุคคลเป็นลักษณะของบุคคลที่ทำให้บุคคลมีความเป็นอยู่ ความรู้สึกนึกคิด การปรับตัวที่แตกต่างกัน และแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนี้

1) เพศ เป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพ ตลอดจนความสามารถตามธรรมชาติของมนุษย์ทางกรรมพันธุ์ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุไม่สามารถกำหนดด้วยบทบาททางเพศได้อย่างชัดเจน เพราะผู้สูงอายุไม่ว่าจะเป็นเพศชายหรือเพศหญิงย่อมเผชิญกับภาวะความเสื่อมถอยของร่างกาย การดูแลตนเองจึงมีความสำคัญต่อเพศทั้งชายและหญิงเท่าๆ กัน

2) อายุ เป็นตัวแปรที่แสดงถึงประสบการณ์และความสามารถในการดูแลตนเอง โดยงานวิจัยของ โอเร็ม (Orem, 2001) พบว่า วัยสูงอายุตอนต้น (อายุ 60-70 ปี) มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับสูง เนื่องจากความเสื่อมถอยของร่างกายยังเกิดขึ้นไม่มาก ส่วนงานวิจัยของลีเนอร์ท และคณะ (Leenert, Teel; et al. 2002) พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจะเริ่มลดลงเมื่ออายุ 75 ปีขึ้นไป ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่เริ่มมีความเสื่อมถอยมากขึ้น ร่วมกับปัจจัยอื่นๆ เช่น การมีโรคประจำตัว ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย เป็นต้น

3) การศึกษา เป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะและการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง ผู้ที่มีการศึกษาสูงมักสามารถแสวงหาข้อมูล และมีทักษะที่ดีในการแสวงหาข้อมูล รู้จักใช้แหล่งประโยชน์เพื่อการดูแลตนเอง นอกจากนี้การศึกษายังช่วยให้บุคคลรู้จักใช้ความคิดของตนเองแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาจะสามารถดูแลตนเองได้ดี เพราะมีความมั่นใจในการแก้ปัญหาสุขภาพ หรือหาข้อมูลต่างๆ เพื่อการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ

4) รายได้ หรือฐานะการเงิน โดยรายได้เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของภาวะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ งานวิจัยของ โอเร็ม (Orem, 2001) พบว่า ผู้ที่มีรายได้สูงจะช่วยอำนวยความสะดวกในการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน ส่วนผู้ที่มีรายได้ปานกลางมักจะมีข้อจำกัดในการหาแหล่งประโยชน์เพื่อการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงสามารถหาสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ในการตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย

2.3.2 ปัจจัยด้านสังคม

ปัจจัยด้านสังคมเป็นการสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ทั้งด้านวัตถุประสงค์ของ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ อันนำมาซึ่งการดำรงภาวะสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ ได้แก่

1) การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสำคัญต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ งานวิจัยของ เอ็ดเวิร์ดสัน และดีน (Edwardson; & Dean, 1999) พบว่า ครอบครัวจะเป็นแหล่งสนับสนุนผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ ตลอดจนการส่งเสริมในการทำกิจกรรมทางสังคม สอดคล้องกับงานวิจัยของบอยซี (Boise et al. 1996) พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวทั้งที่เป็นรูปธรรม คือ การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การช่วยเหลือด้านการเงิน อาหาร เสื้อผ้า และนามธรรมคือสนับสนุนทางด้านจิตใจ ได้แก่ การได้รับความรักความเอาใจใส่

และการยกย่องเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือในการดูแลตนเองส่งผลให้
ผู้สูงอายุมีสุขภาพ

2) การมีกิจกรรมทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของ
ผู้สูงอายุโดยการดูแลตนเองสามารถเรียนรู้ได้จากการมีปฏิสัมพันธ์ และการติดต่อซึ่งกันและกันกับบุคคล
ในสังคม โอเร็ม (Orem,2001) กล่าวว่า การเข้าร่วมกิจกรรม หรือเป็นสมาชิกชมรมต่างๆ ทำให้ผู้สูงอายุ
ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเองและมีการดูแลตนเองที่ดี

2.3 ปัจจัยด้านสุขภาพ

ปัจจัยด้านสุขภาพเป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ และความผาสุกทาง
สังคม รวมทั้งการปราศจากโรคหรือทุพพลภาพ การมีสุขภาพร่างกายที่ดีเป็นจุดมุ่งหมายของการดูแล
ตนเองในผู้สูงอายุ ปัจจัยด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่เอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุพัฒนาความสามารถในการ
ดูแลตนเอง ผู้สูงอายุที่เห็นความสำคัญและเอาใจใส่ในภาวะสุขภาพ จะพยายามแสวงหาสิ่งที่เป็น
ประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง มีความพร้อมที่จะเรียนรู้หรือฝึกทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง
(Orem, 2001)

สรุป ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองมี 3 ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการชีวิตของ
ผู้สูงอายุด้านการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ด้านสังคม และด้านสุขภาพ โดยปัจจัยต่างๆ
เหล่านี้จะมีส่วนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เกิดการเรียนรู้ การพัฒนาทักษะ ตลอดจนความสามารถในการ
ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ

3. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ เป็นกิจกรรมหรือการปฏิบัติใดๆ ของปัจเจกบุคคล ที่กระทำไปเพื่อ
จุดประสงค์ในการป้องกัน ส่งเสริม หรือบำรุงรักษาสุขภาพ โดยไม่คำนึงถึงสถานะสุขภาพที่ดำรงอยู่หรือ
รับรู้ได้ ไม่ว่าพฤติกรรมนั้นๆ จะสัมฤทธิ์ผลสมความมุ่งหมายหรือไม่ในที่สุด

พฤติกรรมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อคงไว้ซึ่ง
ภาวะสุขภาพที่ดี และเป็นการแสดงศักยภาพของมนุษย์ พฤติกรรมสุขภาพแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Behaviors) และพฤติกรรมการป้องกันโรค (Health
Protecting Behaviors) โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นมีเป้าหมายเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี
โดยส่วนรวมหรือมุ่งให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีสุขภาพดี ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรค มุ่งระวัง
ไม่ให้โรคใดหรือปัญหาใดปัญหาหนึ่งเกิดขึ้น (Harries and Guten อ้างถึงใน นิรมล อินทฤทธิ์, 29: 2547)

3.1 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล ทำให้มีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานของชีวิตที่จะทำให้บุคคลสามารถดำรงตนอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข โดยมีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพไว้หลากหลาย ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1998) ได้ให้ความหมาย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่า หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อช่วยให้ตนเองมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้บุคคลมีความสุขในการดำเนินชีวิต ซึ่งกิจกรรมที่ทำได้กระทำต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเอง

Palank (1991) ให้ความหมายว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ริเริ่มโดยบุคคลทุกกลุ่มอายุเพื่อคงไว้หรือเพิ่มระดับความสุขสมบูรณ์ การบรรลุเป้าหมายในชีวิตและความสมปรารถนาของบุคคล พฤติกรรมดังกล่าว ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การมีกิจกรรมต่าง ๆ ในเวลาว่างการพักผ่อน การมีโภชนาการที่เพียงพอ กิจกรรมต่างๆที่ลดภาวะเครียดและการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม

Pender et al. (2006) กล่าวว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลกระทำโดยมีเป้าหมายสำคัญในการยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี และการบรรลุเป้าหมายในการมีสุขภาพที่ดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ในการควบคุมดูแลสุขภาพให้ได้ตามเป้าหมาย และปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ จนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต

อำพล จินดาวัฒนะ, สุรเกียรติ อชานานุภาพ และสุรณี พิพัฒน์โรจนกมล (2551) กล่าวว่า การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการสร้างเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง ในการบรรลุซึ่งสุขภาพอันสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม บุคคลและกลุ่มบุคคลจะต้องสามารถบ่งบอกและตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนสามารถตอบสนองต่อปัญหาของตน และสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้

สรุปได้ว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การกระทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน ฯลฯ จนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อควบคุมดูแลสุขภาพให้ได้ตามเป้าหมาย และส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพของตนเองทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม

3.2 พฤติกรรมการป้องกันโรค

การป้องกันโรค หมายถึง การกระทำหรือองค์กระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคแล้วและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในกรณีที่หายจากการเจ็บป่วยเป็นโรคแล้ว

จากความหมายของการป้องกันโรคดังกล่าวข้างต้นทำให้แบ่งระดับของการป้องกันโรคออกเป็น 3 ระดับ คือ

3.2.1 การป้องกันก่อนการเกิดโรคหรือก่อนการเจ็บป่วย หมายถึง การกระทำหรือลดการกระทำใดๆ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเป็นโรคหรือเกิดการเจ็บป่วยขึ้น เช่น การดูแลรักษาร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ เพื่อไม่ให้เจ็บป่วยได้ง่าย เช่น การระวังไม่ให้ยุงลายกัด เพื่อป้องกันไม่ให้เป็นโรคไข้เลือดออก การฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัด เป็นต้น

3.2.2 การป้องกันโรคในระยะเวลาที่เกิดโรคหรือเจ็บป่วยขึ้นแล้ว หมายถึง การกระทำหรือการงดกระทำใดๆ ที่จะทำให้อาการเจ็บป่วยจากโรคที่เป็นอยู่นั้นไม่รุนแรงมากขึ้น หรือหายป่วยจากโรคนั้นโดยเร็วที่สุด เช่น การกินยาและปฏิบัติตามที่แพทย์สั่งเมื่อป่วย เป็นต้น

3.2.3 การป้องกันโรคเมื่อหายจากการเจ็บป่วยด้วยโรคแล้ว หมายถึง การกระทำหรือการงดกระทำใดๆ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเป็นโรคนั้นซ้ำอีกภายหลัง

การป้องกันโรค มีหลักการที่สำคัญ 2 ประการ คือ การป้องกันโรคด้วยตนเอง หมายถึง การกระทำหรือไม่กระทำบางสิ่งบางอย่างของตนเอง เพื่อป้องกันไม่ให้ตนเองและคนอื่นๆ เกิดเจ็บป่วยหรือการเกิดโรคขึ้น รวมทั้งการป้องกันการระบาดของโรคที่อาจเกิดขึ้นในชุมชนด้วย สิ่งที่สำคัญที่สุดในประเด็นนี้คือ การเสริมสร้างสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค การป้องกันโรคระดับบุคคล มีวิธีการปฏิบัติดังนี้

- 1) ดูแลรักษาสุขภาพให้สุขภาพแข็งแรง ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ กินอาหารที่มีประโยชน์เพียงพอ นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ และลดการสูบบุหรี่
- 2) ล้างมือด้วยสบู่และทำให้สะอาดอยู่เสมอ และใช้ช้อนกลางเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น
- 3) หลีกเลี่ยงการเดินทางในประเทศ หรือพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค
- 4) ถ้าจำเป็นต้องเดินทางในประเทศหรือที่ที่มีการระบาดของโรค เมื่อกลับมาจะต้องผ่านกระบวนการตรวจคัดกรอง

3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เหล่านี้อาจนำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพได้ง่าย การมีสุขภาพที่ดีเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา แต่ทั้งนี้ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมักเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (Heidrich, 1998) ดังนั้น การคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายและการมีภาวะสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ จึงจำเป็นที่จะต้องส่งเสริมเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ (Walker, 1997) ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นพฤติกรรมหนึ่งของบุคคลที่ปฏิบัติเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ความสำเร็จใน

ชีวิตแห่งตน (self-actualization) และความสมบูรณ์ในชีวิตของบุคคล (Walker, Sechrist, & Pender, 1987) วอล์คเกอร์ ซีคริสต์และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist, & Pender, 1987) ได้เสนอพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้ 6 ด้าน ดังต่อไปนี้

3.3.1 ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่บุคคลสนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง โดยการศึกษาค้นคว้าความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง การพบผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพ การปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ และการค้นหาหรือสนใจในความผิดปกติของร่างกายตนที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งผู้สูงอายุสามารถกระทำได้โดยการแสวงหาความรู้ทางด้านสุขภาพจากการอ่านหนังสือหรือสื่อต่างๆ การสังเกตการเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติของร่างกาย ตรวจสอบสุขภาพประจำปี อย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง ตลอดจนการพูดคุยหรือบอกเล่าอาการกับผู้ที่ทำหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรม สมาคมต่างๆ หรือการเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพ จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับทราบถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์ และสามารถนำไปปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้

3.3.2 กิจกรรมทางกาย เป็นการเคลื่อนไหวของร่างกาย โดยอาศัยการทำหน้าที่ของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ มีการเผาผลาญพลังงานและใช้ออกซิเจนในร่างกายเพิ่มขึ้น และเป็นการเคลื่อนไหวที่ก่อให้เกิดประโยชน์กับร่างกาย (Jones & Jones, 1997) โดยปกติแล้วเมื่ออายุมากขึ้น ความสนใจในกิจกรรมทางกายจะลดลง เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้างและการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะระบบไหลเวียน การทำหน้าที่ของหัวใจในการสูบฉีดโลหิตลดลง ความสามารถในการแลกเปลี่ยนออกซิเจนในปอดและการขยายตัวของ ทรวงอกลดลง เป็นผลให้ผู้สูงอายุมีอาการเหนื่อยง่ายเมื่อทำกิจกรรม (Beckingham & Dugas, 1993) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุลดลง ดังนั้น การกำหนดการมีกิจกรรมทางกายที่ถูกต้องและเหมาะสมกับวัยสูงอายุจึงเป็นกิจกรรมของการรักษาสุขภาพที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะช่วยก่อให้เกิดประโยชน์กับร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งการกำหนดกิจกรรมทางกายประกอบด้วย (Jones & Jones, 1997)

- 1) ความถี่ในการทำกิจกรรม (frequency) ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมได้ทุกๆ วันในแต่ละสัปดาห์ โดยแบ่งเป็น
 - 2) กิจกรรมที่ทำได้ทุกวัน ได้แก่ การเดิน การทำงานในสวน การเดินขึ้นบันได
 - 3) กิจกรรมที่ควรทำ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ ได้แก่ การออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน (aerobic exercise) เช่น การเดินเร็ว การขี่จักรยาน การว่ายน้ำ เป็นต้น และการทำกิจกรรมที่ให้ความบันเทิง (recreational activities) เช่น การเดินรำ การวาดรูป การเล่นกีฬา เป็นต้น

4) กิจกรรมที่ควรทำ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ได้แก่ กิจกรรมยามว่าง (leisure activities) เช่น การปลูกต้นไม้ การเล่นกอล์ฟ เป็นต้น และกิจกรรมที่มีการยืดเส้นยืดสายคลายกล้ามเนื้อ และการอ่อนตัวของข้อ เช่น การทำกายบริหาร โยคะ ไทชิ (tai-chi) 2.2 ความหนักเบา (intensity) กิจกรรมที่ปฏิบัติควรมีความหนักอยู่ในระดับเบาหรือปานกลาง โดยพิจารณาจากการใช้พลังงานของร่างกาย หรืออัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด สำหรับผู้สูงอายุได้กำหนดความหนักเบาไว้ที่ร้อยละ 50-60 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด (Abrams, Beers, & Berkow, 1995) ซึ่งอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดคำนวณได้จากอายุของบุคคลนั้นๆ ลบออกจาก 220 (บรรลุ ศิริพานิช, 2540) ทั้งนี้ประเมินได้จากการจับชีพจรภายหลังการออกกำลังกายแล้ว 3-5 นาที (Long, 1995) หรือใช้ความรู้สึกของแต่ละบุคคลในขณะที่ออกกำลังกายว่า เป็นอย่างไร ถ้าเหนื่อยมากแสดงว่าหนักไป หรือถ้าไม่รู้สึเหนื่อยแสดงว่าเบาไป (Jones & Jones, 1997) การทำกิจกรรมจะต้องทำให้เกิดความเหนื่อยหรือมีความหนักเบาที่เหมาะสม จึงจะก่อให้เกิดประโยชน์แก่ร่างกาย 2.3 ระยะเวลา (timing) เป็นช่วงระยะเวลาของการทำกิจกรรม ระยะเวลาที่ก่อให้เกิดประโยชน์กับร่างกาย คือ ประมาณ 20 นาที เป็นอย่างน้อย ในวัยสูงอายุเป้าหมายของการมีกิจกรรมทางกายก็เพื่อรักษาสุขภาพ ป้องกันความเสี่ยงของอวัยวะในร่างกาย ช่วยส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและกระดูก เพิ่มความอ่อนตัวของข้อต่อ ทำให้การทำงานในระบบไหลเวียนและการแลกเปลี่ยนออกซิเจนดีขึ้น (Schilke, 1991) ส่วนทางด้านจิตใจการมีกิจกรรมทางกายจะช่วยส่งเสริมความมั่นใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดความรู้สึกซึมเศร้าและความวิตกกังวล (Wiest & Lyle, 1997)

3.3.3 โภชนาการ จะเกี่ยวข้องกับความรู้ในการเลือกและการบริโภคอาหารที่จำเป็นต่อการยังชีพและสุขภาพ ภาวะโภชนาการเป็นเครื่องบ่งชี้สภาพความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตของบุคคล การมีภาวะโภชนาการที่ดีมีผลให้ร่างกายมีสุขภาพแข็งแรง มีความต้านทานโรค ช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคที่เกิดจากแบบแผนชีวิตไม่ถูกต้อง เช่น โรคอ้วน โรคหัวใจและโรคมะเร็ง อาหารที่รับประทานจึงเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะในวัยสูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหาร ซึ่งทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารตามมา ได้แก่ การเคี้ยวและกลืนอาหารลำบากเนื่องจากฟันหักมากขึ้นและต่อมน้ำลายทำงานลดลง ความอยากอาหารน้อยลงเนื่องจากการรับรสและกลิ่นลดลง นอกจากนี้ ยังพบว่า การทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ลดลง เช่น การดูดซึมอาหาร การบีบตัวของกระเพาะอาหารและลำไส้ลดลง จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาทางโภชนาการได้ง่าย เช่น อาหารไม่ย่อย ท้องอืด หรือขาดสารอาหารได้ง่าย

คณะกรรมการจัดทำข้อกำหนดสารอาหารประจำวันที่ร่างกายควรได้รับของประชาชนไทย (2532: 153) กำหนดว่า ผู้สูงอายุไทยที่ทำกิจกรรมหนักปานกลางควรรับประทานอาหารเพื่อให้ได้พลังงานวันละ 2,250 กิโลแคลอรีสำหรับเพศชาย และ 1,850 กิโลแคลอรีสำหรับเพศหญิง ผู้สูงอายุควรปรับเปลี่ยนแบบแผนการรับประทานอาหาร โดยลดปริมาณอาหารแต่ละมื้อลง

แต่รับประทานให้บ่อยขึ้น อาจเป็น 4-5 มื้อต่อวัน เพื่อช่วยไม่ให้ระบบย่อยอาหารทำงานหนัก และทำให้การเผาผลาญไขมันดีขึ้น (Kleiner, 1998) การรับประทานอาหารของผู้สูงอายุเพื่อให้ได้สารอาหารที่สมดุล ควรประกอบด้วย โปรตีนที่เพียงพอไม่มากเกินไป คือ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ไขมันน้อยกว่าร้อยละ 30 ของพลังงานที่ได้รับ และคาร์โบไฮเดรต ที่ได้รับควรเป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน เช่น ข้าวซ้อมมือ ธัญพืชต่างๆ และมัน (Edelman & Mandel, 1994) สารโคเลสเตอรอลควรได้รับน้อยกว่า 300 มิลลิกรัมต่อวัน กากใยควรได้รับ 25-35 กรัมต่อวัน กากใยอาจจะได้รับผักผลไม้ พืชที่เป็นผัก เช่น กระถิน ถั่ว พืชชนิดเมล็ด อาหารกากใยเหล่านี้จะช่วยลดอาการท้องผูกของผู้สูงอายุได้ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมอย่างน้อยวันละ 800 มิลลิกรัมต่อวัน เพื่อป้องกันภาวะกระดูกพรุน และรับประทานเกลือโซเดียมในปริมาณที่เหมาะสม รวมทั้งดื่มน้ำอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว

3.3.4 การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล บรอดเฮดและคณะ (Broadhead et al., 1983 cited in Smith, 1996) ได้ให้ความหมายของการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลว่า “เป็นความรู้สึกนึกคิดที่ดีระหว่างบุคคล มีการยอมรับพฤติกรรมของบุคคลอื่น และมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล และมีผลทำให้บุคคลเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ต้องการ” ส่วนวอล์คเกอร์ (S.N. Walker, Personal communication, Feb 14, 1999 อ้างถึงใน ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542) ได้ให้ความหมายของการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลว่า “เป็นการวางเงื่อนไขในการติดต่อสื่อสาร เพื่อส่งเสริมความรู้สึกของความผูกพันอันลึกซึ้งและความใกล้ชิดมากกว่าการติดต่ออย่างเป็นทางการ การติดต่อสื่อสารจะรวมถึงการแบ่งปันความคิด ความรู้สึกทั้งที่เป็นคำพูดและไม่เป็นคำพูด” จากทฤษฎีเชิงจิตสังคมได้อธิบายว่า ผู้สูงอายุยังคงมีความต้องการทางสังคมเช่นเดียวกับบุคคลในวัยกลางคน แต่เนื่องจากผู้สูงอายุบางรายมีข้อจำกัดทางร่างกาย การได้ยินลดลง ทำให้การติดต่อและการสื่อสารกับผู้อื่นลดลง การที่ผู้สูงอายุต้องอยู่คนเดียวและยังพบกับข้อจำกัดอื่น ๆ เนื่องจากภาวะสุขภาพและการสูญเสียในหลาย ๆ ด้านจากความสูงอายุ ทำให้เกิดความรู้สึกอ้างว้าง ว้าเหว และขาดที่พึ่งโดยที่ความรู้สึกว่าเหวนี้ อาจเกิดขึ้นได้แม้จะมีบุคคลอื่นอยู่รอบข้าง ความว้าเหวในผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นเป็นเวลานานและมีความรุนแรงมากกว่าในวัยอื่น ดังนั้น การดำรงสัมพันธภาพอันดีระหว่างบุคคลในครอบครัวและเพื่อนบ้านจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะสร้างความมั่นคงทางสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ การพูดคุยและพบปะกับครอบครัวและเพื่อนอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกอบอุ่นและใกล้ชิดกับบุคคลรอบข้าง อีกทั้งยังได้รับความช่วยเหลือเมื่อยามจำเป็น ดังนั้น การคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในผู้สูงอายุจะช่วยส่งเสริมความผาสุกทางด้านร่างกายและจิตใจ และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

3.3.5 การเจริญทางจิตวิญญาณ (Spiritual growth) การเจริญทางจิตวิญญาณจะมุ่งไปที่การพัฒนาจิตของบุคคล โดยผ่านมาทางสิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติ (transcending) การติดต่อ (connecting) และการพัฒนา (development) สิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติจะทำให้บุคคลรู้สึกถึงความสมดุล

ของตนเอง ในอันที่จะนำมาซึ่งความรู้สึกสงบสุขและเปิดกว้างในการคิดสร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ การติดต่อเป็นความรู้สึกกลมกลืนไปกับทุกสิ่งในโลก ส่วนการพัฒนาเกี่ยวข้องกับการค้นหาความหมาย เป้าหมายของชีวิต และทำงานไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ (S.N. Walker, Personal communication, Feb 14, 1999 อ้างถึงใน ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542) การพัฒนาศักยภาพทางด้านจิตวิญญาณประเมินได้จากความเชื่อ ความรู้สึกเกี่ยวกับความหมายของชีวิต ความรัก ความหวัง การให้อภัยและชีวิตหลังการตาย (Pender, 1996) ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องประสบกับการสูญเสียมากมายทั้งทางด้านร่างกาย สังคมและการดำเนินชีวิต ซึ่งการสูญเสียดังกล่าว สร้างความเลื่อมถอยทางจิตใจให้กับผู้สูงอายุ ทำให้ขาดความมั่นคงทางจิตใจ (Berggren-Thomas & Griggs, 1995) ทำให้ผู้สูงอายุต้องหาสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ เพื่อช่วยในการเผชิญต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป (Muzaffar, 1991) ซึ่งการเจริญทางจิตวิญญาณนี้จะเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ (Berggren-Thomas & Griggs, 1999) ผู้สูงอายุที่มีการเจริญทางจิตวิญญาณ จะเป็นผู้ที่ไม่ยึดติดกับตัวตนของตนเอง สามารถยอมรับความเป็นตัวตนในปัจจุบัน และยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รวมถึงสามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างกระฉับกระเฉง มีความคิดสร้างสรรค์ในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น และเปิดโอกาสให้กับตนเองได้พบกับสิ่งใหม่ๆ และท้าทายในชีวิต ซึ่งจะก่อให้เกิดความสุขทางจิตใจ (Nelson, 1991) ในการศึกษาการเจริญทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุไทย พบว่าผู้สูงอายุมีการเจริญทางจิตวิญญาณอยู่ในเกณฑ์ดี โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุพึงพอใจกับสิ่งที่ตนมีอยู่และเชื่อว่าชีวิตของตนมีจุดมุ่งหมาย (จิตรา จันชนะกิจ, 2541; จิรวรรณ อินคัม, 2541; ปาลีรัตน์ พรทวีกันหา, 2541)

3.3.6 การจัดการกับความเครียด (Stress Management) เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงการจัดการกับความเครียดของบุคคล เช่น การแสดงออกที่เหมาะสม การพักผ่อน การนอนหลับ การผ่อนคลาย การทำกิจกรรมที่คลายเครียด หรือการทำกิจกรรมที่ป้องกันการอ่อนล้า ของร่างกาย ซึ่งวอล์คเกอร์ (Walker, 1997) ได้กล่าวถึงสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดไว้ 3 ชนิด คือ 1) สิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรัง (chronic stressors) เป็นปรากฏการณ์ต่างๆ ไปทีเกิดขึ้นยาวนานและเรื้อรังในชีวิตของบุคคล เช่น ความเจ็บป่วย ความเจ็บปวด 2) เหตุการณ์สำคัญในชีวิต (major life events) ที่อาจเกิดขึ้นหรือไม่อาจเกิดขึ้นตามความคาดหวัง และผลที่ตามมาจะดีหรือไม่ดี เช่น การตายของกลุ่มสมรส การเกษียณอายุ การเกิดของบุคคลในครอบครัว การผ่าตัด การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นต้น 3) สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน (acute daily hassles) เช่น อุบัติเหตุต่างๆ ในชีวิตประจำวัน การผัดผ่อน การทำเงินหาย ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้นจะมีผลทำให้ความ พึงพอใจในชีวิตลดลง เกิดความผิดปกติทางจิตใจ และมีความเกี่ยวเนื่องกับความเจ็บป่วย เช่น โรคหัวใจ และหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะอาหาร การทำหน้าที่ของภูมิคุ้มกันทางร่างกายลดลง (Pender, 1996) สำหรับความเครียดในผู้สูงอายุจะพบว่าเกิดจากปัญหาเรื่องสุขภาพกายที่เสื่อมไปตามอายุขัย ทำให้สมรรถภาพต่าง ๆ ของร่างกายลดลง ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงมีความ

จำเป็นต้องลดความเครียดของตน ในการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุมีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมนั้น เพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้เสนอวิธีการจัดการกับความเครียดไว้ ดังนี้

1) การลดความถี่ของสถานการณ์ที่มากกระตุ้นให้เกิดความเครียด (minimizing the frequency of stress-inducing situation) โดยการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือการดำเนินชีวิตที่กระตุ้นให้เกิดความเครียด เช่น การหางานอดิเรก การพักผ่อนหย่อนใจ เป็นต้น

2) การเพิ่มแรงต้านทานต่อความเครียด (increasing resistance to stress) การเพิ่มแรงต้านทานต่อความเครียดสามารถทำได้ทั้งร่างกายและจิตใจ ทางด้านจิตใจ สามารถทำได้โดยการปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพและการรับรู้ของตน ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พัฒนาจุดมุ่งหมายของตนเอง และเสริมสร้างแหล่งเผชิญความเครียด สำหรับการจัดการกับความเครียดโดยการเพิ่มแรงต้านทานความเครียดทางด้านร่างกาย ทำได้โดยการออกกำลังกาย จากการศึกษาของโจนส์และไนส์ (Jones & Nies, 1996) ที่ศึกษาการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายในสตรีสูงอายุชาวแอฟริกันกับอเมริกา พบว่าการออกกำลังกายมีผลต่อการลดความรู้สึกเครียด

3) การสร้างเงื่อนไขตรงกันข้าม เพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งรบกวนทางสรีรวิทยา ที่มีผลมาจากความเครียด (counterconditioning to avoid physiological arousal resulting from stress) โดยการใช้เทคนิคผ่อนคลายต่างๆ เช่น การนั่งสมาธิ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การผ่อนคลายโดยใช้เครื่องไบโอฟีดแบค (Biofeedback) จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้านเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้ให้บริการควรส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมดังกล่าว โดยพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กมลพร สิริคุตจตุพร และคณะ (2560) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การกำกับตนเองและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การวิจัยแบบหาอำนาจการทำนาย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์ เพียร์สัน และสถิติสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 5.59, SD. = 0.87$) ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การกำกับตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองได้ร้อยละ 81.2 ($R^2 = .812, F = 142.59, p < .01$) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเอง

ได้สูงสุด ($\beta = .597, p < .01$) สินี นุช หลวงพิทักษ์ (2558) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ณ โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และแบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองแบบประเมินการจัดการตนเองใน ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .543, .507$ และ $.502$ ตามลำดับ) ปัจจัยที่สามารถทำนายการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง ($\beta = 0.38, p < .01$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.26, p < .05$) โดยสามารถร่วมกันทำนายการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 33.6 ($R^2 = .336, p < .05$)

จันทร์จิรา สีสว่าง และคณะ (2557 :185-189) ผลของ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบุรีจำนวน 40 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 20 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงระยะเวลาของโปรแกรมคือ 12 สัปดาห์ และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบวัดและวัดความดันโลหิตก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 สัปดาห์วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบที่ผลการวิจัยพบว่าหลังสิ้นสุดโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม การออกกำลังกาย การรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดและการผ่อนคลายความเครียดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กุศุมมา อุปสาร และคณะ (2557) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จังหวัดอุบลราชธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอิทธิพลของปัจจัยชีวสังคม ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ความเชื่อด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิจัยพบว่า 1. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเงิน แรงงานสิ่งของและบริการ และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร 2. ตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ แรงสนับสนุนทางด้านสังคม ด้านการได้รับการยอมรับและการเห็นคุณค่า ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า (ปวส.) ระดับปริญญาตรี และแรงสนับสนุนทางสังคม ด้านการเงิน แรงงาน สิ่งของและบริการ โดยตัวแปรทั้ง 5 ตัว ร่วมกันสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ได้ร้อยละ 50.8

ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน และคณะ (2558: 62-63) ศึกษาการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซากริมฝั่งแม่น้ำยม พบว่า การกินอาหารส่งเสริมสุขภาพ การเคลื่อนไหวออกแรง การจัดการความเครียด และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับภาวะการถูกทอดทิ้ง และพบว่า กระบวนการเพิ่มศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การพัฒนาศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ 2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 3) การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และ 4) การสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัวและบุคลากรด้านสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านครอบครัวและสังคม คือ ต้องการให้ลูกหลานดูแลเอาใจใส่ตนอย่างใกล้ชิดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

จิราวรรณ เผื่อแผ่ และคณะ (2557 : 84- 91) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับสูง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง และผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า ตัวแปรต้น

สุพัชรินทร์ วัฒนกุล และคณะ(2556: 19-28) ศึกษาโปรแกรมการเรียนรู้ในการจัดการตนเอง เรื่องอาหารและการออกกำลังกายของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 68 คน เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีความรู้ในการจัดการตนเอง พฤติกรรมการบริโภคและการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนระดับความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนการและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เบญจพร สว่างศรี (2556) ศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ระดับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโดยภาพรวม ทั้งด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-65 ปี มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวมีระดับการดูแลสุขภาพตนเองสูงสุด ผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิงมีระดับการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าเพศชายและผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสดมีระดับการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าสถานภาพสมรส

รุ่งทิพวิภา สุขารมย์ และ ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ (2557) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการดูแลตนเองในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาจำแนกตามการดูแลตนเองรายด้านพบว่าผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองน้อยที่สุดในด้านการออกกำลังกายและการจัดการความเครียด สำหรับการเปรียบเทียบการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มตัวแปรที่ศึกษา พบว่า เพศหญิงมีการดูแลเรื่องการพักผ่อนมากกว่าเพศชาย แม้บ้านมีการออกกำลังกายน้อยกว่าผู้สูงอายุอาชีพอื่น ผู้สูงอายุที่มีรายได้มีน้อยกว่า มีการจัดการความเครียด การพักผ่อน และการดูแลตนเองโดยรวมน้อยกว่าผู้ที่มีรายได้มากกว่า ผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางครอบครัวและทางสังคมมากจะมีการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มที่มีการสนับสนุนทางครอบครัวและทางสังคมน้อยกว่า ดังนั้นผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลางและมีการออกกำลังกายและการจัดการความเครียดอยู่ในระดับต่ำกว่าเรื่องอื่น

ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน และคณะ (2558) ศึกษาการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซากริมฝั่งแม่น้ำยม พบว่า การกินอาหารส่งเสริมสุขภาพ การเคลื่อนไหวออกแรง การจัดการความเครียด และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับภาวะการถูกทอดทิ้ง และพบว่า กระบวนการเพิ่มศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การพัฒนาศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ 2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 3) การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และ 4) การสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัวและบุคลากรด้านสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ

เอกภพ เอกสมทราเมษฐ์ (2559) ศึกษาการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอเมืองจังหวัดนครปฐม พบว่า ผู้สูงอายุมีรูปแบบการพึ่งตนเอง 5 ด้าน คือ 1) เทคโนโลยี (อุปกรณ์ทางการแพทย์

โทรทัศน์ โทรทัศน์ คอมพิวเตอร์ และภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ) 2) เศรษฐกิจ (รายได้) 3) ทรัพยากรธรรมชาติ (สภาพแวดล้อม แหล่งน้ำอุปโภคบริโภค) 4) จิตใจ (เข้าวัดฟังธรรม) และ 5) สังคม (กิจกรรมและการช่วยเหลือกันในชมรมผู้สูงอายุ)

มนตรี ประเสริฐรุ่งเรือง (2559) ศึกษาการสร้างทางเลือกในการพึ่งพาตนเองอย่างมีคุณค่าของผู้สูงอายุรุ่นใหม่ พบว่า การสร้างทางเลือกในการพึ่งพาตนเองอย่างมีคุณค่าของผู้สูงอายุใหม่นั้น ประเด็นแรก ได้แก่ การพึ่งพาตนเองในระดับปัจเจกบุคคล ประเด็นที่สอง ได้แก่ การพึ่งพาตนเองโดยการใช้ประโยชน์จากโครงสร้างทางสังคม และประเด็นที่สาม ได้แก่ การพึ่งพาตนเองโดยการใช้ความสามารถส่วนบุคคลร่วมกับการใช้ประโยชน์จากโครงสร้างทางสังคม



บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง การจัดการชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ผู้วิจัยได้ศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา ประกอบด้วยสาระสำคัญ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
 - 1.2 สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย
 - 1.3 ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการตนเอง
 - 2.1 ความหมายการจัดการตนเอง (Self-management)
 - 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุด้านการดูแลสุขภาพตนเอง
 - 2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุด้านการดูแลสุขภาพตนเอง
3. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
 - 3.1 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
 - 3.2 พฤติกรรมป้องกันโรค
 - 3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การให้ความหมายของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันตามทวีปต่างๆ ของโลก หรือแตกต่างกันตามความเจริญรุ่งเรืองของประเทศโดยการกำหนดช่วงอายุดังต่อไปนี้

แฮนลอน (Hanlon, 1979) กล่าวว่า ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป แบ่งเป็น 3 ช่วง คือ ผู้สูงอายุระยะเริ่มต้น (Young-old) อายุ 65-74 ปี ผู้สูงอายุระยะกลาง (Middle-old) อายุ 75-85 ปี และผู้สูงอายุระยะสุดท้าย (Old-old) อายุ 85 ปีขึ้นไป

เฟรดและคณะ (Fried, Roche, Kasper; & Guralnik. 1999; Miller. 2004) ได้นิยามผู้สูงอายุในประเทศแถบภาคพื้นยุโรปและอเมริกาตามความเสื่อมถอยและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายโดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น (The young-old group) หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 65-74 ปี (2) กลุ่มผู้สูงอายุตอนกลาง (The middle-old or old-old group) หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 75-84 ปี (3) กลุ่มผู้สูงอายุตอนปลาย (The oldest-old group or frail elderly) หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 85 ปี ขึ้นไป

ประเทศกำลังพัฒนา (World Health Organization. 1988) ได้ให้เกณฑ์ของผู้สูงอายุว่า คือ บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป โดยสามารถแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ (1) ผู้สูงอายุระยะต้น (Young-old) มีอายุระหว่าง 60-74 ปี (2) ผู้สูงอายุระยะกลาง (Middle old) มีอายุระหว่าง 75-90 ปี (3) ผู้สูงอายุระยะสุดท้าย (Very old) มีอายุมากกว่า 90 ปี

รศรินทร์ เกรย์ และคณะ (2556) ประเทศในภาคพื้นเอเชียกำหนดเกณฑ์อายุของผู้สูงอายุว่า คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สำหรับประเทศไทย ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินกว่าหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย การให้คำจำกัดความ หรือ นิยามคำว่าผู้สูงอายุอย่างเป็นทางการ เกิดขึ้นเมื่อประเทศต่างๆ เริ่มมีการพูดถึงและพัฒนาระบบสวัสดิการ สิทธิประโยชน์สำหรับกลุ่มประชากรวัยสูงอายุ ภายใต้นโยบายที่ว่าเมื่อประชากรเข้าสู่วัยสูงอายุ จะมีความเสื่อมถอยทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ความสามารถในการทำงานลดลงจึงสมควรได้รับสวัสดิการจากรัฐ ผู้สูงอายุ จึงมักหมายถึง วัยหลังเกษียณจากการทำงาน

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการกำหนดอายุผู้สูงอายุที่ 60 ปีนี้ไม่ได้เป็นเกณฑ์หรือข้อตกลงที่เป็นสากล มีความแตกต่างกันไป ซึ่งโดยมากในแต่ละประเทศจะนิยามผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สำหรับประเทศไทยนั้น ใช้มาเป็นเวลานาน และเป็นอายุที่เริ่มต้นได้รับสวัสดิการ และผลประโยชน์ต่างๆ จากทางราชการ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดใช้การแบ่งช่วงอายุแบบของประเทศไทย คือ ช่วงอายุตั้งแต่ 60 ขึ้นไป

1.2 สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ประชากรไทยเพิ่มช้าลงอย่างมาก เมื่อ 50 ปีก่อน ประชากรไทยเคยเพิ่ม ด้วยอัตราที่สูงกว่าร้อยละ 3 ต่อปี แต่ปัจจุบัน อัตราเพิ่มประชากรได้ลดต่ำลงเหลือเพียงร้อยละ 0.5 ต่อปีเท่านั้น ประชากรไทยมีจำนวน 26 ล้านคนในปี 2503 และได้เพิ่มจนมีจำนวนครบ 60 ล้านคนในปี 2539 นับจากปีนั้นถึงปัจจุบันในปี 2559 นี้เป็นเวลานานถึง 20 ปี แต่ประชากรไทยเพิ่มขึ้นอีกไม่ถึง 6 ล้านคน เป็น 65.9 ล้านคนในปัจจุบัน ในขณะที่ประชากรรวมของประเทศไทยได้เพิ่มช้าลงอย่างมาก ประชากรสูงอายุกลับเพิ่มด้วย อัตราที่เร่งเร็วขึ้น ในปี 2503 ประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพียง 1 ล้านคน หรือคิด เป็นเพียงร้อยละ 4 ของประชากร

26 ล้านคนเท่านั้น จนถึงปี 2548 เมื่อประเทศไทยเข้าสู่สังคม สูงอายุเป็นปีแรกเมื่อมีสัดส่วน ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 10 ของประชากร 63 ล้าน คน หรือเท่ากับมีผู้สูงอายุเป็น จำนวนมากกว่า 6 ล้านคน ในปี 2559 ในจำนวนประชากรไทย 65.9 ล้านคน มีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป 11 ล้านคน หรือ คิดเป็นร้อยละ 16.5 ของประชากรทั้งหมด (การคาดประมาณประชากรของ ประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583, สศช.) ทั้งนี้การเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุในประเทศเป็นผลจาก ความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งการกระจายบริการด้านสาธารณสุข และจาก นโยบายการวางแผนครอบครัวที่ส่งผลให้อัตราการเจริญพันธุ์ของประชากรลดลง จึงทำให้ ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและมีอายุยืนยาวขึ้น

1.3 ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ

1.3.1 ปัญหาของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้สูงอายุ และการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมในสังคม ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้จะเกิดปัญหาต่างๆ ได้มาก ปัญหาผู้สูงอายุ ได้แก่

- 1) ความเจ็บป่วย คนไทยร้อยละ 66.4 มีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 14.6 ต้อง ล้มหมอนนอนเสื่อ ผู้สูงอายุหญิงมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าเพศชาย การเจ็บป่วยมักเกิดจาก การปฏิบัติตนไม่ถูกสุขลักษณะ ขาดการดูแลสุขภาพตนเอง ส่วนปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุหญิงมี ปัญหามากกว่าเพศชาย เพราะส่วนใหญ่ผู้สูงอายุหญิงเป็นหม้าย ขาดคู่ปรึกษา ประกอบกับการ เปลี่ยนแปลงทางร่างกายและเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม การสูญเสียอำนาจและบทบาทของตน รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ซึมเศร้า
- 2) การศึกษา ผู้สูงอายุไทยที่มีการศึกษาน้อยมักจะมีขาดความรู้พื้นฐานใน การพัฒนาความรู้ด้านการป้องกันโรค และรักษาสุขภาพอนามัยของตนเองตั้งแต่วัยเด็กจนสูงอายุ
- 3) ด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุจะมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจเนื่องจากมีรายได้ ไม่แน่นอน สุขภาพทรุดโทรม ขาดเพื่อน ไม่รู้ว่าจะมีชีวิตอยู่เพื่ออะไร
- 4) ปัญหาด้านสังคมและวัฒนธรรม ถ้าสังคมมีแนวคิดที่ผู้สูงอายุเป็นผู้มี ประสบการณ์สูง ทำประ โยชน์ให้สังคม จะช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุพัฒนาตน ร่วมทำประ โยชน์แก่ สังคมเท่าที่จะทำได้ ตรงกันข้ามกับสังคมตะวันตก หรือประเทศอุตสาหกรรม มีการใช้เทคโนโลยี ในการผลิตสูงจะมองค่าผู้สูงอายุต่ำ ไม่ต้องพึ่งพาการถ่ายทอดความรู้ ผู้สูงอายุไม่ได้รับการยกย่อง ทำให้เกิดการแยกตัวเอง ไม่สนใจการมีส่วนร่วมการพัฒนาสังคม เกิดความเครียด เบื่อหน่ายชีวิต ขัดแย้งกับลูกหลาน

1.3.2 ปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

- 1) ความบกพร่องในการติดต่อสื่อสาร เนื่องจากหูตึง พูดไม่ชัด และ
ความจำเสื่อม
- 2) ความจำกัดในการทำกิจกรรม เนื่องจากการหดตัวและการ
ประสานงานของกล้ามเนื้อในการควบคุม การเคลื่อนไหวลดลง ข้อเสื่อม ประสิทธิภาพการทำงาน
ของหัวใจและระบบทางอากาศลดลง ทำให้เหนื่อยง่าย
- 3) ความสามารถในการปรับตัวต่อภาวะเครียดลดลง
- 4) ความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ช้า
- 5) การพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป
- 6) เกิดภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากการรับรสและการดมกลิ่นลดลง ทำให้
เบื่ออาหาร เคี้ยวอาหารลำบาก การย่อยและดูดซึมลดลง กระจายน้ำตาลลดลง เมตาบอลิซึมของร่างกาย
ลดลง การสังเคราะห์โปรตีน เอ็นไซม์ และการสะสมไกลโคเจนลดลง
- 7) เกิดภาวะเสียสมดุลเกลือแร่ได้ง่าย
- 8) ความผิดปกติในการขับถ่ายอุจจาระ ได้แก่
 - (1) ท้องผูก เนื่องจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง
 - (2) กลั้นอุจจาระได้ไม่ดี เนื่องจากความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหูรูดของ
ทวารหนักลดลง
- 9) เกิดแผลได้ง่ายและหายช้า เนื่องจากผิวหนังบอบบาง หลอดเลือดเปราะ
และแตกง่าย รวมไปถึงการไหลเวียนเลือด ระดับเนื้อเยื่อลดลง
- 10) กระดูกหักง่ายและหายช้า เนื่องจากแคลเซียมที่สะสมในกระดูกมีน้อย มีการ
ซ่อมแซมเซลล์กระดูกลดลง
- 11) เกิดการติดเชื้อง่าย เนื่องจากการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย
ลดลง
- 12) มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค
 - (1) มะเร็งและเนื้องอก เนื่องจากการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน
เปลี่ยนแปลงไป
 - (2) ความดันโลหิตสูง เนื่องจากหลอดเลือดแข็ง ความต้านทานภายใน
หลอดเลือดส่วนปลายสูงขึ้น
 - (3) ต้อกระจก เนื่องจากการเสื่อมสภาพของแก้วตา
 - (4) เบาหวาน เนื่องจากการทำงานของตับอ่อนลดลง

- (5) ถูกลงโป่งพอง เนื่องจากความยืดหยุ่น และจำนวนถุงลมปอดลดลง
- (6) ปอดบวม เนื่องจากการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันลดลง
- (7) ข้ออักเสบ เนื่องจากข้อเสื่อม น้ำไขข้อลดลง
- (8) โลหิตจาง เนื่องจากจำนวนเม็ดเลือดแดงและฮีโมโกลบินลดลง
- (9) สมองเสื่อม เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสมองและระบบ

ประสาท

13) การตอบสนองต่อยาผิดไปและเกิดผลไม่พึงประสงค์ของยาได้ง่าย เนื่องจากการดูดซึมยาทางระบบทางเดินอาหารลดลง ตับสังเคราะห์โปรตีนและเอ็นไซม์ที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงยาลดลง การขับสารออกจากร่างกายทางไตลดลง การขับสารออกจากร่างกายทางไตลดลง ทำให้ระดับยาอยู่ในกระแสเลือดนานและเกิดพิษได้ง่าย ดังนั้นการให้ยาแก่ผู้สูงอายุต้องระมัดระวังอย่างยิ่ง ควรปรึกษาแพทย์ก่อนให้ยาทุกชนิด

14) เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย เนื่องจากอวัยวะรับความรู้สึกสัมผัสลดลง หูตึง การรับกลิ่นลดลง ตามัว การทรงตัวดี และกล้ามเนื้ออ่อนแรง

1.3.3 ความต้องการของผู้สูงอายุ

นพ.บรรลพ ศิริพานิช ประธานมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) ให้ข้อสรุปอย่างหนึ่งสำหรับผู้สูงอายุไทยว่า ในช่วงบั้นปลายชีวิต สิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการมากที่สุดก็คือ ความสุข ซึ่งเกิดจากการมีคุณภาพชีวิตที่ดี อันประกอบด้วย 3 เสาหลัก คือ

เสาหลักที่ 1 สุขภาพ แน่นนอนว่าเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย ปัญหาเรื่องความเสื่อมของสุขภาพร่างกายย่อมจะตามมา ดังนั้นสุขภาพกาย จิต สังคม และปัญญา จึงเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญ

เสาหลักที่ 2 ผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีชีวิตชีวา ไม่ห่อเหี่ยว จะต้องมีส่วนร่วมกับสังคม ได้ทำงานร่วมกับผู้อื่น สร้างปฏิสัมพันธ์ (Interaction) โดยเป็นได้ทั้งการทำงาน เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง หาเลี้ยงชีพ ให้มีอาชีพเสริม หรือทำประโยชน์กับผู้อื่นทำประโยชน์กับสังคม ให้มีคุณค่า เป็นภูมิปัญญาของสังคมสิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตชีวา และใช้ชีวิตบั้นปลายได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เสาหลักที่ 3 คือเรื่องของความมั่นคง การมีรายได้ มีสถานะเศรษฐกิจที่ดี เพียงพอจะดูแลตัวเองจนถึงบั้นปลายชีวิต มีความปลอดภัย มีครอบครัวอบอุ่น มีชุมชนและสิ่งแวดล้อมที่ดี ทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข

2. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการตนเอง

2.1 ความหมายการจัดการตนเอง (Self-management)

มีนักวิจัยต่างประเทศ ได้ให้ความหมายของคำว่า การจัดการตนเอง (Self-management) ไว้แตกต่างกันไปดังนี้

Creer (2000) (pp.601-629) การจัดการตนเอง เป็นขั้นตอนซึ่งผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงมุมมองเกี่ยวกับพฤติกรรมของตนเอง โดยเป็นกระบวนการที่ครอบคลุมการตั้งเป้าหมาย (goal selection) การเก็บรวบรวมข้อมูล (information collection) การประมวลและประเมินข้อมูล (information processing and evaluation) การตัดสินใจ (decision making) การลงมือปฏิบัติ (action) และการสะท้อนตนเอง (self-reaction)

Lorig and Holman (1993) (pp.1-7) กล่าวว่า การจัดการตนเอง เป็นการที่บุคคลเลือกในการปรับมุมมองและทักษะที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อแก้ปัญหาและปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ รวมถึงรักษาความมั่นคงทางอารมณ์

Clark et al. (1991 cited in Barlow, Wright, Sheasby, Turner, & Hainsworth, 2002) กล่าวว่า การจัดการตนเอง หมายถึง การปฏิบัติหรือทำกิจกรรมในแต่ละวันเพื่อที่จะควบคุมหรือลดผลกระทบของโรคหรือการเจ็บป่วยต่อภาวะสุขภาพ การปรับตัวต่อปัญหาด้านจิตใจที่เกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง และการจัดการชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการเงินและเงินใจทางสังคม

Kanfer and Gaelick (1986) (pp. 283-345) แนวคิดการจัดการด้วยตนเองเป็นแนวคิดที่พัฒนามาจาก ทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาทางสังคม (Social Cognitive Theory) โดยแนวคิดการจัดการด้วยตนเองเป็นแนวคิดที่เน้นการมีส่วนร่วมของบุคคลในทุกกระบวนการ โดยมีความเชื่อพื้นฐานว่าการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมใด ๆ ต้องเกิดจากกระบวนการตัดสินใจ ประเมินผลดีผลเสียของการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆด้วยตนเอง มองเห็นคุณค่าของสิ่งที่จะปฏิบัติด้วยตนเอง เพราะเมื่อประเมิน และ ตัดสินใจแล้วว่าพฤติกรรมนั้น ๆ มีคุณค่าก็จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ในการดำรงชีวิตและปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง (Coates & Boore, 1995 cite in Kangchai, 2002) การส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองรูปแบบหนึ่งที่นิยมนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ คือรูปแบบการกำกับตนเอง (Self - regulation Model) ซึ่งกลวิธีการกำกับตนเองของ Kanfer and Gaelick (1986) เป็นรูปแบบหนึ่งของการกำกับตนเอง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การติดตามตนเอง 2) การประเมินผลตนเองและ 3) การเสริมแรงตนเอง

จากนิยามข้างต้น สรุปได้ว่า การจัดการตนเองเป็นทั้งกระบวนการและพฤติกรรม เพื่อควบคุม ป้องกัน และแก้ไขเหตุการณ์ต่างๆ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข ดังคำกล่าวของ รศ.ดร.เสรี พงศ์พิศ ที่ว่า “ชีวิตต้องมีการจัดการ ไม่ใช่ปล่อยให้ไปตามบุญตามกรรม”

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุด้านการดูแลสุขภาพตนเอง

การที่สังคมไทยมองว่าผู้สูงอายุที่ยังคุณประโยชน์ (productive aging) ผู้สูงอายุที่มีพลัง (Power) สามารถช่วยเหลือตนเองดูแลตนเอง (Self-Care) พึ่งตนเองได้ (Self-Reliance) และสามารถนำศักยภาพที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้อื่น และสังคม ได้นั้น หมายความว่าผู้สูงอายุนั้นเป็นผู้มีศักยภาพและความสามารถในการจัดการตนเอง (Self-management)

การจัดการชีวิตของผู้สูงอายุประกอบด้วยการจัดการตนเองหรือการดูแลตนเอง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านการทำงาน ด้านความมั่นคงในชีวิต ด้านการเรียนรู้และการมีส่วนร่วมในสังคม (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2556)

2.2.1 ด้านสุขภาพ ได้แก่ การดูแลสุขภาพทั่วไปของร่างกายให้อยู่ในสภาพดี มีความแข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ หรือดูแลร่างกายในยามเจ็บป่วยได้ มีการตรวจสุขภาพประจำปี มีการสร้างเสริมสุขภาพกายตนเองคือการพักผ่อน การออกกำลังกาย อาหารและโภชนาการซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพร่างกายให้สามารถทำงานได้ตามปกติ และมีการดูแลสุขภาพจิตให้สามารถควบคุมอารมณ์ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ มีจิตใจเบิกบานแจ่มใส และมีการสร้างเสริมสุขภาพจิตให้สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข

2.2.2 ด้านการทำงาน ได้แก่ การทำงานที่ได้ค่าตอบแทน เช่น การทำงานในภาคการเกษตร อุตสาหกรรม และการบริการ งานที่สร้างรายได้จากการประกอบการด้วยตนเอง เช่น เกษตร ค้าขาย งานอาสาสมัคร หรือจิตอาสา และงานอดิเรก

2.2.3 ด้านความมั่นคงในชีวิต ได้แก่ การสร้างความมั่นคงด้านเศรษฐกิจ เช่น การจัดการและวางแผนทางการเงิน การลงทุนและความเสี่ยง การออมและช่องทางการออม การสร้างความมั่นคงด้านครอบครัว เช่น การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว กิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ และการเป็นแหล่งเรียนรู้ความรู้ภูมิปัญญา การสร้างความมั่นคงด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน และการสร้างความมั่นคงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อการป้องกันภัยและอุบัติเหตุ

2.2.4 ด้านการเรียนรู้และการมีส่วนร่วมในสังคม ได้แก่ การเรียนรู้สิทธิและกฎหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การเรียนรู้เท่าทันเทคโนโลยี ช่องทางการเรียนรู้และการสื่อสาร การมีส่วนร่วมในสังคม เช่น การเป็นผู้นำชุมชนหรือท้องถิ่น อาสาสมัคร จิตอาสา ผู้รู้ ราษฎรภูมิปัญญา เป็นต้น

ดังนั้น การจัดการชีวิตของผู้สูงอายุจึงหมายถึง การปฏิบัติหรือทำกิจกรรมในแต่ละวันเพื่อที่จะควบคุม ป้องกัน และแก้ไขเหตุการณ์ต่างๆ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข สำหรับงานวิจัยนี้จะเน้นที่การจัดการชีวิตของผู้สูงอายุด้านสุขภาพ

2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุด้านการดูแลสุขภาพตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ได้มีนักวิชาการจำนวนมาก เช่น เบอร์เน็ต และคณะ (Burnette, Mui; & Zodikoff. 2004; Orem. 2001) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองมีดังต่อไปนี้

2.3.1 ปัจจัยด้านบุคคล

ปัจจัยด้านบุคคลเป็นลักษณะของบุคคลที่ทำให้บุคคลมีความเป็นอยู่ ความรู้สึกนึกคิด การปรับตัวที่แตกต่างกัน และแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนี้

1) เพศ เป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพ ตลอดจนความสามารถตามธรรมชาติของมนุษย์ทางกรรมพันธุ์ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุไม่สามารถกำหนดด้วยบทบาททางเพศได้อย่างชัดเจน เพราะผู้สูงอายุไม่ว่าจะเป็นเพศชายหรือเพศหญิงย่อมเผชิญกับภาวะความเสื่อมถอยของร่างกาย การดูแลตนเองจึงมีความสำคัญต่อเพศทั้งชายและหญิงเท่าๆ กัน

2) อายุ เป็นตัวแปรที่แสดงถึงประสบการณ์และความสามารถในการดูแลตนเอง โดยงานวิจัยของ โอเร็ม (Orem. 2001) พบว่า วัยสูงอายุตอนต้น (อายุ 60-70 ปี) มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับสูง เนื่องจากความเสื่อมถอยของร่างกายยังเกิดขึ้นไม่มาก ส่วนงานวิจัยของลีเนอรัท และคณะ (Leenert, Teel; et al. 2002) พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจะเริ่มลดลงเมื่ออายุ 75 ปีขึ้นไป ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่เริ่มมีความเสื่อมถอยมากขึ้น ร่วมกับปัจจัยอื่นๆ เช่น การมีโรคประจำตัว ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย เป็นต้น

3) การศึกษา เป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะและการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง ผู้ที่มีการศึกษาสูงมักสามารถแสวงหาข้อมูล และมีทักษะที่ดีในการแสวงหาข้อมูล รู้จักใช้แหล่งประโยชน์เพื่อการดูแลตนเอง นอกจากนี้การศึกษายังช่วยให้บุคคลรู้จักใช้ความคิดของตนแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาจะสามารถดูแลตนเองได้ดี เพราะมีความมั่นใจในการแก้ปัญหาสุขภาพ หรือหาข้อมูลต่างๆ เพื่อการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ

4) รายได้ หรือฐานะการเงิน โดยรายได้เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของภาวะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ งานวิจัยของ โอเร็ม (Orem. 2001) พบว่า ผู้ที่มีรายได้สูงจะช่วยอำนวยความสะดวกในการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน ส่วนผู้ที่มีรายได้น้อยกว่ามักจะมีข้อจำกัดในการหา

แหล่งประโยชน์เพื่อการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยสามารถหาสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ในการตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย

2.3.2 ปัจจัยด้านสังคม

ปัจจัยด้านสังคมเป็นการสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ทั้งด้านวัตถุสิ่งของ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ อันนำมาซึ่งการดำรงภาวะสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ ได้แก่

1) การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสำคัญต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ งานวิจัยของ เอ็ดเวิร์ดสัน และดีน (Edwardson; & Dean.1999) พบว่า ครอบครัวจะเป็นแหล่งสนับสนุนผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ ตลอดจนการส่งเสริมในการทำกิจกรรมทางสังคม สอดคล้องกับงานวิจัยของบอยซี (Boise et al.1996) พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวทั้งที่เป็นรูปธรรม คือ การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การช่วยเหลือด้านการเงิน อาหาร เสื้อผ้า และนามธรรมคือสนับสนุนทางด้านจิตใจ ได้แก่ การได้รับความรัก ความเอาใจใส่ และการยกย่องเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือในการดูแลตนเองส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพ

2) การมีกิจกรรมทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยการดูแลตนเองสามารถเรียนรู้ได้จากการมีปฏิสัมพันธ์ และการติดต่อกันและกันกับบุคคลในสังคม โอเร็ม (Orem.2001) กล่าวว่า การเข้าร่วมกิจกรรม หรือเป็นสมาชิกชมรมต่างๆ ทำให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเองและมีการดูแลตนเองที่ดี

2.3 ปัจจัยด้านสุขภาพ

ปัจจัยด้านสุขภาพเป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ และความผาสุกทางสังคม รวมทั้งการปราศจากโรคหรือทุพพลภาพ การมีสุขภาพร่างกายที่ดีเป็นจุดมุ่งหมายของการดูแลตนเองในผู้สูงอายุ ปัจจัยด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่เอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุที่เห็นความสำคัญและเอาใจใส่ในภาวะสุขภาพ จะพยายามแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง มีความพร้อมที่จะเรียนรู้หรือฝึกทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง (Orem. 2001)

สรุป ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองมี 3 ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุด้านการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ด้านสังคม และด้านสุขภาพ โดยปัจจัยต่างๆ เหล่านี้จะมีส่วนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เกิดการเรียนรู้ การพัฒนาทักษะ ตลอดจนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ

3. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ เป็นกิจกรรมหรือการปฏิบัติใดๆ ของปัจเจกบุคคล ที่กระทำไปเพื่อจุดประสงค์ในการป้องกัน ส่งเสริม หรือบำรุงรักษาสุขภาพ โดยไม่คำนึงถึงสถานะสุขภาพที่ดำรงอยู่หรือรับรู้ได้ ไม่ว่าพฤติกรรมนั้นๆ จะสัมฤทธิ์ผลสมความมุ่งหมายหรือไม่ในที่สุด

พฤติกรรมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมการป้องกัน โรคและการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี และเป็นการแสดงศักยภาพของมนุษย์ พฤติกรรมสุขภาพแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Behaviors) และพฤติกรรมการป้องกันโรค (Health Protecting Behaviors) โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นมีเป้าหมายเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี โดยส่วนรวมหรือมุ่งให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีสุขภาพดี ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรค มุ่งระวังไม่ให้โรคใดหรือปัญหาใดปัญหาหนึ่งเกิดขึ้น (Harries and Guten อ้างถึงใน นิรมล อินทฤทธิ์, 29: 2547)

3.1 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล ทำให้มีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย และจิตใจ ซึ่งเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานของชีวิตที่จะทำให้บุคคลสามารถดำรงตนอยู่ในสังคมได้อย่างมีความปกติสุข โดยมีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพไว้หลากหลาย ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1998) ได้ให้ความหมาย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่า หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อช่วยให้ตนเองมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณเพื่อให้บุคคลมีความสุขในการดำเนินชีวิต ซึ่งกิจกรรมที่ต้องกระทำต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเอง

Palank (1991) ให้ความหมายว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ริเริ่มโดยบุคคลทุกกลุ่มอายุเพื่อคงไว้หรือเพิ่มระดับความสุขสมบูรณ์ การบรรลุเป้าหมายในชีวิตและความสมปรารถนาของบุคคล พฤติกรรมดังกล่าว ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การมีกิจกรรมต่าง ๆ ในเวลาว่างการพักผ่อน การมีโภชนาการที่เพียงพอ กิจกรรมต่างๆ ที่ลดภาวะเครียด และการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม

Pender et al. (2006) กล่าวว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลกระทำโดยมีเป้าหมายสำคัญในการยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี และการบรรลุเป้าหมายในการมีสุขภาพที่ดี

ของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ในการควบคุมดูแลสุขภาพให้ได้ตามเป้าหมาย และปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ จนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต

อำพล จินดาวัฒนะ, สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ และสุรณี พิพัฒน์โรจนกมล (2551) กล่าวว่า การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการสร้างเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุม และพัฒนาสุขภาพของตนเอง ในการบรรลุซึ่งสุขภาพอันสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม บุคคลและกลุ่มบุคคลจะต้องสามารถบ่งบอกและตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนสามารถตอบสนองต่อปัญหาของตน และสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้

สรุปได้ว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การกระทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน ฯลฯ จนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อควบคุมดูแลสุขภาพให้ได้ตามเป้าหมาย และส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพของตนเองทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม

3.2 พฤติกรรมการป้องกันโรค

การป้องกันโรค หมายถึง การกระทำหรืองดกระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคแล้วและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในกรณีที่หายจากการเจ็บป่วยเป็นโรคแล้ว จากความหมายของการป้องกันโรคคลังกล่าวข้างต้นทำให้แบ่งระดับของการป้องกันโรคออกเป็น 3 ระดับ คือ

3.2.1 การป้องกันก่อนการเกิดโรคหรือก่อนการเจ็บป่วย หมายถึง การกระทำหรืองดการกระทำใดๆ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเป็นโรคหรือเกิดการเจ็บป่วยขึ้น เช่น การดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ เพื่อไม่ให้เจ็บป่วยได้ง่าย เช่น การระวังไม่ให้ขุ่ยลายกัด เพื่อป้องกันไม่ให้เป็นโรคไขเถิดออก การฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัด เป็นต้น

3.2.2 การป้องกันโรคในระยะเวลาที่เกิดโรคหรือเจ็บป่วยขึ้นแล้ว หมายถึง การกระทำหรือการงดกระทำใดๆ ที่จะทำให้อาการเจ็บป่วยจากโรคที่เป็นอยู่นั้นไม่รุนแรงมากขึ้น หรือหายป่วยจากโรคนั้นโดยเร็วที่สุด เช่น การกินยาและปฏิบัติตามที่แพทย์สั่งเมื่อป่วย เป็นต้น

3.2.3 การป้องกันโรคเมื่อหายจากการเจ็บป่วยด้วยโรคแล้ว หมายถึง การกระทำหรือการงดกระทำใด ๆ เพื่อป้องกันไม่ให้เจ็บป่วยหรือเกิดเป็นโรคนั้นซ้ำอีกภายหลัง

การป้องกันโรค มีหลักการที่สำคัญ 2 ประการ คือ การป้องกันโรคด้วยตนเอง หมายถึง การกระทำหรือไม่กระทำบางสิ่งบางอย่างของตนเอง เพื่อป้องกันไม่ให้ตนเองและคนอื่น ๆ เกิดเจ็บป่วยหรือการเกิดโรคขึ้น รวมทั้งการป้องกันการระบาดของโรคที่อาจเกิดขึ้นใน

ชุมชนด้วย สิ่งที่สำคัญที่สุดในประเด็นนี้คือ การเสริมสร้างสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค การป้องกันโรคระดับบุคคล มีวิธีการปฏิบัติดังนี้

- 1) ดูแลรักษาสุขภาพให้สุขภาพแข็งแรง ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ กินอาหารที่มีประโยชน์อย่างเพียงพอ นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ และลดการสูบบุหรี่
- 2) ล้างมือด้วยสบู่และทำให้สะอาดอยู่เสมอ และใช้ช้อนกลางเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น
- 3) หลีกเลี่ยงการเดินทางในประเทศ หรือพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค
- 4) ถ้าจำเป็นต้องเดินทางในประเทศหรือพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค เมื่อกลับมาจะต้องผ่านกระบวนการตรวจคัดกรอง

3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เหล่านี้อาจนำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพได้ง่าย การมีสุขภาพที่ดีเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา แต่ทั้งนี้ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมักเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (Heidrich, 1998) ดังนั้น การคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายและการมีภาวะสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ จึงจำเป็นที่จะต้องส่งเสริมเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ (Walker, 1997) ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นพฤติกรรมหนึ่งของบุคคลที่ปฏิบัติเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีความสำเร็จในชีวิตแห่งตน (self-actualization) และความสมบูรณ์ในชีวิตของบุคคล (Walker, Sechrist, & Pender, 1987) วอล์คเกอร์ ซีคริสต์และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist, & Pender, 1987) ได้เสนอพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้ 6 ด้าน ดังต่อไปนี้

3.3.1 ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่บุคคลสนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง โดยการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง การพบผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพ การปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ และการค้นหาหรือสนใจในความผิดปกติของร่างกายตนเองที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งผู้สูงอายุสามารถกระทำได้โดยการแสวงหาความรู้ทางด้านสุขภาพจากการอ่านหนังสือหรือสื่อต่างๆ การสังเกตการเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติของร่างกาย ตรวจสุขภาพประจำปี อย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง ตลอดจนการพูดคุยหรือบอกเล่าอาการกับผู้ที่ทำหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรม สมาคมต่างๆ หรือการเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพ จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับทราบถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์ และสามารถนำไปปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้

3.3.2 กิจกรรมทางกาย เป็นการเคลื่อนไหวของร่างกาย โดยอาศัยการทำหน้าที่ของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ มีการเผาผลาญพลังงานและใช้ออกซิเจนในร่างกายเพิ่มขึ้น และ

เป็นการเคลื่อนไหวที่ก่อให้เกิดประโยชน์กับร่างกาย (Jones & Jones, 1997) โดยปกติแล้วเมื่ออายุมากขึ้น ความสนใจในกิจกรรมทางกายจะลดลง เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้างและการทำหน้าที่ต่างๆของร่างกาย โดยเฉพาะระบบไหลเวียน การทำหน้าที่ของหัวใจในการสูบฉีดโลหิตลดลง ความสามารถในการแลกเปลี่ยนออกซิเจนในปอดและการขยายตัวของทรวงอกลดลง เป็นผลให้ผู้สูงอายุมีอาการเหนื่อยง่ายเมื่อทำกิจกรรม (Beckingham & Dugas, 1993) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุลดลง ดังนั้น การกำหนดการมีกิจกรรมทางกายที่ถูกต้องและเหมาะสมกับวัยสูงอายุจึงเป็นกิจกรรมของการรักษาสุขภาพที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะช่วยก่อให้เกิดประโยชน์กับร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งการกำหนดกิจกรรมทางกายประกอบด้วย (Jones & Jones, 1997)

- 1) ความถี่ในการทำกิจกรรม (frequency) ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมได้ ทุกๆวันในแต่ละสัปดาห์ โดยแบ่งเป็น
- 2) กิจกรรมที่ทำได้ทุกวัน ได้แก่ การเดิน การทำงานในสวน การเดินขึ้นบันได
- 3) กิจกรรมที่ควรทำ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ ได้แก่ การออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน (aerobic exercise) เช่น การเดินเร็ว การขี่จักรยาน การว่ายน้ำ เป็นต้น และการทำกิจกรรมที่ให้ความบันเทิง (recreational activities) เช่น การเดินรำ การวาดรูป การเล่นกีฬา เป็นต้น
- 4) กิจกรรมที่ควรทำ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ได้แก่ กิจกรรมยามว่าง (leisure activities) เช่น การปลูกต้นไม้ การเล่นเกม เป็นต้น และกิจกรรมที่มีการยืดเส้นยืดสายคลายกล้ามเนื้อและการอ่อนตัวของข้อ เช่น การทำกายบริหาร โยคะ ไทชิ (tai-chi) 2.2 ความหนักเบา (intensity) กิจกรรมที่ปฏิบัติควรมีความหนักอยู่ในระดับเบาหรือปานกลาง โดยพิจารณาจากการใช้พลังงานของร่างกาย หรืออัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด สำหรับผู้สูงอายุได้กำหนดความหนักเบาไว้ที่ร้อยละ 50-60 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด (Abrams, Beers, & Berkow, 1995) ซึ่งอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดคำนวณได้จากอายุของบุคคลนั้นๆลบออกจาก 220 (บรรลู่ ศรีพานิช, 2540) ทั้งนี้ประเมินได้จากการจับชีพจรภายหลังการออกกำลังกายแล้ว 3-5 นาที (Long, 1995) หรือใช้ความรู้สึกของแต่ละบุคคลในขณะที่ออกกำลังกายว่าเป็นอย่างไร ถ้าเหนื่อยมากแสดงว่าหนักไป หรือไม่รู้สึกเหนื่อยแสดงว่าเบาไป (Jones & Jones, 1997) การทำกิจกรรมจะต้องทำให้เกิดความเหนื่อยหรือมีความหนักเบาที่เหมาะสม จึงจะก่อให้เกิดประโยชน์แก่ร่างกาย 2.3 ระยะเวลา (timing) เป็นช่วงระยะเวลาของการทำกิจกรรม ระยะเวลาที่ก่อให้เกิดประโยชน์กับร่างกาย คือ ประมาณ 20 นาที เป็นอย่างน้อย ในวัยสูงอายุเป้าหมายของการมีกิจกรรมทางกายก็เพื่อรักษาสุขภาพ ป้องกันความเสื่อมของอวัยวะในร่างกาย ช่วยส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและกระดูก เพิ่มความ

อ่อนตัวของข้อต่อ ทำให้การทำงานในระบบไหลเวียนและการแลกเปลี่ยนออกซิเจนดีขึ้น (Schilke, 1991) ส่วนทางด้านจิตใจการมีกิจกรรมทางกายจะช่วยส่งเสริมความมั่นใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดความรู้สึกซึมเศร้าและความวิตกกังวล (Wiest & Lyle, 1997)

3.3.3 โภชนาการ จะเกี่ยวข้องกับความรู้ในการเลือกและการบริโภคอาหารที่จำเป็นต่อการยังชีพและสุขภาพ ภาวะโภชนาการเป็นเครื่องบ่งชี้สภาพความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตของบุคคล การมีภาวะโภชนาการที่ดีมีผลให้ร่างกายมีสุขภาพแข็งแรง มีความต้านทานโรค ช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคที่เกิดจากแบบแผนชีวิตไม่ถูกต้อง เช่น โรคอ้วน โรคหัวใจและโรคมะเร็งอาหารที่รับประทานจึงเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะในวัยสูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหาร ซึ่งทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารตามมา ได้แก่ การเคี้ยวและกลืนอาหารลำบากเนื่องจากฟันหักมากขึ้นและต่อมน้ำลายทำงานลดลง ความอยากอาหารน้อยลงเนื่องจากการรับรสและกลิ่นลดลง นอกจากนี้ ยังพบว่า การทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ลดลง เช่น การดูดซึมอาหาร การบีบตัวของกระเพาะอาหารและลำไส้ลดลง จาก การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาทางโภชนาการได้ง่าย เช่น อาหารไม่ย่อย ท้องอืดหรือขาดสารอาหารได้ง่าย

คณะกรรมการจัดทำข้อกำหนดสารอาหารประจำวันที่ร่างกายควรได้รับของประชาชนไทย (2532: 153) กำหนดว่า ผู้สูงอายุไทยที่ทำกิจกรรมหนักปานกลางควรรับประทานอาหารเพื่อให้ได้พลังงานวันละ 2,250 กิโลแคลอรีสำหรับเพศชาย และ 1,850 กิโลแคลอรีสำหรับเพศหญิง ผู้สูงอายุควรปรับเปลี่ยนแบบแผนการรับประทานอาหาร โดยลดปริมาณอาหารแต่ละมื้อลงแต่รับประทานให้บ่อยขึ้น อาจเป็น 4-5 มื้อต่อวัน เพื่อช่วยไม่ให้ระบบย่อยอาหารทางหนักและทำให้การเผาผลาญไขมันดีขึ้น (Kleiner, 1998) การรับประทานอาหารของผู้สูงอายุเพื่อให้ได้สารอาหารที่สมดุล ควรประกอบด้วย โปรตีนที่เพียงพอไม่มากเกินไป คือ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ไขมันน้อยกว่าร้อยละ 30 ของพลังงานที่ได้รับ และคาร์โบไฮเดรต ที่ได้รับควรเป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน เช่น ข้าวซ้อมมือ ธัญพืชต่างๆ และมัน (Edelman & Mandel, 1994) สารโคเลสเตอรอลควรได้รับน้อยกว่า 300 มิลลิกรัมต่อวัน กากใยควรได้รับ 25-35 กรัมต่อวัน กากใยอาจจะได้รับผัก ผลไม้ พืชที่เป็นผัก เช่น กระถิน ถั่ว พืชชนิดเมล็ด อาหารกากใยเหล่านี้จะช่วยลดอาการท้องผูกของผู้สูงอายุลงได้ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมอย่างน้อยวันละ 800 มิลลิกรัมต่อวัน เพื่อป้องกันภาวะกระดูกพรุน และรับประทานเกลือโซเดียมในปริมาณที่เหมาะสม รวมทั้งดื่มน้ำอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว

3.3.4 การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล บรอดเฮดและคณะ (Broadhead et al., 1983 cited in Smith, 1996) ได้ให้ความหมายของการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลว่า “เป็น

ความรู้สึกนึกคิดที่ตีระหว่างบุคคล มีการยอมรับพฤติกรรมของบุคคลอื่น และมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล และมีผลทำให้บุคคลเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ต้องการ” ส่วนวอล์คเกอร์ (S.N. Walker, Personal communication, Feb 14, 1999 อ้างถึงใน ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542) ได้ให้ความหมายของการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลว่า “เป็นการวางเงื่อนไขในการติดต่อสื่อสาร เพื่อส่งเสริมความรู้สึกของความผูกพันอันลึกซึ้งและความใกล้ชิดมากกว่าการติดต่ออย่างเป็นทางการ การติดต่อสื่อสารจะรวมถึงการแบ่งปันความคิด ความรู้สึกทั้งที่เป็นคำพูดและไม่เป็นคำพูด” จากทฤษฎีเชิงจิตสังคมได้อธิบายว่า ผู้สูงอายุยังคงมีความต้องการทางสังคมเช่นเดียวกับบุคคลในวัยกลางคน แต่เนื่องจากผู้สูงอายุบางรายมีข้อจำกัดทางร่างกาย การได้ยินลดลง ทำให้การติดต่อและการสื่อสารกับผู้อื่นลดลง การที่ผู้สูงอายุต้องอยู่คนเดียวและยังพบกับข้อจำกัดอื่น ๆ เนื่องจากภาวะสุขภาพและการสูญเสียในหลาย ๆ ด้านจากความสูงอายุ ทำให้เกิดความรู้สึกอ้างว้าง ว้าเหว และขาดที่พึ่ง โดยที่ความรู้สึกว่าเหวนี้ อาจเกิดขึ้นได้แม้จะมีบุคคลอื่นอยู่รอบข้าง ความว่าเหวในผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นเป็นเวลานานและมีความรุนแรงมากกว่าในวัยอื่น ดังนั้น การดำรงสัมพันธภาพอันดีระหว่างบุคคลในครอบครัวและเพื่อนบ้านจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะสร้างความมั่นคงทางสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ การพูดคุยและพบปะกับครอบครัวและเพื่อนอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกอบอุ่นและใกล้ชิดกับบุคคลรอบข้าง อีกทั้งยังได้รับความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น ดังนั้น การคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในผู้สูงอายุ จะช่วยส่งเสริมความผาสุกทางด้านร่างกายและจิตใจ และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

3.3.5 การเจริญทางจิตวิญญาณ (Spiritual growth) การเจริญทางจิตวิญญาณจะมุ่งไปที่การพัฒนาจิตของบุคคล โดยผ่านมาทางสิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติ (transcending) การติดต่อ (connecting) และการพัฒนา (development) สิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติจะทำให้บุคคลรู้สึกถึงความสมดุลของตนเอง ในอันที่จะนำมาซึ่งความรู้สึกสงบสุขและเปิดกว้างในการคิดสร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ การติดต่อเป็นความรู้สึกกลมกลืนไปกับทุกสิ่งในโลก ส่วนการพัฒนาเกี่ยวข้องกับการค้นหาความหมาย เป้าหมายของชีวิต และทำงานไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ (S.N. Walker, Personal communication, Feb 14, 1999 อ้างถึงใน ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542) การพัฒนาศักยภาพทางด้านจิตวิญญาณประเมินได้จากความเชื่อ ความรู้สึกเกี่ยวกับความหมายของชีวิต ความรัก ความหวัง การให้อภัยและชีวิตหลังการตาย (Pender, 1996) ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องประสบกับการสูญเสียมากมายทั้งทางด้านร่างกาย สังคมและการดำเนินชีวิต ซึ่งการสูญเสียดังกล่าว สร้างความเลื่อมล่อยทางจิตใจให้กับผู้สูงอายุ ทำให้ขาดความมั่นคงทางจิตใจ (Berggren-Thomas & Griggs, 1995) ทำให้ผู้สูงอายุต้องหาสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ เพื่อช่วยในการเผชิญต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป (Muzaffar, 1991) ซึ่งการเจริญทางจิตวิญญาณนี้จะเป็สิ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิต

อยู่ได้ (Berggren-Thomas & Griggs, 1999) ผู้สูงอายุที่มีการเจริญทางจิตวิญญาณ จะเป็นผู้ที่ไม่ยึดติดกับตัวตนของตนเอง สามารถยอมรับความเป็นตัวตนในปัจจุบัน และยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รวมถึงสามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างกระฉับกระเฉง มีความคิดสร้างสรรค์ในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น และเปิดโอกาสให้กับตนเองได้พบกับสิ่งที่แปลกใหม่และท้าทายในชีวิต ซึ่งจะก่อให้เกิดความสุขทางจิตใจ (Nelson, 1991) ในการศึกษาการเจริญทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุมีการเจริญทางจิตวิญญาณอยู่ในเกณฑ์ดี โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุพึงพอใจกับสิ่งที่ตนมีอยู่ และเชื่อว่าชีวิตของตนมีจุดมุ่งหมาย (จิตรา จันชนะกิจ, 2541; จีรวรรณ อินคัม, 2541; ปาลีรัตน์ พรทวีกันหา, 2541)

3.3.6 การจัดการกับความเครียด (Stress Management) เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงการจัดการกับความเครียดของบุคคล เช่น การแสดงออกที่เหมาะสม การพักผ่อน การนอนหลับ การผ่อนคลาย การทำกิจกรรมที่คลายเครียด หรือการทำกิจกรรมที่ป้องกันการอ่อนล้า ของร่างกาย ซึ่งวอล์คเกอร์ (Walker, 1997) ได้กล่าวถึงสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดไว้ 3 ชนิด คือ 1) สิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรัง (chronic stressors) เป็นปรากฏการณ์ต่างๆ ไปที่เกิดขึ้นยาวนานและเรื้อรังในชีวิตของบุคคล เช่น ความเจ็บป่วย ความเจ็บปวด 2) เหตุการณ์สำคัญในชีวิต (major life events) ที่อาจเกิดขึ้นหรือไม่อาจเกิดขึ้นตามความคาดหวัง และผลที่ตามมาอาจจะดีหรือไม่ดี เช่น การตายของกลุ่มสมรส การเกษียณอายุ การเกิดของบุคคลในครอบครัว การผ่าตัด การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นต้น 3) สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน (acute daily hassles) เช่น อุบัติเหตุต่างๆ ในชีวิตประจำวัน การผัดผ่อน การทำเงินหาย ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้นจะมีผลทำให้ความพึงพอใจในชีวิตลดลง เกิดความผิดปกติทางจิตใจ และมีความเกี่ยวเนื่องกับความเจ็บป่วย เช่น โรคหัวใจ และหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะอาหาร การทำหน้าที่ของภูมิคุ้มกันทางร่างกายลดลง (Pender, 1996) สำหรับความเครียดในผู้สูงอายุจะพบว่าเกิดจากปัญหาเรื่องสุขภาพกายที่เสื่อมไปตามอายุขัย ทำให้สมรรถภาพต่างๆ ของร่างกายลดลง ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นต้องลดความเครียดของตน ในการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุมีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมนั้น เพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้เสนอวิธีการจัดการกับความเครียดไว้ ดังนี้

1) การลดความถี่ของสถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความเครียด (minimizing the frequency of stress-inducing situation) โดยการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือการดำเนินชีวิตที่กระตุ้นให้เกิดความเครียด เช่น การหางานอดิเรก การพักผ่อนหย่อนใจ เป็นต้น

2) การเพิ่มแรงต้านทานต่อความเครียด (increasing resistance to stress) การเพิ่มแรงต้านทานต่อความเครียดสามารถทำได้ทั้งร่างกายและจิตใจ ทางด้านจิตใจ สามารถทำได้โดยการปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพและการรับรู้ของตน ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พัฒนา

จุดมุ่งหมายของตนเอง และเสริมสร้างแหล่งเผชิญความเครียด สำหรับการจัดการกับความเครียด โดยการเพิ่มแรงต้านทานความเครียดทางด้านร่างกาย ทำได้โดยการออกกำลังกาย จากการศึกษาของโจนส์และไนส์ (Jones & Nies, 1996) ที่ศึกษาการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายในสตรีสูงอายุชาวแอฟริกันกับอเมริกา พบว่า การออกกำลังกายมีผลต่อการลดความรู้สึกเครียด

3) การสร้างเงื่อนไขตรงกันข้าม เพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งรบกวนทางสรีรวิทยา ที่มีผลมาจากความเครียด (counterconditioning to avoid physiological arousal resulting from stress) โดยการใช้เทคนิคผ่อนคลายต่างๆ เช่น การนั่งสมาธิ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การผ่อนคลายโดยใช้เครื่องไบโอฟีดแบค (Biofeedback) จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้านเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นในการส่งเสริม สุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้ให้บริการควรส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมดังกล่าว โดยพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น

2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุด้านการดูแลสุขภาพตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ได้มีนักวิชาการจำนวนมาก เช่น เบอร์เนท และคณะ (Burnette, Mui; & Zodikoff, 2004; Orem, 2001) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองมีดังต่อไปนี้

2.3.1 ปัจจัยด้านบุคคล

ปัจจัยด้านบุคคลเป็นลักษณะของบุคคลที่ทำให้บุคคลมีความเป็นอยู่ ความรู้สึกนึกคิด การปรับตัวที่แตกต่างกัน และแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนี้

1) เพศ เป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพ ตลอดจนความสามารถตามธรรมชาติของมนุษย์ทางกรรมพันธุ์ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุไม่สามารถกำหนดด้วยบทบาททางเพศได้อย่างชัดเจน เพราะผู้สูงอายุไม่ว่าจะเป็นเพศชายหรือเพศหญิงย่อมเผชิญกับภาวะความเสื่อมถอยของร่างกาย การดูแลตนเองจึงมีความสำคัญต่อเพศทั้งชายและหญิงเท่าๆ กัน

2) อายุ เป็นตัวแปรที่แสดงถึงประสบการณ์และความสามารถในการดูแลตนเอง โดยงานวิจัยของ โอเร็ม (Orem, 2001) พบว่า ผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-70 ปี) มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับสูง เนื่องจากความเสื่อมถอยของร่างกายยังเกิดขึ้นไม่มาก ส่วนงานวิจัยของลีเนอร์ท และคณะ (Leenert, Teel; et al. 2002) พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจะเริ่มลดลงเมื่ออายุ 75 ปีขึ้นไป ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่เริ่มมีความเสื่อมถอยมากขึ้น ร่วมกับปัจจัยอื่นๆ เช่น การมีโรคประจำตัว ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย เป็นต้น

3) การศึกษา เป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะและการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง ผู้ที่มีการศึกษาสูงมักสามารถแสวงหาข้อมูล และมีทักษะที่ดีในการแสวงหาข้อมูล รู้จักใช้แหล่งประโยชน์เพื่อการดูแลตนเอง นอกจากนี้การศึกษายังช่วยให้บุคคลรู้จักใช้ความคิดของตนแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาจะสามารถดูแลตนเองได้ดี เพราะมีความมั่นใจในการแก้ปัญหาสุขภาพ หรือหาข้อมูลต่างๆ เพื่อการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ

4) รายได้ หรือฐานะการเงิน โดยรายได้เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของภาวะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ งานวิจัยของ โอเร็ม (Orem, 2001) พบว่า ผู้ที่มีรายได้สูงจะช่วยอำนวยความสะดวกในการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน ส่วนผู้ที่มีรายได้น้อยกว่ามักจะมีข้อจำกัดในการหาแหล่งประโยชน์เพื่อการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงสามารถหาสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ในการตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย

2.3.2 ปัจจัยด้านสังคม

ปัจจัยด้านสังคมเป็นการสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ทั้งด้านวัตถุสิ่งของ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ อันนำมาซึ่งการดำรงภาวะสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ ได้แก่

1) การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสำคัญต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ งานวิจัยของ เอ็ดเวิร์ดสัน และดีน (Edwardson; & Dean, 1999) พบว่า ครอบครัวจะเป็นแหล่งสนับสนุนผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ ตลอดจนการส่งเสริมในการทำกิจกรรมทางสังคม สอดคล้องกับงานวิจัยของบอยซี (Boise et al, 1996) พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวทั้งที่เป็นรูปธรรม คือ การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การช่วยเหลือด้านการเงิน อาหาร เสื้อผ้า และนามธรรมคือสนับสนุนทางด้านจิตใจ ได้แก่ การได้รับความรัก ความเอาใจใส่ และการยกย่องเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือในการดูแลตนเองส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพ

2) การมีกิจกรรมทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยการดูแลตนเองสามารถเรียนรู้ได้จากการมีปฏิสัมพันธ์ และการติดต่อซึ่งกันและกันกับบุคคลในสังคม โอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่า การเข้าร่วมกิจกรรม หรือเป็นสมาชิกชมรมต่างๆ ทำให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเองและมีการดูแลตนเองที่ดี

2.3.3 ปัจจัยด้านสุขภาพ

ปัจจัยด้านสุขภาพเป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ และความผาสุกทางสังคม รวมทั้งการปราศจากโรคหรือทุพพลภาพ การมีสุขภาพร่างกายที่ดีเป็นจุดมุ่งหมายของการดูแลตนเองในผู้สูงอายุ ปัจจัยด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่เอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุพัฒนา

ความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุที่เห็นความสำคัญและเอาใจใส่ในภาวะสุขภาพ จะพยายามแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง มีความพร้อมที่จะเรียนรู้หรือฝึกทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง (Orem, 2001)

สรุป ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองมี 3 ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุด้านการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ด้านสังคม และด้านสุขภาพ โดยปัจจัยต่างๆ เหล่านี้จะมีส่วนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เกิดการเรียนรู้ การพัฒนาทักษะ ตลอดจนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กมลพร สิริคุตจตุพร และคณะ (2560) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การกำกับตนเองและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การวิจัยแบบหาอำนาจการทำนายเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน และสถิติสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 5.59$, $SD. = 0.87$) ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การกำกับตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ร้อยละ 81.2 ($R^2 = .812$, $F = 142.59$, $p < .01$) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้สูงสุด ($\beta = .597$, $p < .01$)

สินีนุช หลวงพิทักษ์ (2558) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ณ โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและแบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองแบบประเมินการจัดการตนเองใน ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวก

ระดับสูงกับการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .543, .507$ และ $.502$ ตามลำดับ) ปัจจัยที่สามารถทำนายการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง ($\beta = 0.38, p < .01$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.26, p < .05$) โดยสามารถร่วมกันทำนายการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 33.6 ($R^2 = .336, p < .05$)

จันทร์จิรา สีสว่าง และคณะ (2557 :185-189) ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบุรีจำนวน 40 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 20 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงระยะเวลาของโปรแกรมคือ 12 สัปดาห์ และแบบวัดพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบวัดและวัดความดันโลหิตก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 สัปดาห์วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบที่ผลการวิจัยพบว่าหลังสิ้นสุดโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม การออกกำลังกาย การรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดและการผ่อนคลายความเครียดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กุสุมา อุปสาร และคณะ (2557) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จังหวัดอุบลราชธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอิทธิพลของปัจจัยชีวสังคม ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ความเชื่อด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิจัยพบว่า 1. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเงิน แรงงานสิ่งของและบริการ และแรง

สนับสนุนทางด้านสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร 2. ตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ แรงสนับสนุนทางด้านสังคม ด้านการได้รับการยอมรับและการเห็นคุณค่า ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า (ปวส.) ระดับปริญญาตรี และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเงิน แรงงาน สิ่งของและบริการ โดยตัวแปรทั้ง 5 ตัว ร่วมกันสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ได้ร้อยละ 50.8

ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน และคณะ (2558: 62-63) ศึกษาการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซากริมฝั่งแม่น้ำยม พบว่า การกินอาหารส่งเสริมสุขภาพ การเคลื่อนไหวออกแรง การจัดการความเครียด และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับภาวะการถูกทอดทิ้ง และพบว่า กระบวนการเพิ่มศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การพัฒนาศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ 2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ 3) การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และ 4) การสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัวและบุคลากรด้านสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านครอบครัวและสังคม คือ ต้องการให้ลูกหลานดูแลเอาใจใส่ตนเองอย่างใกล้ชิดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

จิราวรรณ เพื่อแผ้ว และคณะ (2557 : 84- 91) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับสูง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง และผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า ตัวแปรต้น

สุพัชรินทร์ วัฒนกุล และคณะ(2556: 19-28) ศึกษาโปรแกรมการเรียนรู้ในการจัดการตนเองเรื่องอาหารและการออกกำลังกายของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 68 คน เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีความรู้ในการจัดการตนเอง พฤติกรรมการบริโภคและการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนระดับความดันโลหิตลดลงต่ำกว่าก่อนการและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เบญจพร สว่างศรี (2556) ศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ระดับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโดยภาพรวม ทั้งด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุที่มีอายุ

60-65 ปี มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวมีระดับการดูแล
สุขภาพตนเองสูงสุด ผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิงมีระดับการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าเพศชาย และ
ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสดมีระดับการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าสถานภาพสมรส

รุ่งทิพวาท์ สุขารมย์ และ ไพบุญย์ พงษ์แสงพันธ์ (2557) ศึกษาการดูแลตนเองของ
ผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการดูแลตนเองในระดับปานกลาง
เมื่อพิจารณาจำแนกตามการดูแลตนเองรายด้านพบว่าผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองน้อยที่สุดในด้านการ
ออกกำลังกายและการจัดการความเครียด สำหรับการเปรียบเทียบการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มตัว
แปรที่ศึกษา พบว่า เพศหญิงมีการดูแลเรื่องการพักผ่อนมากกว่าเพศชาย แม่น้ำมีการออกกำลังกาย
น้อยกว่าผู้สูงอายุอาชีพอื่น ผู้สูงอายุที่มีรายได้มีน้อยกว่า มีการจัดการความเครียด การพักผ่อน และ
การดูแลตนเองโดยรวมน้อยกว่าผู้ที่มีรายได้มากกว่า ผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางครอบครัวและ
ทางสังคมมากจะมีการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มที่มีการสนับสนุนทางครอบครัวและทางสังคมน้อย
กว่า ดังนั้นผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลางและมีการออกกำลังกายและการจัดการ
ความเครียดอยู่ในระดับต่ำกว่าเรื่องอื่น

ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน และคณะ (2558) ศึกษาการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพ
ตนเองของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซากริมฝั่งแม่น้ำยม พบว่า การกินอาหารส่งเสริม
สุขภาพ การเคลื่อนไหวออกแรง การจัดการความเครียด และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
มีความสัมพันธ์กับภาวะการถูกทอดทิ้ง และพบว่า กระบวนการเพิ่มศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเอง
ของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การพัฒนาศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ 2) การ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ 3) การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และ
4) การสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัวและบุคลากรด้านสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ

เอกภพ เอกสมทราเมษฐ์ (2559) ศึกษาการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน
อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม พบว่า ผู้สูงอายุมีรูปแบบการพึ่งตนเอง 5 ด้าน คือ 1) เทคโนโลยี
(อุปกรณ์ทางการแพทย์ โทรทัศน์ โทรศัพท์ คอมพิวเตอร์ และภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ)
2) เศรษฐกิจ (รายได้) 3) ทรัพยากรธรรมชาติ (สภาพแวดล้อม แหล่งน้ำอุปโภคบริโภค) 4) จิตใจ
(เข้าวัดฟังธรรม) และ 5) สังคม (กิจกรรมและการช่วยเหลือกันในชมรมผู้สูงอายุ)

มนตรี ประเสริฐรุ่งเรือง (2559) ศึกษาการสร้างทางเลือกในการพึ่งพาตนเองอย่างมี
คุณค่าของผู้สูงอายุรุ่นใหม่ พบว่า การสร้างทางเลือกในการพึ่งพาตนเองอย่างมีคุณค่าของผู้สูงอายุ
รุ่นใหม่นั้น ประเด็นแรก ได้แก่ การพึ่งพาตนเองในระดับปัจเจกบุคคล ประเด็นที่สอง ได้แก่
การพึ่งพาตนเองโดยการใช้ประโยชน์จากโครงสร้างทางสังคม และประเด็นที่สาม ได้แก่ การพึ่งพา
ตนเองโดยการใช้ความสามารถส่วนบุคคลร่วมกับการใช้ประโยชน์จากโครงสร้างทางสังคม

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การจัดการชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม และเปรียบเทียบระดับการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงครามที่มีปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวิธีการดำเนินการเกี่ยวกับ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิง ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่ อำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม ปี พ.ศ. 2562 จำนวน 7,926 คน (ข้อมูลจำนวนประชากร สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม, กรกฎาคม 2561)

1.2 กลุ่มตัวอย่าง

1.2.1 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิงที่อยู่อาศัย ในเขตพื้นที่อำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 400 คน

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Taro Yamane (Taro Yamane, อ้างอิงจาก บุญธรรม กิจปริดาภิสุทธิ. 2553: 88) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดค่า นัยสำคัญที่ 0.05 โดยยอมให้เกิดความคลาดเคลื่อน ได้ 5% โดยมีสูตรการคำนวณดังนี้

$$n = \frac{N}{1+Ne^2}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้น

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{7,926}{1+7,926 (0.05)^2}$$

$$n = 400$$

1.2.2 การสุ่มตัวอย่าง

ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มสองขั้นตอน (double stage cluster sampling) โดยสุ่มเลือกหมู่บ้านในอำเภอบางคนที่ หมู่บ้านละ 20 คน จะได้กลุ่มตัวอย่าง 400 คน โดยดำเนินการเป็นขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มเลือกหมู่บ้านสำหรับเก็บข้อมูลจำนวน 20 หมู่บ้าน ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยใช้วิธีการจับสลากจากจำนวนทั้งหมด 100 หมู่บ้าน

ขั้นตอนที่ 2 การสุ่มเลือกผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้านที่เก็บข้อมูลใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยการจับสลากรายชื่อผู้สูงอายุในหมู่บ้านที่เลือกในขั้นตอนที่ 1 หมู่บ้านละ 20 คน

ผลการสุ่มตัวอย่างปรากฏดังข้อมูลในตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 รายชื่อหมู่บ้าน 20 หมู่บ้าน และจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

ชื่อหมู่บ้านที่จับสลาก	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
หมู่ 2 บ้านกระด้างา ตำบลกระด้างา	20
หมู่ 8 บ้านวัดไทร ตำบลกระด้างา	20
หมู่ 10 บ้านปากง่าม ตำบลกระด้างา	20
หมู่ 4 บ้านคลองตาจ่า ตำบลบางยี่รงค์	20
หมู่ 3 บ้านบางคนที ตำบลบางคนที	20
หมู่ 3 บ้านบางสะแก ตำบลบางสะแก	20
หมู่ 7 บ้านโรงหีบ ตำบลโรงหีบ	20
หมู่ 5 บ้านบางยี่รงค์ ตำบลโรงหีบ	20
หมู่ 2 บ้านดอนสาม ตำบลดอนมะโนรา	20
หมู่ 4 บ้านดอนมะโนรา ตำบลดอนมะโนรา	20
หมู่ 3 บ้านคลองเม็ง ตำบลจอมปลวก	20
หมู่ 4 บ้านคลองสำโรง ตำบลจอมปลวก	20
หมู่ 5 บ้านบางนกแขวก ตำบลบางนกแขวก	20

ตารางที่ 3.1 (ต่อ)

ชื่อหมู่บ้านที่จับสลาก	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
หมู่ 4 บ้านคลองบางขุน ตำบลบ้านปรามอญ	20
หมู่ 1 บ้านคลองตาสาม ตำบลบางพรหม	20
หมู่ 2 บ้านคลองวัดตรี ตำบลบางกุ้ง	20
หมู่ 4 บ้านวัดโบสถ์ ตำบลบางกุ้ง	20
หมู่ 2 บ้านยายแพง ตำบลยายแพง	20
หมู่ 1 บ้านคลองสวนกลาง ตำบลบางกระบือ	20
หมู่ 3 บ้านบางกระบือ ตำบลบางกระบือ	20
รวม	400

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสัมภาษณ์ ซึ่งมีคำถามแบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ภาวะสุขภาพ บทบาทหน้าที่ทางสังคม โดยลักษณะคำถามปลายปิดแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) จำนวน 7 ข้อ

ตอนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุด้านสุขภาพ มีข้อคำถามทั้งหมด 40 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามการจัดการชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 20 ข้อ และข้อคำถามการจัดการชีวิตด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ 20 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) คือ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด โดยมีเกณฑ์การแปลความหมายดังนี้

ไม่เลย หมายถึง ไม่มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เลย

เล็กน้อย หมายถึง มีการปฏิบัติ ในกิจกรรมนั้น ๆ เล็กน้อย

ปานกลาง หมายถึง มีการปฏิบัติ ในกิจกรรมนั้น ๆ บ้างตามโอกาสที่เหมาะสม

มาก หมายถึง มีการปฏิบัติ ในกิจกรรมนั้น ๆ สม่าเสมอ

มากที่สุด หมายถึง มีการปฏิบัติ ในกิจกรรมนั้น ๆ เป็นกิจวัตรประจำ

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ไม่เลย ให้ 1 คะแนน

เล็กน้อย ให้ 2 คะแนน

ปานกลาง ให้ 3 คะแนน

มาก ให้ 4 คะแนน

มากที่สุด ให้ 5 คะแนน

2.1 การสร้างเครื่องมือในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างเครื่องมือในการวิจัยตามขั้นตอน ดังนี้

2.1.1 ศึกษาเอกสารและวิธีการสร้างแบบสัมภาษณ์ จากนั้นดำเนินการสร้างแบบสัมภาษณ์

2.1.2 ทดสอบหาความเที่ยงตรง (Validity) ของแบบสัมภาษณ์ เป็นการหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยผ่านการตรวจสอบ และการให้คำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญเพื่อปรับปรุงแก้ไข การใช้ภาษาและข้อความ เพื่อให้มีความสอดคล้องและตรงตามจุดประสงค์ โดยมีผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ชลลดา คล้ายคลึง อดีตผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัด เพชรบุรี อาจารย์สุภกร คุรุการเกษตร ผู้อำนวยการสำนักงานการศึกษาเพื่อชีวิตและสังคม และประธานสาขาวิชาการการพัฒนาชีวิตและชุมชนแบบบูรณาการ สถาบันการเรียนรู้เพื่อปวงชน และนายแพทย์พนัส พุกฤษ์สุนันท์ คณบดีคณะศิลปศาสตร์ สถาบันการเรียนรู้เพื่อปวงชน

2.1.3 นำแบบสัมภาษณ์มาปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา และผู้เชี่ยวชาญ

2.1.4 นำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแล้วไปทดลอง (Try out) กับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติหาค่าความเชื่อมั่น โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

ซึ่งการประเมินความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาได้มีการพิจารณาจากเกณฑ์การประเมินความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ดังนี้ (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2544)

ซึ่งได้ค่าระดับความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.94 ซึ่งถือได้ว่าอยู่ในระดับดีมาก หมายถึง แบบสอบถามมีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปศึกษากับกลุ่มตัวอย่างจริงได้

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ซึ่งผู้วิจัยและทีมงานนำไปสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพื่อให้การเก็บรวบรวมข้อมูลได้ดำเนินไปอย่างสะดวกและเรียบร้อย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการในเดือนมกราคม 2562

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงปริมาณ (quantitative analysis) โดยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดใช้สถิติและวิธีวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

4.1 ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่

4.1.1 ใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (percentage) ในการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ภาวะสุขภาพ บทบาทหน้าที่ทางสังคม แล้วนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย

4.1.2 ใช้ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ในการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุด้านสุขภาพ ทั้ง 2 ด้าน ได้แก่ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งทำการวิเคราะห์เป็นรายด้าน รายข้อ และโดยภาพรวม

จากค่าคะแนนสามารถนำมาแปลความหมายระดับการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุกำหนดได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง มีระดับการจัดการชีวิตไม่ดี

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 หมายถึง มีระดับการจัดการชีวิตปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 หมายถึง มีระดับการจัดการชีวิตได้ดี

4.2 ใช้สถิติอ้างอิง (inferential statistic) ได้แก่ การหาค่าที (t-test Independent) การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way ANOVA) เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุด้านสุขภาพกับปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาเกี่ยวกับการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม โดยมีวัตถุประสงค์ 2 ประการ คือ หนึ่ง เพื่อศึกษาระดับการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงครามในภาพรวมและรายด้าน และสอง เพื่อเปรียบเทียบระดับการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงครามที่มีคุณลักษณะส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 ตัวอย่าง และนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามที่มีข้อมูลครบถ้วน มาทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไป และวิเคราะห์การจัดการชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง และใช้สถิติอ้างอิงในการเปรียบเทียบระดับการจัดการชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะส่วนบุคคลแตกต่างกัน จนได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกมาเป็นงานวิจัย ซึ่งจะนำเสนอในบทนี้เป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 การจัดการชีวิตของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุที่มีลักษณะทั่วไปแตกต่างกัน

ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างทั้ง 400 คนประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ภาวะสุขภาพและบทบาทหน้าที่ทางสังคม แล้วนำมาวิเคราะห์โดยใช้ความถี่ และร้อยละ ได้ผลการวิเคราะห์ดังข้อมูลในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงครามจำแนกตาม
คุณลักษณะของผู้สูงอายุ

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	171	42.8
หญิง	229	57.2
รวม	400	100.0
อายุ		
60-69 ปี	200	50.0
70 -79 ปี	136	34.0
80 ปีขึ้นไป	64	16.0
รวม	400	100.0
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาตอนต้น	221	55.3
ประถมศึกษาตอนปลาย	58	14.5
มัธยมศึกษาตอนต้น / เทียบเท่า	49	12.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย / เทียบเท่า	22	5.5
อนุปริญญา / ปวส. / เทียบเท่า	17	4.3
ปริญญาตรี	32	8.0
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.3
รวม	400	100
การประกอบอาชีพ		
ภาคการเกษตร	157	39.3
นอกภาคการเกษตร	141	35.3
ข้าราชการบำนาญ	23	6.8
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	75	18.8
รวม	400	100.0

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 3,000 บาท	90	22.5
3,001 – 6,000 บาท	74	18.5
6,001 – 9,000 บาท	61	15.3
9,001 – 12,000 บาท	38	9.5
12,001 บาทขึ้นไป	137	34.3
รวม	400	100.0
ภาวะสุขภาพ		
ไม่มีโรคประจำตัว	86	21.5
มีโรคประจำตัว	293	73.3
ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ	21	5.3
รวม	400	100.0
บทบาทหน้าที่ทางสังคม		
มีบทบาทหน้าที่/ตำแหน่งในสังคม	86	21.5
ไม่มีบทบาทหน้าที่/ตำแหน่งในสังคม	314	78.5
รวม	400	100.0

ข้อมูลในตารางที่ 4.1 แสดงให้เห็นลักษณะสำคัญของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงครามที่เป็นกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. เพศของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม จำแนกเป็นเพศหญิงกับเพศชายในสัดส่วนใกล้เคียงกัน โดยผู้สูงอายุเพศหญิงมีจำนวนมากกว่าเล็กน้อย กล่าวคือเป็นผู้สูงอายุเพศหญิงร้อยละ 57.2 ของกลุ่มตัวอย่าง ที่เหลือเป็นผู้สูงอายุเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 42.8

2. อายุของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม ส่วนมากหรือประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50.0) ของผู้สูงอายุทั้งหมด มีอายุอยู่ในช่วงอายุ 60 - 69 ปี ผู้สูงอายุอีกประมาณร้อยละ 34.0 มีอายุอยู่ในช่วง 70 – 79 ปี และมีผู้สูงอายุอีกร้อยละ 16 มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป

3. การศึกษาของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงครามส่วนใหญ่ จบการศึกษาเพียงแค่ระดับประถมศึกษาเท่านั้น โดยผู้สูงอายุถึงร้อยละ 55.3 ของกลุ่มตัวอย่าง จบการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้น และอีกร้อยละ 14.5 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนปลาย ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 9.8 ของกลุ่มตัวอย่าง จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และยังมีผู้สูงอายุประมาณ ร้อยละ 8.3 (จำนวน 33 คนในกลุ่มตัวอย่าง 400 คน) เป็นผู้สูงอายุที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า

4. อาชีพของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ถึงร้อยละ 74.6 ของกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่ยังประกอบอาชีพเลี้ยงชีพตนเองอยู่ในปัจจุบัน โดยผู้สูงอายุประมาณ ร้อยละ 39.3 ประกอบอาชีพภาคการเกษตร (ปลูกพืช ทำปศุสัตว์ การประมง เป็นต้น) และผู้สูงอายุ ประมาณร้อยละ 35.3 ประกอบอาชีพนอกภาคการเกษตร (เช่น พนักงานบริษัท รับจ้าง ค้าขาย ประกอบ ธุรกิจส่วนตัว เป็นต้น) มีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 6.8 ของกลุ่มตัวอย่าง เป็นข้าราชการบำนาญและมี ผู้สูงอายุ ประมาณร้อยละ 18.8 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ไม่ได้ประกอบอาชีพ

5. รายได้ของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ประมาณร้อยละ 34.3 ของกลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มากกว่าเดือนละ 12,000 บาท ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 65.7 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่า 12,000 บาท ในกลุ่มนี้สามารถจำแนกเป็นกลุ่มย่อย 3 ย่อยขนาดใกล้เคียงกัน คือเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน ประมาณร้อยละ 22.5 ของกลุ่ม ตัวอย่าง กลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตั้งแต่ 3,001-6,000 บาทต่อเดือน มีประมาณร้อยละ 18.5 ของกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตั้งแต่ 6,001-12,000 บาทต่อเดือน มีประมาณ ร้อยละ 24.8 ของกลุ่มตัวอย่าง

6. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ส่วนใหญ่ หรือประมาณร้อยละ 73.3 ของกลุ่มตัวอย่าง บอกว่าตนเองในปัจจุบันมีภาวะด้านสุขภาพอยู่ในกลุ่มผู้มีโรค ประจำตัว ซึ่งหมายถึง เป็นผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังที่มักเกิดขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ จนต้อง กินยาอย่างต่อเนื่อง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคข้อเสื่อม โรคหัวใจ โรคไขข้ออักเสบ โรคไต เป็นต้น มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 21.5 อยู่ในกลุ่มไม่มีโรคประจำตัว และมีผู้สูงอายุอีกร้อยละ 5.3 เป็นพวก ไม่เคยตรวจหรือไม่รู้ภาวะสุขภาพของตน

7. บทบาทหน้าที่ทางสังคมของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ส่วนใหญ่ หรือประมาณร้อยละ 78.5 รายงานว่าตนเองเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีบทบาทหน้าที่/ตำแหน่งใน สังคม หรือเป็นคนที่ไม่เคยมีตำแหน่งฝ่ายปกครองท้องถิ่น หรือตำแหน่งการเมืองท้องถิ่น หรือตำแหน่งใน กลุ่ม ชมรมต่างๆ ในชุมชนมาก่อน มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 21.5 ของกลุ่มตัวอย่างเท่านั้นที่รายงานว่าตนเอง เป็นผู้ที่มีบทบาทหน้าที่/ตำแหน่งในสังคม

ตอนที่ 2 การจัดการชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

การจัดการชีวิตของผู้สูงอายุ ในที่นี้หมายถึง ระดับความมากน้อยในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ที่จะช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ โดยจำแนกเป็น 2 กลุ่มหรือด้านคือ กิจกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และกิจกรรมด้านการดูแลรักษาและฟื้นฟูสุขภาพตนเอง

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นมีลักษณะเป็นแบบวัดการประมาณค่า 5 ระดับคือ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด มีข้อคำถาม 40 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ การจัดการชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการจัดการชีวิตด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ โดยใช้สอบถามผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างทั้ง 400 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อหาระดับการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

2.1 การจัดการชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของผู้สูงอายุ

การจัดการชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) มาประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุ โดยมองว่าการจัดการชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของ ประกอบด้วยการจัดการชีวิต 4 ด้านย่อยคือ 1) การจัดการเรื่องอาหารการกิน 2) การจัดการเรื่องการออกกำลังกาย 3) การจัดการเรื่องการพักผ่อน/การพัฒนาจิตวิญญาณ 4) การจัดการเรื่องการเข้าสังคม ซึ่งจะได้นำเสนอถึงผลการศึกษากิจการชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงครามในแต่ละด้านย่อยๆ ดังนี้

2.1.1 การจัดการชีวิตเรื่องอาหารการกิน การจัดการชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเรื่องอาหารการกิน เป็นเรื่องสำคัญเพราะผู้สูงอายุยังคงต้องการพลังงานและสารอาหารที่มีคุณภาพสูงเพื่อการดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้เก็บข้อมูลการจัดการชีวิตในเรื่องอาหารการกิน ประกอบด้วย การรับประทานอาหารในสัดส่วนที่เหมาะสม มีสารอาหารครบถ้วน การดื่มน้ำให้เพียงพอ และการหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติปรากฏผลการวิเคราะห์ดังข้อมูลในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการจัดการชีวิตเรื่องอาหารการกินของผู้สูงอายุในอำเภอ
บางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม (n = 400)

ตัวชี้วัด	\bar{x}	S.D	ระดับการ จัดการชีวิต
1. รับประทานอาหารประเภทผัก ผลไม้หรือธัญพืชใน ปริมาณมากกว่าอาหารจำพวกเนื้อสัตว์	3.57	0.83	ปานกลาง
2. รับประทานอาหารประเภท นึ่ง ต้ม ลวก หรืออบ	3.49	0.79	ปานกลาง
3. รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ในแต่ละวัน	3.95	0.77	ดี
4. ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอต่อร่างกาย คือ อย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว	3.77	0.78	ดี
5. หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด	3.72	1.44	ดี
รวม	3.70	0.97	ดี

จากตารางที่ 4.2 บ่งชี้ให้เห็นว่า ภาพโดยรวมผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที่ จังหวัด
สมุทรสงครามมีการจัดการชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน โรคเรื่องอาหารการกินอยู่ในระดับ
มากหรือทำได้ดี ($\bar{X} = 3.70$, S.D. = 0.97) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า การจัดการเรื่องอาหารการกินที่
ผู้สูงอายุ ทำได้ดีเป็นพิเศษ คือ การรับประทานอาหารครบ 3 มื้อในแต่ละวัน โดยได้คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด
($\bar{X} = 3.95$, S.D. = 0.77) รองลงมาคือเรื่องดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอต่อร่างกาย อย่างน้อยวันละ 6-8 และ
หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด ส่วนการจัดการเรื่องอาหารการกินที่ผู้สูงอายุยัง
ทำได้ในระดับปานกลาง คือ การรับประทานอาหารประเภท นึ่ง ลวก ต้ม หรืออบ และรับประทานอาหาร
ประเภทผัก ผลไม้หรือธัญพืชในปริมาณมากกว่าอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ หรือกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุยังให้
ความสำคัญกับกินอาหารประเภทนึ่ง ลวกต้มหรืออบ และการทานอาหารประเภทผัก ผลไม้หรือธัญพืชให้
มากกว่าเนื้อสัตว์ น้อยกว่าการกินให้ครบ 3 มื้อ

2.1.2 การจัดการชีวิตเรื่องการรักษาสุขภาพและออกกำลังกาย แนวคิดในด้านสุขอนามัย
มองว่าการออกกำลังกาย ทำให้ร่างกายได้ออกแรงหรือเคลื่อนไหวร่างกาย อย่างสม่ำเสมอก่อให้เกิดผลดี
ต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ สามารถช่วยจัดระเบียบร่างกายและควบคุมอารมณ์ได้เป็นอย่างดี รวมทั้ง
เสริมสร้างสมรรถภาพร่างกายด้านต่าง ๆ ได้แก่ ความทนทาน ความแข็งแรง การทรงตัว และความยืดหยุ่น
ผู้วิจัยจึงได้วัดระดับการจัดการชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน โรคเรื่องการออกกำลังกายของ

ผู้สูงอายุ โดยใช้แบบวัดแบบประมาณค่า 3 ข้อ แล้วนำข้อมูลจากแบบสอบถามมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย โดยรวมและรายข้อ ได้ผลการวิเคราะห์ ดังข้อมูลในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 การจัดการชีวิตเรื่องการรับวัคซีนและออกกำลังกายของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม (n = 400)

ตัวชี้วัด	\bar{X}	S.D	ระดับการจัดการชีวิต
1. ไปรับวัคซีนตามการระบาดของโรค	3.16	1.15	ปานกลาง
2. สังเกตอาการผิดปกติ หรือแนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยตนเอง	3.54	0.79	มาก
3. ทำกิจกรรมเพื่อยืดเส้นยืดสายหรือออกกำลังกายโดยการเดินเล่น รำมวยจีน วิ่งเหยาะ ภายบริหาร	2.81	1.06	ปานกลาง
4. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอประมาณสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที	2.50	1.10	ปานกลาง
5. ทำกิจกรรมอื่นๆ ที่ต้องใช้กำลังกาย เช่น ทำสวน ปลูกต้นไม้ คายหญ้า ทำงานบ้าน	3.32	1.01	ปานกลาง
รวม	3.06	1.02	ปานกลาง

จากข้อมูลในตารางที่ 4.3 แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม มีการจัดการชีวิตด้านการรับวัคซีนและออกกำลังกาย ยังไม่ค่อยดีเท่าด้านการจัดการเรื่องอาหารการกิน ผู้สูงอายุในภาพรวมมีการจัดการชีวิตเรื่องการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.06, S.D. = 1.02$) โดยกิจกรรมการรับวัคซีนและออกกำลังกายที่ผู้สูงอายुरายงานว่าทำมากกว่าการรับวัคซีนและออกกำลังกายแบบอื่นคือ การสังเกตอาการผิดปกติ หรือแนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยตนเอง อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.06, S.D. = 1.02$) รองลงมาคือ การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ต้องใช้กำลังกาย เช่น ทำสวน ปลูกต้นไม้ คายหญ้า ทำงานบ้าน โดยค่าเฉลี่ยจะอยู่ในระดับปานกลาง แต่ค่อนข้างไปทางสูง ($\bar{X} = 3.32, S.D. = 1.01$) ส่วนกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ให้ได้ประมาณสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที จะมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X} = 2.50, S.D. = 1.10$)

2.1.3 การจัดการชีวิตเรื่องการพักผ่อนและพัฒนาจิตวิญญาณ หมายถึงการดำเนินการให้ร่างกายได้พักผ่อน และทำให้จิตใจ มีความรู้สึกผ่อนคลาย ไม่ตึงเครียด ไม่วิตกกังวลนับเป็นสิ่งที่

จำเป็นต่อมนุษย์และมีความสำคัญต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและ ทางจิตใจ การพักผ่อนเป็นการช่วยให้ร่างกายได้ผ่อนคลายจากความเหน็ดเหนื่อย เมื่อยล้า และช่วยเสริมสร้างให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงขึ้น และช่วยเสริมสร้างให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงขึ้น นอกจากนี้ ยังทำให้รู้สึกสดชื่นขึ้น นอกจากนี้ ยังทำให้รู้สึกสดชื่นอีกด้วย ผู้วิจัยจึงได้วัดระดับการจัดการชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเรื่องการพักผ่อนและพัฒนาจิตวิญญาณ โดยใช้แบบวัดแบบประมาณค่า จำนวน 5 ข้อ แล้วนำข้อมูลจากแบบสอบถามมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยโดยรวมและรายข้อ ได้ผลการวิเคราะห์ ดังข้อมูลในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการจัดการชีวิตการพักผ่อนและพัฒนาจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม (n = 400)

ตัวชี้วัด	\bar{x}	S.D	ระดับการจัดการชีวิต
1. พักผ่อนให้เพียงพอ คือ อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง	3.56	0.79	ปานกลาง
2. นั่งสมาธิ สวดมนต์ ไหว้พระ เพื่อทำจิตใจให้สงบ	2.71	1.10	ปานกลาง
3. คิดเชิงบวก (คิดว่าเมื่อเกิดปัญหา ต้องมีวิธีแก้ไข/มีทางออกของปัญหาเสมอ)	3.37	0.77	ปานกลาง
4. แก้ไขข้อบกพร่องของตน (ยอมรับข้อเสียของตนเอง และพยายามปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น)	3.32	0.75	ปานกลาง
5. ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เช่น ปลูกต้นไม้ อ่านหนังสือ ทำงานฝีมือ/สิ่งประดิษฐ์ ฯลฯ	3.03	1.02	ปานกลาง
รวม	3.20	0.87	ปานกลาง

จากข้อมูลในตารางที่ 4.4 แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม มีการจัดการชีวิตด้านการพักผ่อนและพัฒนาจิตวิญญาณ ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.20$, S.D. = 0.87) เหมือนเรื่องการออกกำลังกาย ในบรรดากิจกรรมการพักผ่อนและพัฒนาจิตวิญญาณที่สอบถาม พบว่ากิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำได้ดีกว่ากิจกรรมอื่น คือ การทำให้ตนเองได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ ($\bar{X} = 3.56$, S.D. = 0.79) รองลงมาคือการทำให้ตนเองเป็นคนคิดเชิงบวก (เมื่อเกิดปัญหา ต้องมีวิธีแก้ไข/มีทางออกของปัญหาเสมอ) ส่วนกิจกรรมการพักผ่อนและพัฒนาจิตวิญญาณ ที่ผู้สูงอายุยังทำได้น้อย คือ การนั่งสมาธิ สวดมนต์ ไหว้พระ เพื่อทำจิตใจให้สงบ ($\bar{X} = 2.71$, S.D. = 1.10) และกิจกรรมการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เช่น ปลูกต้นไม้ อ่านหนังสือ ทำงานฝีมือ/สิ่งประดิษฐ์ ฯลฯ ตามลำดับ

2.1.4 การจัดการชีวิตเรื่องการเข้าสังคม มนุษย์ทุกคนทุกวัยเป็น “สัตว์สังคม” ต้องการดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับคนอื่นในครอบครัว ชุมชนและสังคม ผู้สูงอายุจึงต้องจัดการชีวิตในเรื่องการเข้าสังคมเพื่อใช้ในการปฏิสัมพันธ์ ติดต่อดสื่อสาร และการอยู่ร่วมกันกับคนอื่นในสังคม ผู้สูงอายุที่มีทักษะทางสังคมดีจะสามารถอยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัว ชุมชน และสังคมได้อย่างมีความสุข ผู้วิจัยจึงได้วัดระดับการจัดการชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเรื่องการเข้าสังคม โดยใช้แบบวัดแบบประมาณค่า จำนวน 5 ข้อ แล้วนำข้อมูลจากแบบสอบถามมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยโดยรวมและรายข้อ ได้ผลการวิเคราะห์ ดังข้อมูลในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการจัดการชีวิตด้านการเข้าสังคมของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม (n = 400)

ตัวชี้วัด	\bar{x}	S.D	ระดับการจัดการชีวิต
1. สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับคนรอบข้าง	3.80	0.75	ดี
2. ไปร่วมงาน/กิจกรรมต่างๆที่ชุมชนจัดขึ้น	3.29	1.11	ปานกลาง
3. ทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกครอบครัว	3.22	1.00	ปานกลาง
4. พบปะ สังสรรค์ พุดคุยกับคนอื่น ๆ	3.78	0.76	ดี
5. จัดสรรเวลาในชีวิตประจำวันอย่างเหมาะสมและสมดุล (ทำงาน พักผ่อน นอนหลับ)	3.75	0.76	ดี
รวม	3.57	0.92	ปานกลาง

จากข้อมูลในตารางที่ 4.5 แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม มีการจัดการชีวิตด้านการเข้าสังคม ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.57, S.D. = 0.92$) กิจกรรมการเข้าสังคม ที่ผู้สูงอายุทำได้ค่อนข้างดี คือ การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับคนรอบข้างหรือคนในครอบครัว ($\bar{X} = 3.80, S.D. = 0.75$) รองลงมาคือ การพบปะ สังสรรค์ พุดคุยกับคนอื่น (นอกครอบครัว) และการจัดสรรเวลาในชีวิตประจำวันอย่างเหมาะสมและสมดุล ตามลำดับ ทั้งสามกิจกรรมจัดอยู่ในระดับการจัดการชีวิตที่ดี ส่วนกิจกรรมการเข้าสังคมที่ยังทำได้ไม่ดี คือ การทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกครอบครัวในวันหยุด/วันสำคัญทางศาสนา เช่น ไปทำบุญ ท่องเที่ยว รับประทานอาหารนอกบ้าน หรือทำกิจกรรมนันทนาการ ด้านศิลปะ ดนตรี เกษตร เกมและกีฬา ประเพณีท้องถิ่นร่วมกัน และการเข้าร่วมงาน/กิจกรรมต่างๆ ที่ชุมชนจัดขึ้น ผู้สูงอายุยังทำอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น

เมื่อผู้วิจัยได้นำข้อมูลการจัดการชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของผู้สูงอายุ ด้านต่างๆ ทั้ง 4 ด้านหรือเรื่อง คือ การจัดการเรื่องอาหารการกิน การออกกำลังกาย การพักผ่อน/การพัฒนาจิตวิญญาณ และการเข้าสังคม มารวมเป็นการจัดการชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในภาพรวมของผู้สูงอายุ พร้อมทั้งได้จำแนกกลุ่มตามระดับของการจัดการชีวิตเป็น 3 ระดับคือมาก ปานกลาง น้อย ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในบทที่ 3 คือ คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00 – 2.33 ระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66 ระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 3.67 -5.00 ระดับมาก ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปรากฏดังข้อมูลในตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการจัดการชีวิตด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม (n = 400)

มิติการจัดการชีวิตด้านการส่งเสริมสุขภาพฯ	ระดับการจัดการชีวิตฯ			\bar{X}	S.D
	มาก	ปานกลาง	น้อย		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
อาหารการกิน	205 (51.25)	192 (48.00)	3 (0.75)	3.70	0.97
วัคซีนและออกกำลังกาย	68 (17.00)	280 (70.00)	52 (13.00)	3.06	1.02
การพัฒนาจิตวิญญาณ	89 (22.25)	287 (71.75)	26 (6.00)	3.20	0.87
การเข้าสังคม	166 (41.50)	226 (56.50)	8 (2.00)	3.57	0.92
รวม	132 (33.00)	246 (61.56)	22 (5.44)	3.38	0.95

จากข้อมูลในตารางที่ 4.6 แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม มีระดับการจัดการชีวิตด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.37, S.D. = 0.95$) เมื่อจำแนกตามเกณฑ์ที่กำหนด พบว่าผู้สูงอายุส่วนมากหรือประมาณร้อยละ 61.56 มีการจัดการชีวิตด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ

33.30 มีการจัดการชีวิตด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรครอยู่ในระดับดี และมีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 5.44 เท่านั้นที่มีการจัดการชีวิตด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรครอยู่ในระดับน้อย

ถ้าเปรียบเทียบระดับการจัดการชีวิตด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรครในแต่ละเรื่องแต่ละด้าน พบว่าผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม สามารถจัดการชีวิตด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรครเรื่องอาหารการกินได้ดีกว่าเรื่องอื่นๆ จัดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.70$, S.D. = 0.97) รองลงมาคือเรื่องการเข้าสังคม การพัฒนาจิตวิญญาณ ตามลำดับ จัดอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนเรื่องที่ทำได้น้อยที่สุดคือเรื่องการรับวัคซีนและออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยเพียง 3.06 ($\bar{X} = 3.06$, S.D. = 1.02) แต่จัดอยู่ในระดับปานกลาง เช่นกัน

2.2 การจัดการชีวิตด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุ

การจัดการชีวิตด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุ หมายถึง ระดับความมากน้อยที่ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมเพื่อการรักษาอาการเจ็บไข้ เจ็บป่วย ความบกพร่องหรือผิดปกติทางกายและทางจิต ให้กลับมามีสุขภาพแข็งแรงเหมือนเดิม รวมถึงการทำกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อเสริมสร้าง ป้องกันและแก้ไขปัญหาคความบกพร่องของร่างกายและจิตใจที่ยังไม่มี หรือสูญเสียไปเนื่องจากการเจ็บป่วยให้เกิดขึ้น ให้สามารถเรียนรู้ ปฏิบัติงานและดำรงชีวิตในสังคมได้ สามารถจำแนกเป็น 2 ด้านย่อย คือด้านการรักษาสุขภาพ กับด้านการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งจะได้นำเสนอถึงผลการศึกษาการจัดการชีวิตด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงครามในแต่ละด้านย่อยๆ ดังนี้

2.2.1 การจัดการชีวิตด้านการรักษาสุขภาพ หมายถึงระดับการทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษาอาการเจ็บป่วยเป็นไข้ของตนเอง เพื่อให้ร่างกายจิตใจบรรเทาจากอาการเจ็บป่วย ทั้งในกรณีเป็นการดูแล รักษาความเจ็บป่วยด้วยตนเอง หรือการดำเนินการตามคำแนะนำของแพทย์ ผู้วิจัยจึงได้วัดระดับการจัดการชีวิตด้านการรักษาโรค ของผู้สูงอายุแต่ละคน โดยใช้แบบวัดแบบประมาณค่า จำนวน 10 ข้อ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยโดยรวมและรายชื่อ ได้ผลการวิเคราะห์ ดังข้อมูลในตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการจัดการชีวิตด้านการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ
ในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม (n = 400)

ตัวชี้วัด	\bar{X}	S.D	ระดับการ จัดการชีวิต
1. วางแผนการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพตนเองในภาวะเจ็บป่วย	3.44	0.760	ปานกลาง
2. รักษาตนเองเบื้องต้น หรือการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในภาวะ เจ็บป่วย	3.44	0.754	ปานกลาง
3. หมั่นสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ ของร่างกาย	3.57	0.722	ปานกลาง
4. หลีกเลียงปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ	3.64	0.811	ปานกลาง
5. ไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามนัด หรือทันทีเมื่อมี อาการผิดปกติ	3.89	0.826	ดี
6. ปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือคำแนะนำของแพทย์หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3.77	0.818	ดี
7. ควบคุมอาหารเพื่อรักษาฟื้นฟูสุขภาพและป้องกันโรคแทรก ซ้อน	3.49	0.766	ปานกลาง
8. ออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยและอาการเจ็บป่วย	3.26	0.803	ปานกลาง
9. ทำงานอดิเรก หรือปรับชีวิตประจำวันให้เหมาะสม กับวัยและอาการเจ็บป่วย	3.28	0.776	ปานกลาง
10. รักษาสุขอนามัยตนเองในภาวะเจ็บป่วย เช่น ดูแลความสะอาด ของร่างกาย (อาบน้ำ สระผม ตัดเล็บ)	3.96	0.779	ดี
รวม	3.57	0.78	ปานกลาง

จากข้อมูลในตารางที่ 4.7 แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม มีการจัดการชีวิตด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ในเรื่องการรักษาสุขภาพ ในภาพรวมในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.57, S.D. = 0.78$) แต่ถ้าพิจารณารายชื่อหรือรายการกิจกรรม พบว่า ผู้สูงอายุมีการจัดการชีวิตด้านการรักษาหลายเรื่องในระดับมากหรือดี อาทิ การรักษาสุขอนามัยตนเอง (อาบน้ำ สระผม ตัดเล็บ) ในภาวะเจ็บป่วย ($\bar{X} = 3.96, S.D. = 0.78$) การไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามนัด หรือทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ การปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือคำแนะนำของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามมีการจัดการชีวิตด้านการรักษาอีกหลายเรื่องที่ผู้สูงอายุยังทำไม่ได้ อาทิ การพยายาม

ออกกำลังกายให้เหมาะสมกับวัยและอาการเจ็บป่วย ยังอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.26$, S.D. = 0.80) การทำงานอดิเรก หรือปรับชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับวัยและอาการเจ็บป่วย การวางแผนการรักษา และฟื้นฟูสุขภาพตนเองในภาวะเจ็บป่วย การรักษาตนเองเบื้องต้น หรือการปฐมพยาบาลในภาวะเจ็บป่วย เป็นต้น ทำให้การจัดการชีวิตด้านการรักษาในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง

2.2.2 การจัดการชีวิตด้านการฟื้นฟูสุขภาพ การเจ็บป่วยในแต่ละครั้ง แม้ผู้เจ็บป่วยได้เข้ารับการรักษาโรคร้ายไข้เจ็บจนหายเจ็บป่วยแล้วก็ตาม แต่ร่างกายของผู้ป่วยก็ยังไม่แข็งแรงสมบูรณ์เหมือนก่อนมีภาวะเจ็บป่วย จึงเป็นหน้าที่ของผู้ป่วยที่ต้องพยายามทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันเพื่อฟื้นฟูสุขภาพของตนเองให้กลับมาแข็งแรงเหมือนเดิม ในกรณีผู้สูงอายุอาจประกอบด้วย การปรับสิ่งแวดล้อมในบ้าน นอกบ้านให้เอื้อต่อการฟื้นฟูสุขภาพ การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ในการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพตามคำแนะนำของแพทย์ การสังเกต ติดตาม บันทึก ผลการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพตนเอง รวมถึงการปรับตัวทั้งทางร่างกายจิตใจให้สอดคล้องสภาพร่างกายหลังภาวะเจ็บป่วย เป็นต้น ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้วัดระดับการจัดการชีวิตด้านการฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุ 400 คน โดยใช้แบบวัดแบบประมาณค่าจำนวน 9 ข้อ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยโดยรวมและรายชื่อ ได้ผลการวิเคราะห์ ดังข้อมูลในตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการจัดการชีวิตด้านการฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม (n = 400)

ตัวชี้วัด	\bar{x}	S.D	ระดับการจัดการชีวิต
1. ควบคุมหรือรักษาน้ำหนักเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค	3.48	0.834	ปานกลาง
2. จัดสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ หรือภาวะแทรกซ้อนของโรค	3.52	0.846	ปานกลาง
3. ใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ในการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ	2.98	1.078	ปานกลาง
4. ปรับที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ	3.27	1.149	ปานกลาง
5. จัดที่อยู่อาศัยให้ปลอดภัยหรือมลพิษ	3.49	1.113	ปานกลาง
6. ติดตาม สังเกตผลการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพตนเองอยู่เสมอ	3.48	0.942	ปานกลาง

ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

ตัวชี้วัด	\bar{x}	S.D	ระดับการจัดการชีวิต
7. ปรับจิตใจให้สอดคล้องกับสถานการณ์ยากลำบาก ในชีวิต	3.41	0.773	ปานกลาง
8. เตรียมช่องทางขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นใน ภาวะจำเป็นหรือฉุกเฉิน	3.44	0.873	ปานกลาง
9. ริเริ่มความคิด หรือทำในสิ่งใหม่ ๆ เพื่อการสร้าง สุขในชีวิต	3.40	0.861	ปานกลาง
10. พุดคุยและอยู่ร่วมกับคนในครอบครัว และชุมชน ได้อย่างมีความสุข	4.04	0.728	ดี
รวม	3.45	0.92	ปานกลาง

จากข้อมูลในตารางที่ 4.8 แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม มีการจัดการชีวิตด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ในเรื่องการฟื้นฟูสุขภาพ ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.45, S.D. = 0.93$) ถ้าพิจารณารายข้อหรือรายการกิจกรรม พบว่า ผู้สูงอายุมีการจัดการชีวิตด้านการฟื้นฟูสุขภาพในระดับดีเพียงกิจกรรมเดียว คือ การพุดคุยและอยู่ร่วมกับคนในครอบครัว และชุมชนได้อย่างมีความสุข ($\bar{X} = 4.04, S.D. = 0.73$) ส่วนกิจกรรมการจัดการชีวิตด้านการฟื้นฟูสุขภาพอื่น ๆ อยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด โดยมีค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ของแต่ละกิจกรรมอยู่ในช่วง 2.97 - 3.52 โดยกิจกรรมที่ทำอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดีได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ หรือภาวะแทรกซ้อนของโรค การจัดที่อยู่อาศัยให้ปลอดภัยหรือมลพิษ การติดตาม สังเกตผลการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพตนเอง และ การเตรียมช่องทางขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในภาวะจำเป็นหรือฉุกเฉินตามลำดับ ส่วนกิจกรรมที่ผู้สูงอายุยังที่ได้ไม่ค่อยดี ได้แก่ การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ในการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ เช่น ไม้ค้ำยัน แวนตากรองแสง เครื่องช่วยฟัง และการปรับอยู่อาศัยให้เหมาะสมกับการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ เช่น มีราวบันได ที่ยึดจับในห้องน้ำ

เมื่อผู้วิจัยได้นำข้อมูลการจัดการชีวิตด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้ง 2 ด้าน คือ การจัดการชีวิตด้านการรักษาสุขภาพ กับด้านการฟื้นฟูสุขภาพ มารวมเป็นการจัดการชีวิตด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพในภาพรวมของผู้สูงอายุ พร้อมทั้งได้จำแนกกลุ่มตามระดับของการจัดการชีวิตเป็น 3 ระดับ คือมาก ปานกลาง น้อย ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในบทที่ 3 เช่นเดียวกับ การจัดการชีวิตด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปรากฏดังข้อมูลในตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการจัดการชีวิตด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพของ
ผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม (n = 400)

มิติการจัดการชีวิตด้านการ รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ	ระดับการจัดการชีวิตฯ			\bar{X}	S.D
	มาก	ปานกลาง	น้อย		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
การรักษาสุขภาพ	146 (36.50)	246 (61.50)	8 (2.00)	3.57	0.78
การฟื้นฟูสุขภาพ	143 (35.75)	242 (60.50)	15 (3.75)	3.45	0.92
รวม	145 (36.13)	244 (61.00)	12 (2.88)	3.51	0.85

จากข้อมูลในตารางที่ 4.9 แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม มีระดับการจัดการชีวิตด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.51$, S.D. = 0.89) เมื่อจำแนกตามเกณฑ์ที่กำหนด พบว่าผู้สูงอายุส่วนมากหรือประมาณร้อยละ 60.50 มีการจัดการชีวิตด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 36.13 มีการจัดการชีวิตด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพอยู่ในระดับดี และมีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 2.88 เท่านั้นที่มีการจัดการชีวิตด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพอยู่ในระดับน้อย

ถ้าเปรียบเทียบระดับการจัดการชีวิตด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพในแต่ละเรื่องแต่ละด้าน พบว่าผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม สามารถจัดการชีวิตด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพทั้งด้านการรักษาสุขภาพ และด้านการฟื้นฟูสุขภาพอยู่ในระดับใกล้เคียงกันคืออยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านการรักษาสุขภาพ ($\bar{X} = 3.57$, S.D. = 0.78) และด้านการฟื้นฟูสุขภาพ ($\bar{X} = 3.45$, S.D. = 0.93)

2.3 การจัดการชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงครามในภาพรวม

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสาคร ทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ มารวมกันเพื่อให้มองเห็นภาพของการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสาครในภาพรวม ได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังข้อมูลในตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุ

การจัดการชีวิต	\bar{X}	S.D	ระดับการจัดการชีวิต
ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	3.38	0.95	ปานกลาง
ด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ	3.51	0.85	ปานกลาง
การจัดการชีวิตในภาพรวม	3.45	0.90	ปานกลาง

จากข้อมูลในตารางที่ 4.10 สรุปได้ว่าผู้สูงอายุอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม มีการจัดการชีวิตของตนเอง ซึ่งหมายถึง ระดับความมากน้อยในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ ที่จะช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพและในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง หากพิจารณาจากค่าเฉลี่ยพบว่าผู้สูงอายุการจัดการชีวิตด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ($\bar{X} = 3.51, S.D. = 0.89$) ได้ดีกว่าด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเล็กน้อย ($\bar{X} = 3.37, S.D. = 0.95$)

ข้อมูลผลการวิเคราะห์รายด้านข้างต้น บ่งชี้ว่าผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ส่วนใหญ่การจัดการชีวิตด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อยู่ในระดับปานกลาง แต่เมื่อพิจารณาลงไปในรายละเอียดพบว่าการจัดการชีวิตด้านนี้แต่ละเรื่องมีความผันแปรแตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้สูงอายุจัดการชีวิตเรื่องอาหารการกินได้ในระดับดี แต่การจัดการเรื่องการเข้าสังคม การพัฒนาจิตวิญญาณ ทำได้ระดับปานกลาง ส่วนการจัดการเรื่องการรับวัคซีนและออกกำลังกาย ทำได้น้อยกว่าด้านอื่น โดยเฉพาะเรื่องการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอประมาณสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที ทำกิจกรรมเพื่อยืดเส้นยืดสายหรือออกกำลังกายโดยการเดิน รำมวยจีน วิ่งเหยาะ กายบริหาร ยังอยู่ในระดับปานกลาง ค่อนข้างน้อย ทำให้ค่าเฉลี่ยของด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยรวมลดน้อยลง

ส่วนการจัดการชีวิตด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แม้โดยรวมจะอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน แต่เมื่อพิจารณาลงไปในรายละเอียดพบว่าผู้สูงอายุสามารถจัดการชีวิตด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพทั้งด้านการรักษาสุขภาพ และด้านการฟื้นฟูสุขภาพอยู่ในระดับใกล้เคียงกันคืออยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านการรักษาสุขภาพ ($\bar{X} = 3.57, S.D. = 0.78$) และด้านการฟื้นฟูสุขภาพ ($\bar{X} = 3.45, S.D. = 0.93$) ทำให้ค่าเฉลี่ยโดยรวมของด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสูงกว่า ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเล็กน้อย

ตอนที่ 3 ระดับการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุที่มีคุณลักษณะต่างกัน

3.1 เพศกับระดับการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานวิจัยไว้ว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกันมีระดับการจัดการชีวิตในภาพรวมและแต่ละด้านแตกต่างกัน จึงได้ทดสอบสมมติฐานดังกล่าว โดยนำข้อมูลการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนทีทั้ง 400 คน มาวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างเพศชายและเพศหญิง โดยใช้การวิเคราะห์ t-test ได้ผลดังข้อมูลในตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าทีของระดับการจัดการชีวิตโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม จำแนกตามเพศ

มิติการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุ	เพศ	จำนวน	\bar{X}	S.D.	T	P
การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	ชาย	171	3.28	0.49	-3.615	0.000*
	หญิง	229	3.45	0.40		
การรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ	ชาย	171	3.44	0.55	-2.091	0.037*
	หญิง	229	3.56	0.51		
ภาพรวม	ชาย	171	3.36	0.49	-3.026	0.003*
	หญิง	229	3.50	0.42		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากข้อมูลในตารางที่ 4.11 สรุปผลได้ดังนี้

1) การจัดการชีวิตในภาพรวมของผู้สูงอายุอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงครามที่เป็นเพศหญิงกับกับเพศชาย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ จากข้อมูลในตารางพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงการจัดการชีวิตในภาพรวมได้ดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย (เพศหญิง $\bar{X} = 3.54$, S.D. = 0.42 ส่วนเพศชาย $\bar{X} = 3.36$, S.D. = 0.49)

2) ถ้ามองเฉพาะการจัดการชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของผู้สูงอายุอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงครามก็พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิงกับกับเพศชาย มีระดับการจัดการชีวิตด้านนี้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นกัน โดยผู้สูงอายุเพศหญิงการจัดการชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย (เพศหญิง $\bar{X} = 3.45$, S.D. = 0.40 ส่วนเพศชาย $\bar{X} = 3.28$, S.D. = 0.49)

3) ทำนองเดียวกัน การจัดการชีวิตด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ก็พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิงกับเพศชาย มีระดับการจัดการชีวิตด้านนี้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นกัน โดยผู้สูงอายุเพศหญิงการจัดการชีวิตด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ได้ดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย (เพศหญิง $\bar{X} = 3.56$, S.D. = 0.51 ส่วนเพศชาย $\bar{X} = 3.44$, S.D. = 0.55)

สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่กำหนด สรุปได้ว่าผู้สูงอายุอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงครามเพศหญิงกับเพศชาย มีการจัดการชีวิตแตกต่างกัน โดยเพศหญิงสามารถจัดการชีวิตในภาพรวมและแต่ละด้านได้ดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย

3.2 อายุกับระดับการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานไว้ว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีระดับการจัดการชีวิตในภาพรวมและแต่ละด้านแตกต่างกัน จึงได้ทดสอบสมมติฐานดังกล่าว โดยนำข้อมูลการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนทีทั้ง 400 คน มาจำแนกเป็นกลุ่มตามช่วงอายุ 3 ช่วงคือ ช่วงอายุ 60-69 ปี หรือเป็นผู้สูงอายุขั้นเริ่มต้น ช่วงอายุ 70-79 ปี เป็นผู้สูงอายุขั้นกลาง และช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป แล้ววิเคราะห์เปรียบเทียบระดับระดับการจัดการชีวิตในภาพรวมและแต่ละด้านโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ได้ผลการวิเคราะห์ดังข้อมูลในตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 ผลการเปรียบเทียบระดับการจัดการชีวิตโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม จำแนกตามช่วงอายุ

มิติการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุ	อายุ	\bar{X}	S.D.	P-value	คู่ที่ต่างกัน
การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	60-69 ปี	3.37	0.95	0.865	-
	70-79 ปี	3.39	0.89		
	80 ปี ขึ้นไป	3.40	0.90		
การรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ	60-69 ปี	3.51	0.87	0.888	-
	70-79 ปี	3.50	0.82		
	80 ปี ขึ้นไป	3.54	0.85		
ภาพรวม	60-69 ปี	3.44	0.91	0.895	-
	70-79 ปี	3.45	0.86		
	80 ปี ขึ้นไป	3.47	0.88		

ผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 4.12 บ่งชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม ทั้ง 3 ช่วงอายุ คือผู้สูงอายุขั้นต้น (60-69 ปี) ผู้สูงอายุขั้นกลาง (70-79 ปี) และผู้สูงอายุกลุ่ม 80 ปีขึ้นไปมีระดับการจัดการชีวิตในภาพรวมไม่แตกต่างกัน หรือพูดได้ว่าสามารถจัดการชีวิตโดยรวมได้เหมือนกัน อยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ก็พบว่าผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงครามทั้ง 3 ช่วงอายุ มีระดับการจัดการชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพไม่แตกต่างกัน อยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกับภาพรวม เป็นการปฏิเสฐสมมุติฐานวิจัยที่ผู้วิจัยกำหนด

3.3 ระดับการศึกษาที่ระดับการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยได้ตั้งสมมุติฐานวิจัยไว้ว่า ผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงครามที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีระดับการจัดการชีวิตในภาพรวมและแต่ละด้านแตกต่างกัน จึงได้ทดสอบสมมุติฐานดังกล่าว โดยนำข้อมูลการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที่ทั้ง 400 คนมาจำแนกตามระดับการศึกษา เป็น 7 กลุ่ม แล้ววิเคราะห์เปรียบเทียบระดับระดับการจัดการชีวิตในภาพรวมและแต่ละด้าน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ได้ผลการวิเคราะห์ดังข้อมูลในตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 ผลการเปรียบเทียบระดับการจัดการชีวิตโดยรวม และรายด้านของผู้สูงอายุอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม จำแนกตามระดับการศึกษา

มิติการจัดการชีวิตของ ผู้สูงอายุ	ระดับการศึกษา	\bar{X}	S.D.	P-value	คู่ที่ต่างกัน
การสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค	1) ประถมต้น	3.35	0.91	0.009*	6>2
	2) ประถมปลาย	3.32	0.91		
	3) มัธยมต้น	3.38	0.92		
	4) มัธยมปลาย	3.38	0.89		
	5) อนุปริญญา	3.56	1.02		
	6) ปริญญาตรี	3.65	0.88		
	7) สูงกว่าปริญญาตรี	3.35	0.00		
การรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ	1) ประถมต้น	3.45	0.87	0.000*	6>3
	2) ประถมปลาย	3.47	0.80		
	3) มัธยมต้น	3.46	0.79		
	4) มัธยมปลาย	3.61	0.79		

ตารางที่ 4.13 (ต่อ)

มิติการจัดการชีวิตของ ผู้สูงอายุ	ระดับการศึกษา	\bar{X}	S.D.	P-value	คู่ที่ต่างกัน
การรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ (ต่อ)	5) อนุปริญญา	3.70	0.90		
	6) ปริญญาตรี	3.93	0.74		
	7) สูงกว่าปริญญาตรี	4.40	0.00		
ภาพรวม	1) ประถมต้น	3.40	0.89	0.000*	5>1
	2) ประถมปลาย	3.40	0.86		6>3
	3) มัธยมต้น	3.42	0.86		
	4) มัธยมปลาย	3.50	0.84		
	5) อนุปริญญา	3.63	0.96		
	6) ปริญญาตรี	3.79	0.81		
	7) สูงกว่าปริญญาตรี	3.88	0.00		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 4.13 บ่งชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีระดับการจัดการชีวิตในภาพรวมและรายด้านทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ ซึ่งจากผลการวิเคราะห์รายคู่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีสามารถจัดการชีวิตในภาพรวมได้ดีกว่าหรือมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับอนุ ปริญญา มีการจัดการชีวิตได้ดีกว่าหรือมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษา ประถมศึกษาตอนต้น เป็นการยอมรับสมมติฐานที่ผู้วิจัยกำหนด

ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี มีการจัดการชีวิตได้ดีกว่าหรือมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนปลาย แต่ถ้าเปรียบเทียบผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีกับผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับ ประถมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย อนุปริญญา และสูงกว่าปริญญาตรี พบว่ามีระดับการจัดการชีวิตไม่แตกต่างกัน

ด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีมีการจัดการชีวิตได้ดีกว่าหรือมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ส่วนการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันในกลุ่มอื่นๆพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

3.4 อาชีพกับระดับการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุ

ลักษณะการประกอบอาชีพของผู้สูงอายุ อาจทำให้ผู้สูงอายุแต่ละคนมีความแตกต่างกัน การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานวิจัยอีกข้อหนึ่งว่า ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพแตกต่างกันมีระดับการจัดการชีวิตในภาพรวมและการจัดการชีวิตในแต่ละด้านแตกต่างกัน โดยการประกอบอาชีพของผู้สูงอายุผู้วิจัยได้จำแนกเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) อาชีพภาคการเกษตร (ปลูกพืช ทำปศุสัตว์ การประมง เป็นต้น) 2) อาชีพนอกภาคเกษตร (เช่น พนักงานบริษัท รับจ้าง ค้าขาย ประกอบธุรกิจส่วนตัว เป็นต้น) 3) ข้าราชการบำนาญ และ 4) ไม่ได้ประกอบอาชีพแล้วได้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการจัดการชีวิตในภาพรวมและการจัดการชีวิตในแต่ละด้านของผู้สูงอายุ ทั้ง 4 กลุ่ม ด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และการวิเคราะห์รายคู่ ได้ผลการวิเคราะห์ดังข้อมูลในตารางที่ 4.14

ตารางที่ 4.14 ผลการเปรียบเทียบระดับการจัดการชีวิตโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุ อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ที่มีอาชีพต่างกัน

มิติการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุ	อาชีพ	\bar{X}	S.D.	P-value	คู่ที่ต่างกัน
การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	1) ภาคการเกษตร	3.33	0.82	0.009*	3>1
	2) นอกภาคเกษตร	3.42	0.95		
	3) ข้าราชการบำนาญ	3.61	0.91		
	4) ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3.32	1.01		
การรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ	1) ภาคการเกษตร	3.45	0.79	0.000*	3>1,2,4
	2) นอกภาคเกษตร	3.57	0.87		
	3) ข้าราชการบำนาญ	3.91	0.74		
	4) ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3.39	0.87		
ภาพรวม	1) ภาคการเกษตร	3.39	0.81	0.000*	3>2
	2) นอกภาคเกษตร	3.50	0.91		
	3) ข้าราชการบำนาญ	3.76	0.82		
	4) ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3.36	0.94		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 4.14 บ่งชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีระดับการจัดการชีวิตในภาพรวมและรายด้านทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ เมื่อพิจารณาจากผลการวิเคราะห์รายคู่ พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญ สามารถจัดการชีวิตในภาพรวมได้ดีกว่าหรือมากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่ประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรและผู้สูงอายุกลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ เป็นการยอมรับสมมติฐานวิจัยที่ผู้วิจัยกำหนด

ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญ มีระดับการจัดการชีวิตในด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้ดีกว่าหรือมากกว่าผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพภาคการเกษตรและผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ แต่ถ้าเปรียบเทียบผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญกับผู้สูงอายุที่มีอาชีพนอกภาคเกษตรพบว่าระดับการจัดการชีวิตในด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพภาคการเกษตรกับผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีระดับการจัดการชีวิตในด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่แตกต่างกันเช่นกัน

ส่วนด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญ สามารถจัดการชีวิตด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ได้ดีกว่าหรือมากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่ประกอบอาชีพภาคการเกษตรและอาชีพนอกภาคเกษตรรวมถึงผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพด้วย ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรจะจัดการชีวิตด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ได้มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ส่วนการเปรียบเทียบระหว่างผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพภาคการเกษตร กับอาชีพนอกภาคการเกษตรและผู้สูงอายุที่มีอาชีพภาคการเกษตร กับผู้สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพพบว่าระดับการจัดการชีวิตด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ไม่มีความแตกต่างกัน

3.5 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนกับระดับการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าฐานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุมักมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุรวมถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้ตั้งสมมติฐานวิจัยไว้ว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนแตกต่างกันมีระดับการจัดการชีวิตในภาพรวมและแต่ละด้านแตกต่างกัน จึงได้ทดสอบสมมติฐานดังกล่าว โดยนำข้อมูลการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนทีทั้ง 400 คน มาจำแนกกลุ่มตามระดับรายได้เฉลี่ยต่อเดือน เป็น 5 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 3,000 บาท 2) กลุ่ม 3,001-6,000 บาท 3) กลุ่ม 6,001-9,000 บาท 4) กลุ่ม 9,001-12,000 บาทและ 5) กลุ่ม 12,001 บาทขึ้นไป แล้ววิเคราะห์เปรียบเทียบระดับการจัดการชีวิตโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุทั้ง 5 กลุ่ม ด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังข้อมูลในตารางที่ 4.15

ตารางที่ 4.15 ผลการเปรียบเทียบระดับการจัดการชีวิตโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุ อำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม จำแนกตามระดับรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

มิติการจัดการชีวิต ของผู้สูงอายุ	ระดับรายได้เฉลี่ย	\bar{x}	S.D.	P-value	คู่ที่ต่างกัน
การสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค	1) น้อยกว่า 3,000 บาท	3.28	1.03	0.024*	5>1
	2) 3,001-6,000 บาท	3.37	0.97		
	3) 6,001 – 9,000 บาท	3.37	0.91		
	4) 9,001 – 12,000 บาท	3.32	0.77		
	5) 12,001 บาทขึ้นไป	3.47	0.84		
การรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ	1) น้อยกว่า 3,000 บาท	3.39	0.91	0.005*	5>4
	2) 3,001-6,000 บาท	3.51	0.89		
	3) 6,001 – 9,000 บาท	3.50	0.84		
	4) 9,001 – 12,000 บาท	3.39	0.67		
	5) 12,001 บาทขึ้นไป	3.64	0.80		
ภาพรวม	1) น้อยกว่า 3,000 บาท	3.34	0.97	0.005*	5>1
	2) 3,001-6,000 บาท	3.44	0.93		
	3) 6,001 – 9,000 บาท	3.44	0.88		
	4) 9,001 – 12,000 บาท	3.36	0.72		
	5) 12,001 บาทขึ้นไป	3.56	0.82		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 4.15 บ่งชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม ที่มีระดับรายได้แตกต่างกัน มีระดับการจัดการชีวิตในภาพรวมและรายด้านทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 อย่างน้อย 1 คู่ เมื่อพิจารณาจากผลการวิเคราะห์รายคู่ พบว่าด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มากกว่า 12,000 ขึ้นไป มีระดับการจัดการชีวิตในด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ถ้าดูจากค่าเฉลี่ยของระดับการจัดการชีวิตฯ สรุปได้ว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มากกว่า 12,000 ขึ้นไป มีระดับการจัดการชีวิตในด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

มากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน ส่วนการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกันในกลุ่มอื่นๆพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

ส่วนด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มากกว่า 12,000 ขึ้นไป มีระดับการจัดการชีวิตในด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ แตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือนและผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 9,000-12,000 บาทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ถ้าดูจากค่าเฉลี่ยของระดับการจัดการชีวิตฯ สรุปได้ว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มากกว่า 12,000 ขึ้นไป มีระดับการจัดการชีวิตในด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ มากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือนและผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 9,000-12,000 บาท เดือน ส่วนการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกันในกลุ่มอื่นๆพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

ส่วนในภาพรวม พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มากกว่า 12,000 ขึ้นไป มีระดับการจัดการชีวิตแตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ถ้าดูจากค่าเฉลี่ยของระดับการจัดการชีวิตฯ สรุปได้ว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มากกว่า 12,000 ขึ้นไป มีระดับการจัดการชีวิตในภาพรวม มากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน ส่วนการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกันในกลุ่มอื่นๆพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน เป็นการยอมรับสมมติฐานที่ผู้วิจัยกำหนด

3.6 ภาวะสุขภาพกับระดับการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุจำนวนมาก มักจะเผชิญกับปัญหาเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังที่มักเกิดขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ จนต้องกินยาอย่างต่อเนื่อง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคข้อเสื่อม โรคหัวใจ โรคไขมันในเส้นเลือด เป็นต้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการจัดการชีวิตของตนเอง ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานวิจัยว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพต่างกันมีระดับการจัดการชีวิตในภาพรวมและแต่ละด้านแตกต่างกัน แล้วทำการทดสอบทดสอบสมมติฐานดังกล่าว โดยนำข้อมูลการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที่ทั้ง 400 คน มาจำแนกกลุ่มตามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ไม่มีโรคประจำตัว 2) มีโรคประจำตัว และ 3) ไม่ทราบ/ไม่ได้ตรวจ แล้ววิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการจัดการชีวิตโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม ด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังข้อมูลในตารางที่ 4.16

ตารางที่ 4.16 ผลการเปรียบเทียบระดับการจัดการชีวิตโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุ อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม จำแนกตามภาวะสุขภาพ

มิติการจัดการชีวิต ของผู้สูงอายุ	ภาวะสุขภาพ	\bar{x}	S.D.	P-value	คู่ที่ต่างกัน
การสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค	1) ไม่มีโรคประจำตัว	3.32	0.92	0.204	-
	2) มีโรคประจำตัว	3.40	0.91		
	3) ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ	3.29	1.01		
การรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ	1) ไม่มีโรคประจำตัว	3.45	0.90	0.195	-
	2) มีโรคประจำตัว	3.54	0.82		
	3) ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ	3.38	0.94		
ภาพรวม	1) ไม่มีโรคประจำตัว	3.39	0.91	0.161	-
	2) มีโรคประจำตัว	3.47	0.87		
	3) ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ	3.33	0.98		

ผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 4.16 บ่งชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ทั้ง 3 กลุ่ม คือผู้สูงอายุไม่มีโรคประจำตัว ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว และ ผู้สูงอายุไม่เคยตรวจสุขภาพ มีระดับการจัดการชีวิตในภาพรวมไม่แตกต่างกัน หรือพูดได้ว่าการที่ผู้สูงอายุต้องประสบปัญหาเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังที่มักเกิดขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ จนต้องกินยาอย่างต่อเนื่อง ไม่ได้ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีระดับการจัดการชีวิตในภาพรวมแตกต่างจากผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ก็พบว่าเป็นไปทำนองเดียวกัน คือ ผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ทั้ง 3 กลุ่ม คือผู้สูงอายุไม่มีโรคประจำตัว ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว และ ผู้สูงอายุไม่เคยตรวจสุขภาพ มีระดับการจัดการชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพไม่แตกต่างกัน อยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกับภาพรวม เป็นการปฏิเสธสมมติฐานวิจัยที่ผู้วิจัยกำหนด

3.7 บทบาทหน้าที่ทางสังคมกับระดับการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ประมาณร้อยละ 78.5 เป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีบทบาทหน้าที่/ตำแหน่งในสังคม แต่ผู้สูงอายุเพียงอีกร้อยละ 21.5 ของกลุ่มตัวอย่างรายงานว่าตนเองเป็นผู้มีบทบาทหน้าที่/ตำแหน่งในสังคม ผู้วิจัยจึงกำหนดสมมติฐานไว้ว่า ผู้สูงอายุที่มีบทบาทหน้าที่ทางสังคมต่างกันมีระดับการจัดการชีวิตในภาพรวมและแต่ละด้านแตกต่างกัน และได้ทดสอบสมมติฐานดังกล่าว โดยนำข้อมูลการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนทีทั้ง 400 คนมาจำแนกเป็น 2 กลุ่มตาม

บทบาทหน้าที่ทางสังคม คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีบทบาทหน้าที่ทางสังคมกับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีบทบาทหน้าที่ทางสังคม แล้ววิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการจัดการชีวิตโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม ด้วยการวิเคราะห์ค่าที (t - test) ได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังข้อมูลในตารางที่ 4.17

ตารางที่ 4.17 ผลการเปรียบเทียบระดับการจัดการชีวิตโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุ อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม จำแนกตามบทบาททางสังคม

มิติการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุ	บทบาททางสังคม	จำนวน	\bar{x}	S.D.	t	P
การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	มีบทบาททางสังคม	86	3.59	0.46	5.00	0.000*
	ไม่มีบทบาททางสังคม	314	3.32	0.43		
การรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ	มีบทบาททางสังคม	86	3.77	0.55	5.36	0.000*
	ไม่มีบทบาททางสังคม	314	3.44	0.50		
ภาพรวม	มีบทบาททางสังคม	86	3.68	0.48	5.57	0.000*
	ไม่มีบทบาททางสังคม	314	3.38	0.43		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากข้อมูลในตารางที่ 4.17 บ่งชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ที่มีบทบาทหน้าที่ทางสังคม เช่น เคยมีตำแหน่งฝ่ายปกครองท้องถิ่น ที่ตำแหน่งการเมืองท้องถิ่น หรือ ตำแหน่งในกลุ่ม ชมรมต่างๆ ในชุมชนมาก่อน กับผู้สูงอายุที่ไม่มีบทบาทหน้าที่ทางสังคม มีระดับการจัดการชีวิตในภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ถ้าดูจากค่าเฉลี่ยของระดับการจัดการชีวิตของทั้งสองกลุ่ม พบว่าผู้สูงอายุที่มีบทบาทหน้าที่ทางสังคมมีการจัดการชีวิตในภาพรวมได้ดีกว่าหรือมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีบทบาทหน้าที่ทางสังคม (ผู้สูงอายุที่มีบทบาททางสังคม $\bar{X} = 3.68$, S.D. = 0.48 ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่มีบทบาททางสังคม $\bar{X} = 3.38$, S.D. = 0.43)

ถ้ามองเฉพาะการจัดการชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ก็พบว่าผู้สูงอายุที่มีบทบาทหน้าที่ทางสังคม กับผู้สูงอายุที่ไม่มีบทบาทหน้าที่ทางสังคม มีระดับการจัดการชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุที่มีบทบาทหน้าที่ทางสังคม มีระดับการจัดการชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีบทบาทหน้าที่ทางสังคม (ผู้สูงอายุที่มีบทบาททางสังคม $\bar{X} = 3.59$, S.D. = 0.46 ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่มีบทบาททางสังคม $\bar{X} = 3.32$, S.D. = 0.43)

ทำนองเดียวกัน การจัดการชีวิตด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ก็พบว่าผู้สูงอายุที่มีบทบาทหน้าที่ทางสังคม กับผู้สูงอายุที่ไม่มีบทบาทหน้าที่ทางสังคม มีระดับการจัดการชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุที่มีบทบาทหน้าที่ทางสังคม มีระดับการจัดการชีวิตด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีบทบาทหน้าที่ทางสังคม (ผู้สูงอายุที่มีบทบาททางสังคม $\bar{X} = 3.77$, S.D. = 0.55 ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่มีบทบาททางสังคม $\bar{X} = 3.44$, S.D. = 0.50)

สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่กำหนด สรุปได้ว่าผู้สูงอายุอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงครามที่มีบทบาทหน้าที่ทางสังคม กับผู้สูงอายุที่ไม่มีบทบาทหน้าที่ทางสังคม มีการจัดการชีวิตแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่มีบทบาททางสังคม สามารถจัดการชีวิตในภาพรวมและแต่ละด้านได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีบทบาททางสังคม

3.8 สรุปผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

จากข้อมูลผลการเปรียบเทียบระดับการจัดการชีวิตในภาพรวมและรายด้านของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงครามที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ภาวะสุขภาพและการมีบทบาทหน้าที่ทางสังคม แตกต่างกัน ทำให้ได้ข้อสรุปเป็นผลการวิจัยดังนี้

3.8.1 ผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ที่มี อายุ และภาวะสุขภาพแตกต่างกัน มีระดับการจัดการชีวิตในภาพรวม การจัดการชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานวิจัยที่กำหนด

3.8.2 ผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ที่มีเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนและบทบาทหน้าที่ทางสังคม แตกต่างกัน มีระดับการจัดการชีวิตในภาพรวม การจัดการชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับสมมติฐานวิจัยที่กำหนด กล่าวคือ

1) ผู้สูงอายุเพศหญิง มีระดับการจัดการชีวิตในภาพรวมและการจัดการชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย

2) ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี มีระดับการจัดการชีวิตในภาพรวมและการจัดการชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษากลุ่มอื่น โดยในภาพรวมผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีสามารถจัดการชีวิตได้มากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับอนุปริญาได้มีการจัดการชีวิตได้มากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษตอนต้น ส่วนด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีสามารถจัดการชีวิตได้มากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนปลาย

ส่วนด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีมีการจัดการชีวิตได้ดีกว่าหรือมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น

3) ผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญ มีระดับการจัดการชีวิตในภาพรวมและด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้มากกว่าผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพภาคการเกษตรและผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ส่วนด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญ สามารถจัดการชีวิตด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ได้ดีกว่าหรือมากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่ประกอบอาชีพภาคการเกษตรและอาชีพนอกภาคเกษตร รวมถึงผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพด้วย

4) ผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มากกว่า 12,000 ขึ้นไป มีระดับการจัดการชีวิตในภาพรวมและด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมกกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน ส่วนด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มากกว่า 12,000 ขึ้นไป มีระดับการจัดการชีวิต มากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือนและผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 9,000-12,000 บาท เดือน

5) ผู้สูงอายุที่มีบทบาทหน้าที่ทางสังคม มีการจัดการชีวิตในภาพรวมและการจัดการชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีบทบาทหน้าที่ทางสังคม



บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเน้นเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง และเปรียบเทียบระดับการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ภาวะสุขภาพ และบทบาทหน้าที่ทางสังคมแตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย เป็นผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 400 คน ที่สุ่มมาโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการเชิงสถิติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติอ้างอิง ได้แก่ การหาค่า t-test การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุที่มีปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน

1. สรุปการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ดังนี้

1.1 ลักษณะของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ร้อยละ 57.2 เป็นเพศหญิง ประมาณ ร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุ อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี และร้อยละ 16 มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ผู้สูงอายุส่วนมาก จบการศึกษาระดับประถมศึกษา โดยร้อยละ 55.3 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้นและร้อยละ 14.5 จบประถมศึกษาตอนปลาย ผู้สูงอายุร้อยละ 74.6 เป็นผู้สูงอายุที่ยังประกอบอาชีพเลี้ยงชีพตนเองอยู่ในปัจจุบัน โดยร้อยละ 39.3 ประกอบอาชีพภาคการเกษตร อีกร้อยละ 35.3 ประกอบอาชีพนอกภาคการเกษตร และมีร้อยละ 6.8 เป็นข้าราชการบำนาญ ผู้สูงอายุร้อยละ 34.3 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มากกว่าเดือนละ 12,000 บาท แต่มีผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน ประมาณร้อยละ 22.5 ผู้สูงอายุส่วนมาก เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว และเป็นคนที่ไม่มีบทบาทหน้าที่/ตำแหน่งในสังคม

1.2 การจัดการชีวิตของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม สามารถจัดการชีวิตตนเอง ซึ่งจำแนกเป็น 2 ด้านคือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กับด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ในระดับ

ปานกลาง ทั้งในภาพรวมและรายด้าน โดยการจัดการชีวิตด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ทำได้มากกว่าด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเล็กน้อย

เมื่อพิจารณาในรายละเอียดแต่ละด้าน พบว่า การจัดการชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของผู้สูงอายุแต่ละเรื่องมีความผันแปรแตกต่างกัน โดยการจัดการชีวิตเรื่องอาหารการกินทำได้ในระดับดี การจัดการเรื่องการเข้าสังคม การพัฒนาจิตวิญญาณ ทำได้ระดับปานกลาง แต่การจัดการเรื่องการรับวัคซีนและออกกำลังกาย ทำได้น้อยกว่าด้านอื่น โดยเฉพาะเรื่องการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอประมาณสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที ทำกิจกรรมเพื่อยืดเส้นยืดสายหรือออกกำลังกายโดยการเดินเล่น รำมวยจีน วิ่งเหยาะ กายบริหาร ยังอยู่ในระดับปานกลาง ค่อนข้างน้อย ส่วนการจัดการชีวิตด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพพบว่าผู้สูงอายุสามารถจัดการชีวิตเรื่องการรักษาสุขภาพ และเรื่องฟื้นฟูสุขภาพอยู่ในระดับใกล้เคียงกันคืออยู่ในระดับปานกลาง

1.3 การเปรียบเทียบการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุที่มีคุณลักษณะต่างกัน ผลการวิเคราะห์ เปรียบเทียบระดับการจัดการชีวิตในภาพรวมและรายด้านของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ภาวะสุขภาพ และบทบาทหน้าที่ทางสังคมแตกต่างกัน พบว่า

1.3.1 ผู้สูงอายุที่มีอายุ และภาวะสุขภาพ แตกต่างกัน มีระดับการจัดการชีวิตทั้งในภาพรวมและรายด้านคือ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพไม่แตกต่างกัน

1.3.2 ผู้สูงอายุที่มีเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนและบทบาทหน้าที่ทางสังคม แตกต่างกัน มีระดับการจัดการชีวิตในภาพรวม การจัดการชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย

- 1) ผู้สูงอายุเพศหญิง มีระดับการจัดการชีวิตในภาพรวมและการจัดการชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย
- 2) ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี มีระดับการจัดการชีวิตในภาพรวมและการจัดการชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษากลุ่มอื่น โดยในภาพรวมผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีสามารถจัดการชีวิตได้มากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับอนุปริญาตรีมีการจัดการชีวิตได้มากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ส่วนด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีสามารถจัดการชีวิตได้มากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนปลาย

ส่วนด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีมีการจัดการชีวิตได้ดีกว่าหรือมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น

3) ผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญ มีระดับการจัดการชีวิตในภาพรวมและด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้มากกว่าผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพภาคการเกษตรและผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ส่วนด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญ สามารถจัดการชีวิตด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ได้ดีกว่าหรือมากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่ประกอบอาชีพภาคการเกษตรและอาชีพนอกภาคเกษตร รวมถึงผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพด้วย

4) ผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มากกว่า 12,000 ขึ้นไป มีระดับการจัดการชีวิตในภาพรวมและด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมกกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน ส่วนด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มากกว่า 12,000 ขึ้นไป มีระดับการจัดการชีวิต มากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือนและผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 9,000-12,000 บาท เดือน

5) ผู้สูงอายุที่มีบทบาทหน้าที่ทางสังคม มีการจัดการชีวิตในภาพรวมและการจัดการชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีบทบาทหน้าที่ทางสังคม

2. อภิปรายผล

การวิจัยเรื่องการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม สามารถอภิปรายผล ได้ดังนี้

2.1 ลักษณะของผู้สูงอายุ ในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง มากกว่าเพศชาย ซึ่งสัมพันธ์สถิติผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรสงคราม ภาคกลางและภาพรวมของประเทศมีผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 ณ.วันที่ 31 ธันวาคม 2562) การจัดการชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสำคัญต่อเพศทั้งชายและหญิง เพราะสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่ทุกคนต้องตระหนักและให้ความสำคัญ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังต้องประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองอยู่ในปัจจุบัน อาจเป็นเพราะโครงสร้างของประชากรและโครงสร้างของกำลังแรงงาน เปลี่ยนแปลงไป ทำให้มีผู้สูงอายุที่ยังต้องทำงานเพิ่มขึ้นด้วย โดยอาชีพส่วนใหญ่คือเกษตรกรกรรม (ปลูกพืช ปศุสัตว์ ประมง เป็นต้น) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลสรุปผลการดำเนินงานที่สำคัญของผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ.2562 ของสำนักสถิติแห่งชาติซึ่ง

พบว่าผู้สูงอายุที่ยังคงทำงานอยู่ ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ทำงานในภาคเกษตรกรรม ซึ่งการมีอาชีพและรายได้ จะช่วยอำนวยความสะดวกในการตอบสนองความต้องการพื้นฐานในการจัดการสุขภาพตนเอง

2.2 การจัดการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

1) ผลการวิเคราะห์การจัดการชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวม พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า เนื่องจากผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในเขตชนบท ซึ่งมีลักษณะทางสังคมที่เอื้ออริ มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดระหว่างบ้านใกล้เรือนเคียง อยู่กันแบบถ้อยทีถ้อยอาศัย ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และมีแกนนำสุขภาพในชุมชนที่เข้มแข็ง เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน จึงอาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีแนวคิดในการพึ่งพาคนรอบข้างมากกว่าการพึ่งตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กมลพร สิริคุตจตุพร และคณะ (2560) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และวัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว (2557) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายละเอียดในแต่ละด้าน พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน

2) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า เมื่อพิจารณาในรายละเอียดแต่ละด้าน พบว่า การจัดการชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ของผู้สูงอายุแต่ละเรื่องมีความผันแปรแตกต่างกัน โดยการจัดการชีวิตเรื่องอาหารการกินทำได้ในระดับดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะลักษณะภูมิอากาศ ภูมิประเทศของจังหวัดสมุทรสงคราม ที่เป็นเมืองสามน้ำ สามนา จึงทำให้เกิดความอุดมสมบูรณ์ของทรัพยากรสิ่งแวดล้อม มีอาหารที่มีรสชาติดี และหลากหลายให้เลือกกินได้ทุกฤดูกาล จึงทำให้ผู้สูงอายุจัดการเรื่องอาหารการกินได้ดี แต่การจัดการเรื่องการรับวัคซีนและออกกำลังกาย ทำได้น้อยกว่าด้านอื่น โดยเฉพาะเรื่องการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอประมาณสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที ทำกิจกรรมเพื่อยืดเส้นยืดสายหรือออกกำลังกายโดยการเดินเล่น รำมวยจีน วิ่งเหยาะ กายบริหาร ยังอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างน้อย เนื่องจาก วัย และสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุนั้น อาจไม่มีความคล่องตัวเหมือนคนหนุ่มสาว กิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำการออกกำลังกายที่กระทำอยู่ในบ้าน จึงทำให้ผู้สูงอายุอาจออกกำลังกายเพียงคนเดียวหรือบางครั้งอาจมีสมาชิกในครอบครัวร่วมออกกำลังกายด้วยแต่ความสนุกสนานมีน้อยหรืออาจไม่เกิดขึ้นเลย จึงไม่มีการเกิดแรงกระตุ้นให้มีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง

3) การจัดการชีวิตด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพพบว่าผู้สูงอายุสามารถจัดการชีวิตเรื่องการรักษาสุขภาพ และเรื่องการฟื้นฟูสุขภาพอยู่ในระดับใกล้เคียงกันคืออยู่ในระดับปานกลาง เมื่อผู้สูงอายุเกิดอาการเจ็บป่วย ก็เดินทางไปรับบริการด้านการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือบางครั้งก็ไปที่คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งการไปรับบริการบริการด้านสุขภาพในแต่ละครั้ง ผู้สูงอายุจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย และการดูแล

ตนเอง ด้วย ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้จากข้อมูลที่ได้รับนั้น และนำมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติและดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย

2.3 ผลการเปรียบเทียบการจัดการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีคุณลักษณะแตกต่างกัน

ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน มีระดับการจัดการชีวิตด้านสุขภาพแตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิง มีระดับการจัดการชีวิตในภาพรวมและการจัดการชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของวัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว (2557) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน และขวัญดาว กลั่นรัตน์ และคณะ (2554) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ ผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากเพศเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความแตกต่างของทางด้านร่างกายและสรีระ เป็นตัวกำหนดบทบาท บุคลิกภาพ เพศหญิงจึงให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพและจัดการชีวิตด้านสุขภาพได้ดีกว่าเพศชาย

ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีระดับการจัดการชีวิตด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน เนื่องจากอายุเป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งชี้ถึงความแตกต่างด้านพัฒนาการทั้งในด้านร่างกายและความรู้สึนึกคิด อายุจะเป็นตัวบ่งชี้วุฒิภาวะหรือ ความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม ภาวะจิตใจ และการรับรู้ อายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะเพิ่มตามอายุจนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และอาจจะลดลง เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (Orem, 1991) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรณวิมล เมฆวิมล (2555) ได้ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า ผู้สูงอายุที่มี อายุแตกต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่ต่างกัน มีการจัดการชีวิตที่แตกต่าง เนื่องจากระดับการศึกษา เป็นตัวช่วยในการพัฒนาความรู้ ทักษะ และการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง ผู้ที่มีการศึกษาสูงสามารถแสวงหาข้อมูล มีการรับรู้ที่ดี สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ได้เหมาะสม ส่งผลให้มีการจัดการชีวิตได้ดีกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธราธร ดวง แก้ว และหิรัญญา เดชอุดม (2550) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุตำบล โพรงมะเดื่อ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม พบว่า ระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย และพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วยแตกต่างกัน

ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือน ต่างกันมีระดับการจัดการชีวิตที่แตกต่างกัน เนื่องจากรายได้ เป็นตัวบ่งชี้ถึง สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงแหล่งประโยชน์ของบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลและมีความสำคัญต่อ การดำรงชีพ เพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานและความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุที่มีรายได้พอเพียงสามารถ ที่จะซื้ออาหารที่มีประโยชน์ในการ

ดำรงสุขภาพทางกายให้แข็งแรง และจัดการชีวิตตนเองเมื่อ เจ็บป่วยหรือต้องเข้ารับการรักษาพยาบาล อาจกล่าวได้ว่ารายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญในการดำรงชีวิตของคนในสังคมปัจจุบันที่สนองความต้องการด้านต่างๆ รายได้นับเป็นปัจจัยพื้นฐานทางเศรษฐกิจที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับแนวคิดของ เพนเดอร์ (Pender, 1987 : 161-162) กล่าวว่า ผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจที่ดีจะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองเอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดูแล ตนเองเช่นทำให้ได้รับอาหารที่เพียงพอ ตลอดจนเข้าถึงบริการ ได้ อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ เพื่ออำนวยความสะดวก เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยของ ขวัญดาว กล้ารัตน์ และคณะ (2554) พบว่า ผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพต่างกัน

ผู้สูงอายุที่มีบทบาทในชุมชนต่างกันมีระดับการจัดการชีวิตที่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีบทบาทในชุมชน เช่น เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำท้องถิ่น ผู้ทรงคุณวุฒิ จะมีโอกาสเข้าร่วมประชุม ประชาคม ศึกษาดูงาน ทำให้ได้รับข้อมูลข่าวสาร เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีโอกาสพบปะกับบุคลากรสาธารณสุขหรือผู้มีความรู้ด้านต่างๆ ทำให้ได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้มีสุขภาพดี และผู้วิจัยคิดว่าการมีบทบาทในสังคมจึงเป็นเสมือนแรงจูงใจหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเองและมีการจัดการด้านสุขภาพตนเองที่ดีเพื่อจะได้มีสุขภาพะในการร่วมกิจกรรมทางสังคม

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน มีระดับการจัดการชีวิตไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะของผู้สูงอายุสามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และเข้าถึงบริการสุขภาพได้เท่าเทียมกัน จึงส่งผลให้มีการจัดการชีวิตด้านสุขภาพที่ไม่แตกต่างกันสอดคล้องกับวิจัยพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว (2557) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะการมีโรคประจำตัว แตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ไม่แตกต่างกัน และธรรดวงแก้ว และหิรัญญา เชนอุดม (2550) พบว่า ภาวะการมีโรคประจำตัว ต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 จากการเก็บข้อมูลแล้วพบว่า มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 21.5 เท่านั้นที่มีบทบาทในสังคม ลูกหลานหรือสมาชิกในครอบครัว ควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีบทบาทในชุมชน ซึ่งการมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ จะส่งผลดีต่อจิตใจของผู้สูงอายุ เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ถ่ายทอดประสบการณ์และแลกเปลี่ยนแนวคิดกับคนรุ่นหลัง และทำให้ได้รับรู้ข่าวสารที่เป็นประโยชน์และสามารถนำไปจัดการชีวิตตนเองได้ดีขึ้น

3.1.2 จากผลการศึกษากิจการชีวิตด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม อยู่ในระดับปานกลาง และพบว่า ผู้สูงอายุมีระดับการจัดการสุขภาพในเรื่องออกกำลังกายได้น้อย ดังนั้นผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้ คือ จัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับวัย โดยปรับปรุงสถานที่และมีอุปกรณ์การออกกำลังกายให้เหมาะสม เพื่อเป็นการดึงดูดความสนใจของผู้สูงอายุในการออกกำลังกาย และจัดให้มีเจ้าหน้าที่นันทนาการคอยแนะนำผู้สูงอายุออกกำลังกายอย่างถูกวิธี ปลอดภัยกับวัยผู้สูงอายุ

3.1.3 จากผลการศึกษากิจการชีวิตด้านการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม อยู่ในระดับปานกลาง และพบว่า ยังมีผู้สูงอายุบางส่วนไม่สามารถสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ของร่างกาย รวมถึงการปฐมพยาบาลหรือช่วยเหลือตัวเองในเบื้องต้น ดังนั้น ควรจัดให้อสม. หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตรวจเยี่ยมผู้สูงอายุ และให้ความรู้ แนะนำการสังเกตอาการและการรักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถสังเกตอาการและปฏิบัติการรักษาพยาบาลเบื้องต้นได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อลดความรุนแรงหรืออาการแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น และมีการติดตามประเมินผล สุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลด้านการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ

3.1.4 ผลการศึกษากิจการชีวิตด้านการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงจัดการชีวิตได้ดีกว่าเพศชาย และผู้สูงอายุที่มีบทบาททางสังคมจัดการชีวิตได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีบทบาททางสังคม ผู้วิจัยคิดว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรจัดโครงการหรือกิจกรรมแก่ผู้สูงอายุทุกกลุ่มทั้งเพศชายเพศหญิง เพื่อให้ผู้สูงอายุทุกคนได้ตระหนักและให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อให้สามารถจัดการชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุที่มีลักษณะเฉพาะและพิเศษแตกต่างจากทั่ว ๆ ไป เช่น ผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพัง ผู้สูงอายุที่พิการ เป็นต้น

3.2.2 ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการจัดการชีวิตด้านอื่นๆ เพื่อให้ครอบคลุมและสามารถนำผลวิจัยไปใช้ในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการจัดการชีวิตตนเองมากขึ้น

3.2.3 ควรศึกษาตัวแปร หรือปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น ลักษณะครอบครัว สภาพที่อยู่อาศัย บทบาทของผู้นำสุขภาพชุมชน หน่วยงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การจัดตั้งอำนาจความสั่งอำนาจความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถนำข้อมูลดังกล่าวมาเป็นแนวทางในการจัดทำแผนงาน โครงการให้ตรงความต้องการของผู้สูงอายุที่อาศัยอย่างแท้จริง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีการจัดการชีวิตด้านสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กมลพร สิริคุตจตุพร และคณะ. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารสภาการพยาบาล*, 32(1), 81-93.
- กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2563). *พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546*. สืบค้นจาก http://www.dop.go.th/download/laws/regulation_th_20152509163042_1.pdf.
- กุสุมาวดี อุปสาร. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไต ทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์*, 5(2), 71-84.
- ขนิษฐา นาคะ. (2542). *วิถีชีวิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในหมู่บ้านชนบทแห่งหนึ่งในภาคใต้* (วิทยานิพนธ์ดุสิตบัณฑิต ไม้ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- ขวัญดาว กล่ำรัตน์. (2554). *ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย* (ดุสิตบัณฑิตศึกษาศาสตร์ดุสิตบัณฑิต ไม้ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยศิลปากร, นครปฐม.
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2563). *แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552*. สืบค้นจาก http://www.dop.go.th/download/laws/law_th_20152309144546_1.pdf.
- จันทร์จิรา สีสว่าง และคณะ. (2557). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 20(2), 179-192.
- จิราวรรณ เผื่อแผ่ และคณะ. (2558). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 33(2), 41-50.
- เจษฎา นกน้อย และวรรณภรณ์ บริพันธ์. (2560). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 9(3), 94-105.
- ชลธิชา แก้วอนุชิต. (2556). แนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพและปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพภายใต้ระบบสุขภาพโลกและประเทศไทย. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 36(1), 123-131.
- ชนินทร์ งามแสง. (2559). การจัดการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตตำบลไค้ปูน อำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 8(3), 59-66.

- ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน และคณะ. (2558). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซากริมฝั่งแม่น้ำยม. พิษณุโลก : มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ณัฐจิตตา เทวเลิศสกุล. (2559). แนวทางการพัฒนาผู้สูงอายุจากภาระให้เป็นพลัง กรณีศึกษาเทศบาลนครรังสิต. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยศิลปากร สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ. 9(1), 530.
- ธราธร ดวงแก้ว และหิรัญญา เดชอุดม. (2550). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษา ตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม. นครปฐม : มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.
- นิทรา กิจธิระวุฒิวงษ์ และคันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา. 11(1), 63-74.
- เนตรดาว จิตโสภาคกุล. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี, 6(3), 171-178.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2542). ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน.
- เบญจพร สว่างศรี. (2556). การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิชาการ มทร.สุวรรณภูมิ. 1(2), 128.
- เบญจมาศ ถาดแสง และคณะ. (2554). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม การจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธ์. (2553). สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว การพิมพ์.
- มนตรี ประเสริฐรุ่งเรือง. (2559). การสร้างทางเลือกในการพึ่งพาตนเองอย่างมีคุณค่าของผู้สูงอายุ รุ่นใหม่. วารสารประชากร. 4(2), 25 -45.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2561). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2560. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เดือนตุลา .
- รศรินทร์ เกรย์ และณัฐจิรา ทองเจริญพงศ์. (2555). ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. วารสารประชากร. 3(2), 45-63.
- รุ่งทิพาท สุขารมย์. (2557). การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

- วรรณวิมล เมฆวิมล. (2555). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสงคราม*. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา สถาบันวิจัยและพัฒนา.
- วาสนา สิทธิกัน. (2560). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบ้านโฮ้ง อำเภอบ้านโฮ้ง จังหวัดลำพูน (วิทยานิพนธ์สาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์)*. มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว. (2557). *พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตำหรุ อำเภอมืองชลบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์)*. มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2544). *สวัสดิการผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- _____. (2545). *การวิจัยทางสวัสดิการสังคม*. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิวลาภ สุขไพบุลย์วัฒน์. (2560). *บทบาทของผู้สูงอายุต่อความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจในประเทศไทย. วารสารศรีนครินทร์วิโรฒวิจัยและพัฒนา*. 9(17), 176-188.
- สถาปณิกรูปร่างชาติ. (2558). *รายงานวาระปฏิรูปที่ 30: การปฏิรูประบบเพื่อรองรับสังคมสูงวัย สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร ปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขาธิการสภาปฏิรูปแห่งชาติ*.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). *การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด วิ.เจ.พรินต์ติ้ง.
- สินีนุช หลวงพิทักษ์. (2558). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์)*. มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- สุพัชรินทร์ วัฒนกุล และคณะ. (2556). *โปรแกรมการเรียนรู้ในการจัดการตนเองเรื่องอาหารและการออกกำลังกายของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารพยาบาลสาธารณสุข*. 27(3), 19-28.
- สุรกุล เจนอบรม. (2541). *วิสัยทัศน์ ผู้สูงอายุและการศึกษานอกระบบสำหรับผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ : นิชินแอคเวอรี่ไทซ์กรุ๊ป.
- สุรพงษ์ มาลี. (2561). *สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย. วารสารข้าราชการ*. 60(4), 5-8.
- สุรพร เลี่ยนสลาย. (2557). *กระบวนการวิจัยสำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ. ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสถิติและการวิจัยด้านพัฒนาการมนุษย์และครอบครัว (หน่วยที่ 8 หน้า 59-73)*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

- สำนักกฎหมาย สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. (2560). *รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560*. สืบค้นจาก http://library.senate.go.th/document/Ext22984/22984829_0002.PDF.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี. (2560). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564)*. สืบค้นจาก https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=6422.
- สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 7)*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการ. องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- _____. (2549). *แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2556). *ชุดความรู้การดูแลตนเองและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ*.
- เอกภพ เอกสมทราเมษฐ์. (2560). การพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม. *เอกสารการประชุมวิชาการระดับชาติ ม.อ.ครั้งที่ 7 วิจัย ประจำปี 2560*. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตตรัง 21 เมษายน 2560, 43-52.
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). *Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. Patient Education and Counseling*, 48(2), 177-187.
- Barnett, M. (2009). Promoting self-management for patients with COPD. *Journal of Community Nursing*, 23(9), 4-10.
- Berman, L.H. Rebecca., Iris, A. Madelyn. 1998. Approaches to self-care in late life *Journal of Qualitative Health Research*. 8(2), 224-236.
- Burnette, D., Mui, A. C., & Zodikoff, B. D. (2004). *Gender, Self-Care and Functional Status Among Older Persons with Coronary Heart Disease: A National Perspective. Women & Health*, 39(1), 65-84.
- Clark et al. (1991) . *Self management of chronic disease by older adults: A review and questions for research journal of Aging and Health*, 3(1), 3-27.
- Clark, N. M. (2003). Management of chronic disease by patients. *Annual Review of Public Health*, 24(1), 289-313. doi: 10.1146/annurev.publhealth.24.100901.141021

- Cormier, S., Nurius, P. S., & Osborn, C. (2009). *Interviewing and change strategies for helpers: Fundamental skills and cognitive-behavioral interventions* (6th ed). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Creer, T. L. (2000). Self-management of chronic illness. In M. Doekaert (Ed.), *Handbook of self-regulation*, San Diego, California: Academic Print. (pp.601-629).
- Dill, A., Brown, P., Ciambone, D., & Rakowski, W. (1995). *The meaning and practice of self-care by older adults: A qualitative assessment. Research on Aging*, 17(1), 8-14.
- Edwardson, S. R., & Dean, K. (1999). Appropriateness of self-care responses to symptoms among elders: Identifying pathways of influence. *Research in Nursing and Health*, 22, 329 - 339.
- Kanfer, F. H., & Gaelick, L. (1986). Self-management methods. In F. Kanfer & A. Goldstein (Eds.), *Helping People Change: A Textbook of Methods* (3rd ed.) (pp. 283-345). New York: Pergamon Press.
- Leenert, M.H., Teel, C. S., & Pendleton, M. (2002). Building a model of self-care for health promotion in aging. *Journal of Nursing Scholarship*, 34, 355-361.
- Levin . (1976). Partial pictures as imagery-retrieval cues in young children's prose recall *Journal of Experimental Child Psychology* Volume 28, Issue 2, October 1979, Pages 268-279.
- Lorig K., & Holman H. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals Behavior Medicine* , 26, 1-7.
- _____. (1993). Arthritis self management studies: A twelve-year review. *Health Education Quarterly*, 20(1), 17-28.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: concepts of practice* (4th ed.). St. Louis: Mosby Year Book.
- Pender, N. (1996) *Health Promotion in Nursing Practice*. 3rd ed. Appleton & Lange, Stamford.
- Orem, D.E. (2001). *Nursing Concept of practice* 6th ed. St.Louis, MO: Mosby.
- Pender, N.J. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. (2nd ed.). New York : Appleton & Lange.

ภาคผนวก



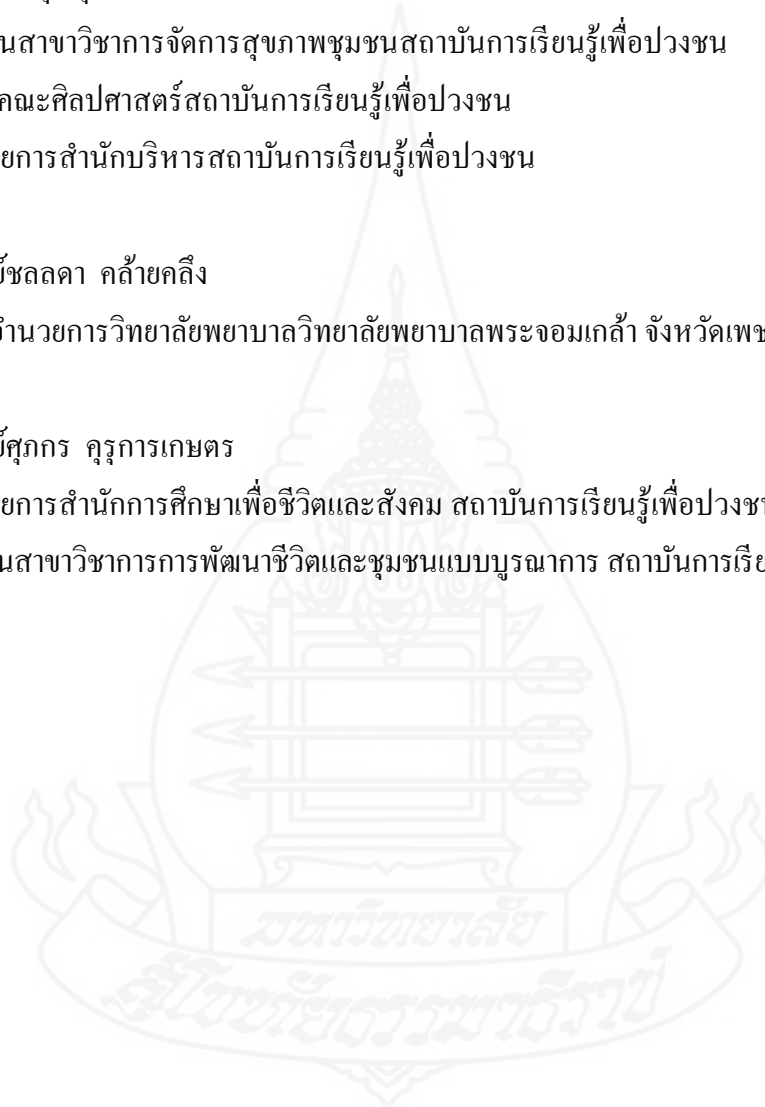
ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นายแพทย์พนัส พุกภัยสุนันท์
อดีตผู้ทรงคุณวุฒิกรมอนามัย
ประธานสาขาวิชาการจัดการสุขภาพชุมชนสถาบันการเรียนรู้เพื่อปวงชน
คณบดีคณะศิลปศาสตร์สถาบันการเรียนรู้เพื่อปวงชน
ผู้อำนวยการสำนักบริหารสถาบันการเรียนรู้เพื่อปวงชน
2. อาจารย์ชลลดา คล้ายคลัง
อดีตผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
3. อาจารย์ศุภกร กุรุการเกษตร
ผู้อำนวยการสำนักการศึกษาเพื่อชีวิตและสังคม สถาบันการเรียนรู้เพื่อปวงชน
ประธานสาขาวิชาการการพัฒนาชีวิตและชุมชนแบบบูรณาการ สถาบันการเรียนรู้เพื่อปวงชน



ภาคผนวก ข
แบบสัมภาษณ์





แบบสอบถาม

การวิจัยเรื่อง การจัดการชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

คำชี้แจง

1. แบบสัมภาษณ์ชุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม โดยได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
2. วัตถุประสงค์การวิจัย
 - 2.1 เพื่อศึกษาระดับการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม
 - 2.2 เพื่อเปรียบเทียบระดับการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน
3. แบบสัมภาษณ์นี้ แบ่งออกเป็น 2 ตอน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ภาวะสุขภาพ บทบาทหน้าที่ทางสังคม

ตอนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุด้านสุขภาพ ได้แก่ การจัดการชีวิตด้านการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ และการจัดการชีวิตด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ
4. โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () ในช่องว่าง และเพิ่มข้อความลงในช่องว่างของแต่ละคำถามตามที่ผู้สูงอายุให้คำตอบ
5. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะนำไปใช้สำหรับการศึกษาวิจัยและประโยชน์ในการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเท่านั้น

ผู้วิจัย

นางสาวกรรณิกา ปัญญาวงศ์
 นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

() ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ

7. บทบาทหน้าที่ทางสังคม

() ตำแหน่งฝ่ายปกครองท้องถิ่น เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สารวัตรกำนัน ผู้ทรงวุฒิ คณะกรรมการหมู่บ้าน เป็นต้น

() ตำแหน่งทางการเมืองท้องถิ่น เช่น นายองค์การบริหารส่วนจังหวัด สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนจังหวัด นายกเทศมนตรี สมาชิกสภาเทศบาล นายองค์การบริหารส่วนตำบล สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล เป็นต้น

() ตำแหน่งในกลุ่ม ชมรม หรือองค์กรในชุมชน เช่น ประธานชมรมผู้สูงอายุกรรมการชมรมผู้สูงอายุ ประธานสภาองค์กรชุมชน สมาชิกสภาองค์กรชุมชน กรรมการสภาวัฒนธรรมตำบล สมาชิกสภาเกษตรกร กรรมการกองทุนต่าง ๆ กรรมการกลุ่มอาชีพหรือวิสาหกิจชุมชน เป็นต้น

() ตำแหน่งอื่น ๆ เช่น แพทย์ประจำตำบล อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน จิตอาสา วิทยากร ประชาชนชาวบ้าน ครูภูมิปัญญา เป็นต้น

() ไม่มีตำแหน่ง

ตอนที่ 2 การจัดการชีวิตของผู้สูงอายุด้านสุขภาพ

คำชี้แจง

1. แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ การจัดการชีวิตด้านการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ และการจัดการชีวิตด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งหมด 40 ข้อ

2. โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ตอนที่ 2.1 การจัดการชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ในภาวะปกติ)

ข้อที่	ข้อความ	ระดับการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุ				
		ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ท่านรับประทานอาหารประเภทผัก ผลไม้หรือธัญพืชในปริมาณมากกว่า อาหารจำพวกเนื้อสัตว์					
2	ท่านรับประทานอาหารประเภท นึ่ง ต้ม ลวก หรืออบ					
3	ท่านรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ในแต่ละวัน					
4	ท่านดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอต่อร่างกาย คือ อย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว					
5	ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด					
6	ท่านไปรับวัคซีนป้องกันโรคตามการ ระบาดของโรค					
7	ท่านสามารถสังเกตอาการผิดปกติ หรือ แนวโน้มการเจ็บป่วยต่างๆได้ด้วยตนเอง					
8	ท่านทำกิจกรรมเพื่อยืดเส้นยืดสายหรือ ออกกำลังกายโดยการเดินเล่น รำมวยจีน วิ่งเหยาะ กายบริหาร หรือออกกำลังกาย อย่างอื่นอย่างน้อยครั้งละ 20-30 นาที					
9	ท่านออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ประมาณสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆละ 20-30 นาที					
10	นอกจากการออกกำลังกายท่านได้ทำ กิจกรรมอื่นๆที่ต้องใช้กำลังกาย เช่น ทำ สวน ปลูกต้นไม้ คายหญ้า ทำงานบ้าน					

ข้อที่	ข้อความ	ระดับการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุ				
		ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
11	ท่านได้พักผ่อนให้เพียงพอ คือ อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง					
12	ท่านนั่งสมาธิ สวดมนต์ ไหว้พระ เพื่อทำ จิตใจให้สงบ					
13	ท่านคิดว่าเมื่อเกิดปัญหา ต้องมีวิธีแก้ไข/ มีทางออกของปัญหาเสมอ					
14	ท่านยอมรับข้อเสียของตนเอง และ พยายามปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น					
15	ท่านใช้เวลาว่างในการทำงานอดิเรก เช่น ปลูกต้นไม้ อ่านหนังสือ ทำงานฝีมือ/ สิ่งประดิษฐ์ ฯลฯ					
16	ท่านมีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนรอบข้าง					
17	ท่านไปร่วมงาน/กิจกรรมต่างๆที่ชุมชน จัดขึ้น					
18	ในวันหยุด/วันสำคัญทางศาสนา ท่านจะ มีกิจกรรมร่วมกับครอบครัว เช่น ทำบุญ ท่องเที่ยว รับประทานอาหารนอกบ้าน หรือกิจกรรมนันทนาการด้านศิลปะ ดนตรี เกษตร เกมและกีฬา ประเพณี ท้องถิ่น					
19	ท่านได้พบปะพูดคุยกับคนอื่น ๆ ได้ อย่างมีความสุข					
20	ท่านใช้เวลาในชีวิตประจำวันอย่าง เหมาะสมและสมดุล (ทำงาน พักผ่อน นอนหลับ)					

ตอนที่ 2.2 การจัดการชีวิตด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ (ในภาวะที่เจ็บป่วย)

ข้อที่	ข้อความ	ระดับการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุ				
		ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ท่านวางแผนการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพตนเองในภาวะเจ็บป่วย					
2	ท่านรู้วิธีการรักษาตนเองเบื้องต้นหรือการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในภาวะเจ็บป่วย					
3	ท่านสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้โดยการหมั่นสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ และใช้อย่างเหมาะสม					
4	ท่านสามารถหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ					
5	ท่านไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามนัด หรือเมื่อมีอาการผิดปกติ					
6	ท่านปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือคำแนะนำของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
7	ท่านควบคุมการรับประทานอาหารเพื่อรักษาฟื้นฟูสุขภาพและป้องกันโรคแทรกซ้อน					
8	ท่านสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายด้วยการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยและอาการเจ็บป่วย					
9	ท่านสามารถทำงานอดิเรก หรือปรับการใช้ชีวิตประจำวันที่เหมาะสมกับวัยและอาการเจ็บป่วย					

ข้อที่	ข้อความ	ระดับการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุ				
		ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
10	ท่านสามารถรักษาสุขอนามัยตนเองได้ ในภาวะเจ็บป่วย เช่น การรักษาความ สะอาดของร่างกาย(อาบน้ำ สระผม ตัดเล็บ)					
11	ท่านสามารถควบคุมหรือรักษาน้ำหนัก ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนของโรค					
12	ท่านจัดสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้ เหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ความรุนแรงหรือภาวะแทรกซ้อนของ โรค					
13	ท่านสามารถใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ ในการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ เช่น ไม้ ค้ำยัน แว่นตากรองแสง เครื่องช่วยฟัง					
14	ท่านได้จัดสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่ เหมาะสมกับวัย เช่น มีราวบันได ที่ยึด จับในห้องน้ำ					
15	ท่านอาศัยอยู่ในชุมชนที่ไม่มีขยะมูลฝอย หรือมลพิษอื่น ๆ					
16	ท่านสามารถติดตามผลการรักษาและ ฟื้นฟูสุขภาพตนเอง เช่น บันทึกประวัติ การเจ็บป่วย บอกอาการผิดปกติได้ บอก อาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาได้					
17	ท่านสามารถปรับจิตใจได้เมื่อเจอกับ สถานการณ์ที่ยากลำบากในชีวิต เช่น การเจ็บป่วยด้วยโรคหรืออุบัติเหตุ					

ข้อที่	ข้อความ	ระดับการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุ				
		ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
18	ท่านสามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นได้เมื่อต้องการ เช่น เวลารับประทานอาหาร หรือไปพบแพทย์ หรือ เจ็บป่วยฉุกเฉิน					
19	ท่านสามารถริเริ่มความคิด หรือทำในสิ่งใหม่ๆ เพื่อการสร้างสุขในชีวิต					
20	ท่านสามารถสื่อสารพูดคุยและอยู่ร่วมกับคนในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข					

***** ขอขอบคุณทุกท่านที่กรุณาตอบแบบสัมภาษณ์ *****



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวกรรณิกา ปัญญาวงศ์
วัน เดือน ปีเกิด	9 ตุลาคม 2526
สถานที่เกิด	จังหวัดน่าน
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช พ.ศ. 2545 ปริญญาตรี คหกรรมศาสตรบัณฑิต (พัฒนาการเด็กและครอบครัว) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช พ.ศ. 2551 ปริญญาตรี สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ พ.ศ. 2554
สถานที่ทำงาน	สถาบันการเรียนรู้เพื่อปวงชน อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม
ตำแหน่ง	หัวหน้าฝ่ายประกันคุณภาพการศึกษา

