

พยากรณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
ตำบลสองพี่น้อง จังหวัดจันทบุรี

Predicting Self-Health Care Behaviors of Elderly People
in Songpeenong Subdistrict, Chanthaburi Province

วิทมา ธรรมเจริญ* และนิตาศันย์ เจริญงาม

ภาควิชาสถิติ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี ตำบลท่าช้าง อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี 22000

Wittama Thumcharoen* and Nitasanee Chalernngam

Department of Statistics, Faculty of Science and Technology,

Rambhai Barni Rajabhat University, Tachang, Muang, Chanthaburi 22000

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และสร้างสมการพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลสองพี่น้อง อำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี ใช้การสุ่มตัวอย่างโดยอาศัยความน่าจะเป็นแบบสองขั้น (two-stage sampling) ได้ตัวอย่างผู้สูงอายุที่ใช้ในการศึกษาจำนวน 276 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสัมภาษณ์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ (1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และ (2) สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณโดยวิธีขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมาก ($\bar{X} = 3.91$, $S.D. = 0.393$) และเมื่อวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise) พบว่าปัจจัยทั้ง 5 ซึ่งประกอบด้วยความสมบูรณ์ทางจิต (Z_1) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Z_2) ความสมบูรณ์ทางกาย (Z_3) การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Z_4) แหล่งที่มาของรายได้มาจากบุตร/หลาน (Z_5) สามารถอธิบายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 46.70 (adjusted R square) เมื่อกำหนดให้ \hat{Z} คือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ สามารถสร้างสมการพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้ $\hat{Z} = 0.631Z_1 + 0.577Z_2 + 0.606Z_3 + 0.618Z_4 - 0.520Z_5$

คำสำคัญ : พยากรณ์; พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง; ผู้สูงอายุ

Abstract

This research aimed to study the self-health care behaviors of elderly people and to construct predictive equation for self-health care behaviors of the elders in Songpeenong subdistrict,

Thamai district, Chanthaburi province. The two-stage sampling was used with a sample of 276 elderly people by interview. The descriptive statistics, including percentage, mean, standard deviation and Pearson’s correlation, also the inferential statistics including stepwise multiple regression analysis were used as analytical statistics. The results showed that the self-health care behaviors of the elders were at good level ($\bar{X} = 3.91, S.D. = 0.393$). The five related variables included mental integrity (Z_1), information support (Z_2), physical integrity (Z_3), tangible support (Z_4) and income support from descendants (Z_5) could explain the self-health care behaviors of elderly people at 46.7 percent. When assigning \hat{Z} as the self-health care behaviors of the elderly people, it could construct predictive equation for self-health care behaviors of the elders as the model shown: $\hat{Z} = 0.631Z_1 + 0.577Z_2 + 0.606Z_3 + 0.618Z_4 - 0.520Z_5$.

Keywords: predicting; self-health care behavior; elder

1. บทนำ

สังคมสูงอายุ คือ สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกัน ในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 10 ขึ้นไป ซึ่งประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ เนื่องจากจำนวนและอัตราส่วนของผู้สูงอายุต่อประชากร 100 คน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องภายในระยะเวลา 20 ปี พบว่าผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 2.1 เท่า จากปี พ.ศ. 2537-2557 ดังรูปที่ 1 [1]



รูปที่ 1 จำนวนและอัตราส่วนของผู้สูงอายุต่อประชากร 100 คน ปี พ.ศ. 2537-2557

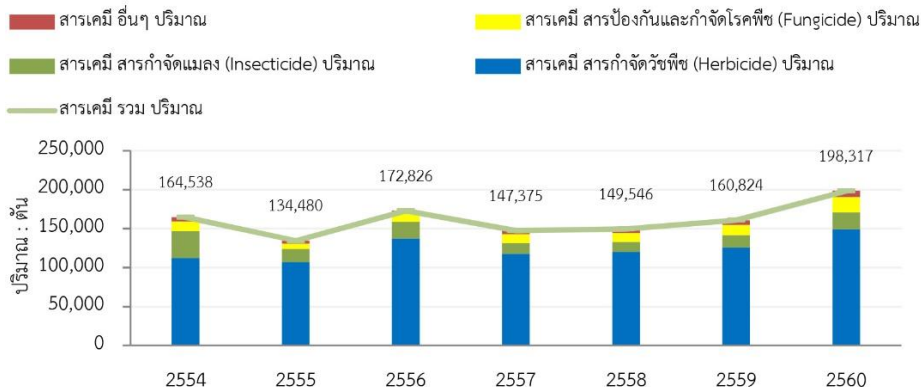
วัยผู้สูงอายุนั้นเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงและเสื่อมถอยทุกด้าน [2] ทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ แม้ว่าความชราจะไม่ใช้โรค แต่เป็นความต่อเนื่องของ

ชีวิตที่ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง เช่น กระดูกเปราะบางลง การทำงานของต่อมไร้ท่อลดลง กล้ามเนื้อลดลง มีภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้น [3] จากการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุไทยของสำนักงานสถิติแห่งชาติ รายงานว่า 3 ใน 4 ของผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวหลายโรค โดยโรคที่พบมาก คือ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ อัมพฤกษ์ อัมพาต หลอดเลือดในสมองตีบ และโรคมะเร็ง ตามลำดับ จากข้อมูลยังพบว่าโดยรวมผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีมากและสุขภาพดีคิดเป็นร้อยละ 45.7 และมีสุขภาพปานกลาง สุขภาพไม่ดี และสุขภาพไม่ดีมาก ๆ คิดเป็นร้อยละ 54.3 [1] ซึ่งจะเห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพปานกลางจนถึงไม่ดีมาก ๆ พบมากกว่าครึ่ง และปัจจุบันภาวะเศรษฐกิจและสภาพสังคมได้เปลี่ยนแปลงไป บุตรหลานส่วนใหญ่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุเหมือนสมัยก่อน ทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง จำเป็นต้องดูแลตนเองในทุก ๆ ด้าน ซึ่งถ้าผู้สูงอายุขาดการตระหนักในคุณค่าของการมีสุขภาพแข็งแรง ขาดการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง จะก่อให้เกิด

ปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยตามมา [4] ปრაกฏการณ์สังคมสูงอายุที่เกิดขึ้นลักษณะนี้ส่งผลกระทบต่อระบบของหน่วยงานทั้งภาครัฐ และเอกชนในการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับเกี่ยวกับการคุ้มครองส่งเสริม และสนับสนุนสถานภาพ บทบาท และกิจกรรมของผู้สูงอายุ ซึ่งประเทศไทยนั้นจะก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2568 และกลายเป็นผู้สูงอายุที่ยาวอดในอีกทศวรรษต่อมา [5] ดังนั้นหน่วยงานต่าง ๆ เช่น กรมกิจการผู้สูงอายุจึงได้กำหนดทิศทางกลยุทธ์มุ่งเน้นให้การขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุเป็นไปอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้เพื่อรับมือกับการเป็นสังคมผู้สูงอายุใน 3 ด้านหนึ่งในนั้น คือ การเสริมสร้างสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ จัดระบบสาธารณสุขให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปใช้บริการอย่างสะดวกและง่ายขึ้น [6] ทั้งนี้ พลตำรวจเอกอดุลย์ แสงสิงแก้ว (รมว.พม.) ได้ลงพื้นที่ ณ จังหวัดจันทบุรี ในวันที่ 5 ตุลาคม 2560 ที่ผ่านมา เนื่องจากเป็นจังหวัดที่มีความท้าทายต่อการดำเนินภารกิจของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยเฉพาะการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ โดยได้ดำเนินงานโครงการสำคัญ อาทิ (1) การส่งมอบบ้านโครงการซ่อมบ้านผู้สูงอายุ (2) การมอบเงินสงเคราะห์ผู้สูงอายุยากลำบาก และได้มอบหมายภารกิจให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดจันทบุรี

และทุกหน่วยงานในพื้นที่ให้ความร่วมมือในการบูรณาการการทำงานในพื้นที่อย่างจริงจัง [7] อย่างไรก็ตามองค์การอนามัยโลกได้ระบุเกี่ยวกับกระบวนการดูแลสุขภาพตนเองเป็นวิธีการหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน สอดคล้องกับแนวคิดของ สุรเกียรติ [8] ที่ได้ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองว่าแม้จะสร้างสถานบริการของรัฐให้ครอบคลุมเพียงใด แต่ถ้าประชาชนไม่มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง การส่งเสริมสุขภาพตนเอง ก็จะไม่เกิดประโยชน์เท่าที่ควร

ภาคตะวันออกของไทยเป็นแหล่งผลิตผลไม้ส่งออกและผลผลิตทางการเกษตรที่สำคัญ โดยจังหวัดจันทบุรีเป็นแหล่งปลูกและส่งออกผลไม้มากเป็นอันดับต้น ๆ ของภาคตะวันออก ซึ่งราชาผลไม้ที่มีชื่อเสียงของจังหวัดจันทบุรี คือ ทุเรียนนั่นเอง จากข้อมูลพบว่าพื้นที่การปลูกทุเรียนของจังหวัดจันทบุรีเริ่มลดลงรวมไปถึงผลผลิตของทุเรียนที่ลดลงตามไปด้วย [9] เนื่องจากระบาดของศัตรูพืชที่สำคัญ เช่น หนอนเจาะลำต้นทุเรียน และโรครากเน่าโคนเน่า [10] และเพื่อให้สามารถหยุดโรคต่าง ๆ ได้รวดเร็ว เกษตรกรจึงหันมาใช้สารเคมีเพื่อกำจัดศัตรูพืช และยาบำรุงต้น จากข้อมูลปริมาณและมูลค่าการนำเข้าสารกำจัดศัตรูพืช พบว่ามีแนวโน้มปริมาณการสั่งและมูลค่าการนำเข้าสารกำจัดศัตรูพืชที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง [11] ดังรูปที่ 2



รูปที่ 2 ปริมาณการนำเข้าวัตถุอันตรายทางการเกษตรปี พ.ศ. 2554-2560

ตารางที่ 1 10 อันดับจังหวัดที่มีอุบัติการณ์สูงสุด (ปี พ.ศ. 2552) ตามตัวเลขผู้ป่วยใน

อันดับ	จังหวัด	จำนวนผู้ที่มีหลักประกันสุขภาพ	ผู้ป่วย	อัตราต่อ 100,000
1	จันทบุรี	408,555	215	52.624
2	อุทัยธานี	255,710	123	48.101
3	อ่างทอง	197,461	93	47.098
4	สุพรรณบุรี	669,381	304	45.415
5	ตาก	431,886	194	44.919
6	ชัยนาท	255,429	108	42.282
7	พิจิตร	421,665	176	41.739
8	ระยอง	472,128	196	41.514
9	กำแพงเพชร	559,950	215	38.396
10	แม่ฮ่องสอน	206,505	76	36.803

ปริมาณการนำเข้าวัตถุดิบตรงทางเกษตรที่เพิ่มอย่างต่อเนื่องนั้น ทำให้จังหวัดจันทบุรีเป็นจังหวัดที่มีอุบัติการณ์เจ็บป่วยด้วยโรคจากสารกำจัดศัตรูพืชสูงที่สุดในปี พ.ศ. 2552 เมื่อเปรียบเทียบกับจังหวัดอื่น ๆ โดยการจัดเรียงตามอุบัติการณ์จากมากไปน้อย [12] ดังตารางที่ 1

อำเภอท่าใหม่เป็นแหล่งผลิตทุเรียนที่สำคัญของจังหวัดจันทบุรี โดยมีพื้นที่ปลูกมากที่สุดถึง 74,921 ไร่ [9] นอกจากนี้อำเภอท่าใหม่ยังมีจำนวนผู้สูงอายุมากเป็นลำดับ 2 ของจังหวัดจันทบุรี [13] ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรมจึงมีโอกาสสัมผัสหรือสูดดมกับสารเคมีได้ง่ายและส่งผลเสียต่อสุขภาพโดยตรง ด้วยเหตุผลดังกล่าว เพื่อสนองนโยบายของรัฐและศึกษาว่าหลังจากมีโครงการหรือนโยบายต่าง ๆ ออกมาแล้วพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นอย่างไร ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และสร้างสมการพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยข้อมูลที่ได้สามารถนำไปกำหนดทิศทางเพื่อส่งเสริม

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และเป็นข้อมูลเพื่อใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุในตำบลสองพี่น้อง จังหวัดจันทบุรี และผู้สูงอายุในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป

2. วัตถุประสงค์

2.1 ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลสองพี่น้อง อำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี

2.2 สร้างสมการพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลสองพี่น้อง อำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี

3. การตรวจเอกสารและกรอบแนวคิดของการวิจัย

ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาดังนี้

3.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา จิตใจ อารมณ์ และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม โดยแบ่งผู้สูงอายุตามอายุและสภาวะสุขภาพเป็น 3 กลุ่ม คือ (1) อายุ 60-70 ปี กลุ่มผู้สูงอายุระดับต้น (the young-old) เป็นกลุ่มที่มีสภาวะทางกายภาพและสรีรวิทยาเริ่มเปลี่ยนแปลงไม่มาก ทำให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้เป็นส่วนใหญ่ (2) อายุ 71-80 ปี กลุ่มผู้สูงอายุระดับกลาง (the middle-old) เป็นกลุ่มที่สภาวะทางกายภาพและสรีรวิทยาเปลี่ยนแปลงแล้วเป็นส่วนใหญ่ ทำให้การช่วยเหลือตนเองบกพร่อง เริ่มต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่งบางอย่าง และ (3) อายุ 81 ปีขึ้นไป กลุ่มผู้สูงอายุระดับปลาย (the old-old) เป็นกลุ่มที่สภาวะทางกายภาพและสรีรวิทยาเปลี่ยนแปลงไปอย่างชัดเจน บางคนมีความพิการ บางคนช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ ส่วนคนที่ช่วยเหลือตนเองได้มีเพียงเล็กน้อย [14]

3.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

3.2.1 ปัจจัยร่วม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ โรคประจำตัว รายได้เฉลี่ยต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ และลักษณะครอบครัว ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (1) เพศ เป็นปัจจัยที่กำหนดบทบาท สรีระ และบุคลิกภาพของผู้สูงอายุ เมื่อบทบาทต่างกันจะส่งผลให้พฤติกรรมแตกต่างกัน ดังนั้นความแตกต่างทางด้านเพศ มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ [15] สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศุภวรินทร์ ที่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [16] (2) อายุ มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เนื่องจากอายุมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ การตีความ การตัดสินใจ และการกำหนดความต้องการ รวมถึงการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ [17] สอดคล้องกับ

ผลงานวิจัยของ สุขเกษม [18] ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับงานวิจัย ศุภวรินทร์ [16] (3) ระดับการศึกษา ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้และสามารถเรียนรู้ในเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง จึงทำให้การศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศุภวรินทร์ ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (4) อาชีพ เนื่องจากแต่ละอาชีพมีความเสี่ยงต่อสุขภาพที่แตกต่างกัน เช่น เกษตรกรมีความเสี่ยงในเรื่องสารเคมีมากกว่าอาชีพอื่น ๆ ดังนั้นอาชีพจึงเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศุภวรินทร์ ที่พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (5) สถานภาพ การมีเพื่อนคู่คิดหรือคู่สมรสทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกปลอดภัย มีความมั่นคงทางอารมณ์ ซึ่งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองได้ดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศุภวรินทร์ ที่พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (6) โรคประจำตัว เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง เนื่องจากเมื่อผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว แพทย์จะนัดเพื่อตรวจดูอาการเป็นระยะหรืออย่างต่อเนื่อง ทำให้มีโอกาสได้พูดคุยเรื่องการดูแลตนเองได้มากขึ้น และส่งผลให้มีความรู้ในเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง (7) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เนื่องจากรายได้เป็นปัจจัยทางเศรษฐกิจที่จะเอื้อให้ผู้สูงอายุได้รับประทานอาหารที่เพียงพอ รวมถึงสามารถมีสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็น สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศุภวรินทร์ ที่พบว่ารายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (8) แหล่งที่มาของรายได้ การที่ผู้สูงอายุได้รับความ

ช่วยเหลือทางการเงินหรือสิ่งของ จะทำให้รู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองมีคุณค่า มีความสำคัญต่อครอบครัว และเอื้อให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับแนวคิดของ ชนิษฐา [19] และ (9) ลักษณะครอบครัว สภาพสังคมที่เปลี่ยนไป ทำให้ผู้สูงอายุในปัจจุบันมีลักษณะครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ความสัมพันธ์ในครอบครัวจึงลดลง บทบาทหน้าที่เกี่ยวกับการให้คำปรึกษา การอบรมสั่งสอนบุตรหลานลดน้อยลง ผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพัง ทำให้รู้สึกว่าตนเองโดดเดี่ยว หรือรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองลดน้อยลง และส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับแนวคิดของ สัญญา [20]

3.3 ภาวะสุขภาพ

ศาสตราจารย์ นพ.ประเวศ วะสี ได้กล่าวถึงสุขภาพ ในลักษณะของสุขภาพะ ซึ่งมีการเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพะทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ซึ่งคือ (1) ทางกาย ได้แก่ การมีร่างกายที่สมบูรณ์ แข็งแรง มีความต้านทานโรคดี ปราศจากโรคและความทุพพลภาพ ปลอดภัย ปลอดภัย การมีปัจจัย 4 (2) จิต ได้แก่ มีจิตใจที่สดชื่น แจ่มใส มีสติควบคุมอารมณ์ได้ รวมถึงสามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ (3) ปัญญา ได้แก่ รู้รอบ รู้เท่าทัน ทำเป็น อยู่ร่วมกันเป็น และ (4) สังคม ได้แก่ สามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์และสังคมที่เปลี่ยนแปลง มีครอบครัวอบอุ่น สังคมเข้มแข็ง สังคมยุติธรรม และสังคมสันติสุข [21] ทั้งนี้ปัจจัยทั้ง 4 ด้าน ต้องเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล [22] ซึ่งภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ [23]

3.4 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือทางการเงิน แรงงาน หรือสิ่งของ ตลอดจนได้รับข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ และการประเมินตนเองจากบุคคลอื่น ซึ่งอยู่ใกล้ชิด หรืออยู่ในสังคมของตน เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อน ญาติพี่น้อง

หรือบุคลากรทางสุขภาพคนใดคนหนึ่ง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ทำให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ซึ่งในการดำเนินชีวิตนั้น ต้องมีการติดต่อกับผู้อื่น เช่น ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน บุตรหลาน ฯลฯ ที่จะทำให้การสนับสนุนในด้านต่าง ๆ และโดยส่วนใหญ่แนวคิดในการแบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมมีความคล้ายคลึงกัน โดยแบ่งเป็นการสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ ซึ่งใกล้เคียงกับแนวคิดของ Tiden ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Tiden เป็นหลักในการศึกษาซึ่งแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ [24]

3.4.1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotion support) หมายถึง ความรักใคร่ ความใกล้ชิด การให้ความมั่นใจ การเอาใจใส่ การยอมรับ ซึ่งจะนำไปสู่ความรู้สึกว่าตนเป็นที่รักและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

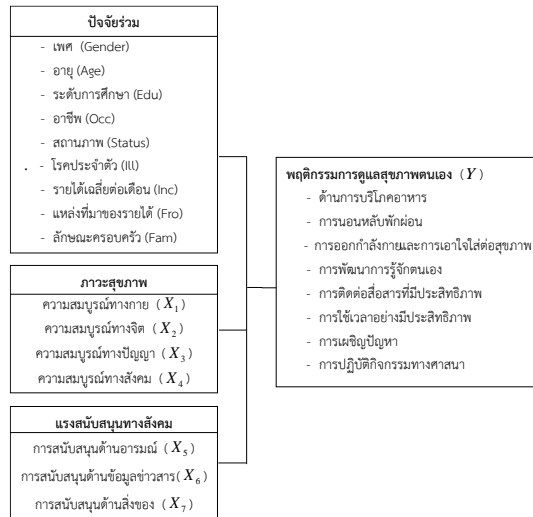
3.4.2 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) หมายถึง การให้คำแนะนำที่สามารถทำให้ผู้สูงอายุแก้ปัญหาได้ หรือการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการกระทำของผู้สูงอายุ

3.4.3 การสนับสนุนด้านสิ่งของ (tangible support) หมายถึง การให้ความช่วยเหลือโดยตรงด้วยการให้สิ่งของ เวลา เงินทอง หรือบริการ เป็นต้น

3.5 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิตและสวัสดิภาพของตนเอง และปฏิบัติเป็นประจำจนติดเป็นนิสัย ทั้งในภาวะปกติและในภาวะเจ็บป่วย เพื่อให้สุขภาพอนามัยของตนสมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ ซึ่งในงานวิจัยนี้จะแบ่งพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เป็น 8 ด้านหลัก คือ (1) ด้านการบริโภคอาหาร

เช่น ควรรับประทานอาหารให้เพียงพอกับความต้องการทานอาหารครบ 3 มื้อ บริโภคอาหารให้ครบ 5 หมู่ และควรเป็นอาหารที่ย่อยง่ายหรืออยู่ในรูปอาหารอ่อน เพราะผู้สูงอายุจะมีปัญหาในการบดเคี้ยวอาหาร การย่อย และการดูดซึม การดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว รับประทานอาหารที่มีแคลเซียม และอาหารจำพวกธัญพืช [18] (2) การนอนหลับพักผ่อน เป็นการจัดการด้านร่างกาย การจัดการด้านจิตใจและอารมณ์ และการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ การทำจิตใจให้สงบ [25] (3) การออกกำลังกายและการเอาใจใส่ต่อสุขภาพ เช่น มีการอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกาย ออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง [26] (4) การพัฒนาการรู้จักตนเอง เป็นกระบวนการในการทำความเข้าใจกับความเชื่อ ความคิดของตน ซึ่งสามารถพัฒนา ผู้สูงอายุที่รู้จักตนเองจะสามารถเผชิญกับปัญหา มีความมุ่งมั่นที่จะพยายามหาทางเผชิญปัญหา แก้ไขปัญหา มีจิตใจที่เข้มแข็ง (5) การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เป็นการทำความเข้าใจกับสิ่งที่ต้องการจะสื่อว่าจะสื่ออะไรกับใคร โดยเลือกว่าจะสื่อโดยวาจาหรือท่าทาง เพื่อให้ชัดเจนที่สุด และช่วยให้สร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ (6) การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ คือ การบริหารเวลาอย่างสมดุลทั้งกิจกรรมในการทำงาน และกิจกรรมเพื่อสภาพจิตใจของตนเอง ซึ่งผู้สูงอายุที่สามารถแบ่งเวลาได้เหมาะสม จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมในบ้าน เช่น การรับประทานอาหารกับครอบครัวทำให้ผู้สูงอายุได้พักผ่อน [27] (7) การเผชิญปัญหา คือ ความสามารถของผู้สูงอายุในการแก้ไขปัญหา โดยอาศัยกระบวนการ การหาสาเหตุ การหาวิธีการแก้ไขในส่วนที่แก้ไขได้ และ (8) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ เป็นความเชื่อ ความศรัทธา จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สามารถสร้างกรอบแนวคิดของการวิจัยดังรูปที่ 3



รูปที่ 3 กรอบแนวคิดของการวิจัย (conceptual framework)

4. วิธีการวิจัย

4.1 ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุในตำบลสองพี่น้อง อำเภอบางขัน จังหวัดจันทบุรี จำนวน 1,299 คน [28]

4.2 ขนาดตัวอย่าง

การหาขนาดตัวอย่างจากข้อมูลซึ่งทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน จึงคำนวณขนาดตัวอย่าง

จากสูตร
$$n = \frac{NZ^2 pq}{e^2(N-1) + Z^2 pq}$$
 โดยที่ n คือ ขนาด

ตัวอย่าง; N คือ ขนาดประชากร; Z คือ ระดับความเชื่อมั่นหรือระดับนัยสำคัญทางสถิติ; p คือ สัดส่วนพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง 65 % ซึ่งได้จากการวิจัยพฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตลาดกระบัง [16]; $q = 1 - p = 1 - 0.65 = 0.35$; e คือ ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง

โดยผู้วิจัยได้กำหนดให้ความคลาดเคลื่อน (e) มีค่าไม่เกิน 0.05 ด้วยระดับความเชื่อมั่น 95 % และ

$z_{0.025}$ เท่ากับ 1.96

$$n = \frac{NZ^2 pq}{e^2(N-1) + Z^2 pq}$$

$$= \frac{1,299 \times (1.96)^2 \times 0.65 \times 0.35}{((0.05)^2 \times (1,299 - 1)) + ((1.96)^2 \times 0.65 \times 0.35)}$$

$$= 276$$

ดังนั้นผู้สูงอายุที่ใช้ในการศึกษาจำนวน 276 คน

4.3 การสุ่มตัวอย่าง

จำนวนผู้สูงอายุที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้จากการสุ่มตัวอย่าง โดยใช้ความน่าจะเป็นแบบสองขั้น (two stage sampling)

4.3.1 สุ่มหมู่บ้านในตำบลสองพี่น้อง ประมาณ 50 % ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จำนวน 9 หมู่บ้าน ด้วยวิธีจับฉลาก ได้บ้านลี้ บ้านแถว บ้านเขาน้อย บ้านสามผาน บ้านชำมะปริง บ้านหนองป่าหมาก บ้านชำปลาไหล บ้านวังเวียน และบ้านหนองหงษ์

4.3.2 สุ่มผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้านด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยวิธีจับฉลาก โดยสุ่มผู้สูงอายุจากแต่ละหมู่บ้าน โดยใช้วิธีการจัดสรรให้เป็นสัดส่วนกับขนาดประชากร (allocation proportional to size) ได้ขนาดตัวอย่าง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจำแนกตามหมู่บ้านในตำบลสองพี่น้อง

หมู่ที่	ชื่อหมู่บ้าน	ประชากรผู้สูงอายุ (N)			ตัวอย่างผู้สูงอายุ (n)			ตัวอย่างรวม (n)
		60-70 ปี	71-80 ปี	81 ปีขึ้นไป	60-70 ปี	71-80 ปี	81 ปีขึ้นไป	
1	ลี้	78	44	28	30	17	11	58
3	แถว	61	27	10	24	10	4	38
4	เขาน้อย	20	10	10	8	4	4	16
5	สามผาน	55	15	18	21	6	7	34
6	ชำมะปริง	44	9	8	17	4	3	24
7	หนองป่าหมาก	31	6	15	12	2	6	20
12	ชำปลาไหล	77	21	24	30	8	9	47
13	วังเวียน	31	15	7	12	6	3	21
14	หนองหงษ์	18	12	16	7	5	6	18
	รวม	415	159	136	161	62	53	276

4.4 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

4.4.1 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสัมภาษณ์ (interview) โดยใช้การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (structured interview) ทั้งนี้ผู้สัมภาษณ์จะอธิบายชื่อ

เรื่อง วัตถุประสงค์ของงานวิจัย พร้อมทั้งอ่านข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์ในแต่ละส่วนให้ผู้สูงอายุฟัง และให้ตอบคำถาม

4.4.2 การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

(1) การตรวจสอบหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยตรวจสอบหาค่าความเที่ยงตรงเชิง

เนื้อหา (content validity) โดยนำแบบสัมภาษณ์ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหา จากนั้นนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ (index of item-objective congruence, IOC) เกณฑ์การตัดสินค่า IOC คือ ถ้ามีค่าตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป แสดงว่าข้อคำถามนั้นวัดได้ตรงจุดประสงค์ หรือตรงตามเนื้อหานั้น ซึ่งผลการหาค่าดัชนีพบว่ามีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

(2) การทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ (tryout) เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับกลุ่มเป้าหมายจำนวน 50 คน แล้วหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยวิธีการคำนวณด้วยสูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค (Cronbach's alpha) พบว่าค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ มีรายละเอียดดังตารางที่ 3 โดยเกณฑ์การยอมรับอยู่ที่ 0.7 ขึ้นไป [29] ดังนั้นคำตอบของแต่ละข้อคำถามมีความสอดคล้องกัน

การวิจัยนี้ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เพื่อพรรณนาคุณลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง ได้แก่ ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) และใช้สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) ได้แก่ multiple regression analysis แบบ ขั้นตอน (stepwise)

4.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

4.5.1 การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์การถดถอย มี 4 ข้อ

(1) ค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0 เงื่อนไขข้อนี้เป็นจริงเสมอ เนื่องจากในการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย ในสมการถดถอย

เชิงเส้นนั้นใช้วิธีกำลังสองน้อยที่สุด (least square error) ทำให้ผลบวกกำลังสองของความคลาดเคลื่อนแต่ละตัวมีค่าน้อยที่สุดหรือเท่ากับ 0 ดังนั้นค่าคาดหวังหรือค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนจึงเท่ากับ 0

ตารางที่ 3 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์เมื่อคำนวณด้วยสูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค (Cronbach's alpha)

แบบสัมภาษณ์	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค
ภาวะสุขภาพ	
ความสมบูรณ์ทางกาย (X_1)	0.80
ความสมบูรณ์ทางจิต (X_2)	0.80
ความสมบูรณ์ทางปัญญา (X_3)	0.83
ความสมบูรณ์ทางสังคม (X_4)	0.78
แรงสนับสนุนทางสังคม	
การสนับสนุนทางอารมณ์ (X_5)	0.77
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (X_6)	0.78
การสนับสนุนด้านสิ่งของ (X_7)	0.79
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง (Y)	0.90

(2) ค่าคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติจากการทดสอบพบว่าค่าคลาดเคลื่อนเบ้ซ้าย ไม่เป็นไปตามเงื่อนไข เพื่อให้การแจกแจงใกล้เคียงการแจกแจงปกติ จึงแปลงข้อมูล $Y = Y^3$ ได้ค่า skewness = -0.120 ค่าสถิติ (Komogorov-Smirnov) = 0.046, df = 276 และ Sig. = 0.200 จึงสรุปว่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติ

(3) ค่าคลาดเคลื่อนเป็นอิสระกัน ค่าสถิติที่ใช้ในการทดสอบความเป็นอิสระกัน คือ Durbin-Watson มีค่าเท่ากับ 2.142 ซึ่งค่าเข้าใกล้ 2 แสดงว่าความคลาดเคลื่อนแต่ละค่าเป็นอิสระกัน

(4) ค่าแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนครั้งที่ทุกค่าของ X เมื่อพล็อตกราฟระหว่าง ZRESID กับ ZPRED พบว่าค่า e_i กระจายอยู่รอบ ๆ ค่า 0 ไม่ว่า \hat{Y} จะเปลี่ยนแปลงไปก็ตาม แสดงว่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนครั้งที่

4.5.2 เงื่อนไขการใช้การวิเคราะห์ความ

ถดถอย

(1) ตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ต้องเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ ในกรณีที่มีตัวแปรเชิงกลุ่มจะต้องทำเป็นตัวแปรเทียมหรือตัวแปรดัมมี่ มีรายละเอียดดังตารางที่ 4

(2) ตัวแปรตามมีการแจกแจงปกติ ได้ค่า skewness = -0.265 ค่าสถิติ (Komogorov-

Smirnov) = 0.042, df = 276 และ Sig. = 0.200 จึงสรุปว่าตัวแปรตามมีการแจกแจงปกติ

(3) ตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ กล่าวคือ ตัวแปรอิสระต้องเป็นอิสระกัน โดย (1) อัตราความแปรปรวนเพื่อ (variance inflation factor, VIF) $VIF = 1/\text{tolerance}$ และเกณฑ์ในการพิจารณาค่า คือ $VIF < 5.3$ แสดงว่าไม่มีปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงพหุ [29] ซึ่งผลการศึกษาพบว่า VIF มีค่าต่ำสุดและสูงสุด คือ 1.042 และ 1.679 ซึ่งถือว่าค่อนข้างน้อยและอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด และ (2) ค่าความทนหรือความคลาดเคลื่อนยินยอม (tolerance) หมายถึง ความแปรปรวนในตัวแปรทำนายแต่ละตัวที่ไม่สามารถอธิบายด้วยตัวแปรทำนายอื่น ๆ จำนวนได้

ตารางที่ 4 ตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม

ตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม		
Male = เพศชาย	เพศหญิง เป็นกลุ่มอ้างอิง	
Age = อายุ		
Edu1 = การศึกษาระดับประถมศึกษา	Edu2 = การศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช.	Edu3 = การศึกษาระดับอนุปริญญา/ปวส.
Edu4 = การศึกษาระดับปริญญาตรี	ไม่ได้เรียน เป็นกลุ่มอ้างอิง	
Occ1 = อาชีพข้าราชการบำนาญ	Occ2 = อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	Occ3 = อาชีพรับจ้าง
Occ4 = อาชีพเกษตรกรและยังคงทำงาน	Occ5 = อาชีพเกษตรกร แต่ให้ผู้อื่นทำ	ว่างงาน/ไม่ได้ทำงาน เป็นกลุ่มอ้างอิง
Status = โสด สมรส	หม้าย หย่า แยกกันอยู่ เป็นกลุ่มอ้างอิง	
Ill = ไม่มีโรคประจำตัว	มีโรคประจำตัว เป็นกลุ่มอ้างอิง	
Inc1 = รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท	Inc2 = รายได้ 5,000-10,000 บาท	Inc3 = รายได้ 10,001-20,000 บาท
Inc4 = รายได้ 20,001-30,000 บาท	Inc5 = รายได้มากกว่า 30,000 บาท	ไม่มีรายได้ เป็นกลุ่มอ้างอิง
Fro1 = รายได้มาจากบุตร/หลาน	Fro2 = รายได้มาจากคู่สมรส	Fro3 = รายได้มาจากญาติพี่น้อง
Fro4 = รายได้จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	รายได้จากบำนาญ/อาชีพที่ทำ เป็นกลุ่มอ้างอิง	
Fam1 = เป็นครอบครัวเดี่ยว	Fam2 = เป็นครอบครัวขยาย	อยู่คนเดียว เป็นกลุ่มอ้างอิง
X_1 = ความสมบูรณ์ทางกาย (Interval scale)	X_2 = ความสมบูรณ์ทางจิต (Interval scale)	
X_3 = ความสมบูรณ์ทางปัญญา (Interval scale)	X_4 = ความสมบูรณ์ทางสังคม (Interval scale)	
X_5 = การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Interval scale)	X_6 = การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Interval scale)	
X_7 = การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Interval scale)		
Y = พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (Interval scale)		

ได้จากสูตร tolerance = เกณฑ์ในการพิจารณา คือ ค่าความทน > 0.19 แสดงว่าไม่มีปัญหาภาวะร่วม เส้นตรงพหุ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าค่า tolerance ทุกค่าเกิน 0.19 แสดงว่าไม่มีปัญหาดังกล่าว

4.5.3 สรุปปัจจัยร่วมหรือคุณลักษณะของตัวอย่าง

ผู้สูงอายุที่เป็นตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ส่วนใหญ่อาศัยอยู่บ้านลี้ว (ม.1) คิดเป็นร้อยละ 21.00 รองลงมาอาศัยอยู่บ้านข่าปลาไหล (ม.12) และบ้านแถว (ม.3) คิดเป็นร้อยละ 17.00 และ 13.80 ตามลำดับ โดยเป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 62.00 มีอายุระหว่าง 60-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 58.30 รองลงมามีอายุระหว่าง 71-80 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.20 โดยเป็นผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 87.70 รองลงมามีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. และไม่ได้เรียน คิดเป็นร้อยละ 8.30 และ 2.20 ตามลำดับ ด้านอาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรและยังคงทำงานคิดเป็นร้อยละ 55.40 รองลงมา คือ ว่างานไม่ได้ทำงานคิดเป็นร้อยละ 15.60 ด้านสถานภาพพบว่าส่วนใหญ่สมรสแล้วคิดเป็นร้อยละ 56.20 รองลงมา คือ เป็นหม้ายคิดเป็นร้อยละ 25.00

และมีโรคประจำตัวถึงร้อยละ 68.10 ส่วนโรคที่เป็นพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 46.01 รองลงมา คือ เป็นโรคเบาหวานและโรคไขมันในเส้นเลือดสูงคิดเป็นร้อยละ 20.29 และ 15.58 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 33.70 รองลงมา คือ มีรายได้ระหว่าง 5,000-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 29.00 ด้านแหล่งที่มาของรายได้พบว่าผู้สูงอายุทุกคนได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ รองลงมา คือ ได้รายได้จากอาชีพที่ทำงานคิดเป็นร้อยละ 56.52 ด้านลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยายคิดเป็นร้อยละ 41.70 รองลงมา คือ เป็นครอบครัวเดี่ยวคิดเป็นร้อยละ 37.30 โดยผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นบุตร/หลานคิดเป็นร้อยละ 73.91 รองลงมา คือ คู่สมรสคิดเป็นร้อยละ 30.07

4.5.4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 5 พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.91$, $S.D. = 0.393$) โดยเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าทุกข้อมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับดีทั้งหมด โดย

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ	\bar{X}	S.D.	ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
ด้านการบริโภคอาหาร	3.82	0.439	ดี
ด้านการออกกำลังกายและการส่งเสริมสุขภาพ	3.68	0.501	ดี
ด้านการพักผ่อน	3.63	0.679	ดี
ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง	4.34	0.651	ดี
ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	4.18	0.589	ดี
ด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ	3.69	0.711	ดี
ด้านการเผชิญปัญหา	4.03	0.592	ดี
ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	3.81	0.890	ดี
เฉลี่ยรวม	3.91	0.393	ดี

ข้อที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพพวกมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง ($\bar{X} = 4.34$, $S.D. = 0.651$) ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ($\bar{X} = 4.18$, $S.D. = 0.589$) และด้านการเผชิญปัญหา ($\bar{X} = 4.03$, $S.D. = 0.592$) ตามลำดับ โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการพักผ่อน ($\bar{X} = 3.63$, $S.D. = 0.679$) อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุยังคงมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองระดับดีเช่นกัน

4.5.5 การวิเคราะห์สหสัมพันธ์และการวิเคราะห์ถดถอย

การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ ตีความหมายได้ 2 อย่าง คือ (1) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การประกอบอาชีพเกษตรกรรมและยังทำงานอยู่ รายได้มากกว่า 30,000 บาท เป็นครอบครัวเดี่ยว ความสมบูรณ์ทางกาย ความสมบูรณ์ทางจิต ความสมบูรณ์ทางปัญญา ความสมบูรณ์ทางสังคม การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูล

ข่าวสาร และการสนับสนุนด้านสิ่งของ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในทางลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อาชีพรับจ้าง และรายได้มาจากบุตร/หลาน และ (2) ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทุกตัวแปร พบว่ามีความสัมพันธ์กันบ้าง โดยมีค่าไม่เกิน 0.615 ซึ่งถ้าใช้เกณฑ์ของนงลักษณ์ [30] คือ จะไม่เกิดปัญหา multicollinearity ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) < 0.8 ดังนั้นจึงไม่เกิดปัญหา multicollinearity ในการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

เมื่อทราบว่าตัวแปรอิสระใดที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยดังกล่าวไปวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise) ต่อไป ผลการศึกษาได้ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise) พบว่าปัจจัยความสมบูรณ์ทางจิต (X_2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (X_6) ความสมบูรณ์ทางกาย (X_1) การสนับสนุนด้านสิ่งของ (X_7)

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (Y^3)

ตัวแปร	B	SE	Beta	t
ความสมบูรณ์ทางจิต (X_2)	9.282	2.094	0.251	4.433*
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (X_6)	4.386	1.234	0.192	3.554*
ความสมบูรณ์ทางกาย (X_1)	9.105	2.071	0.222	4.397*
การสนับสนุนด้านสิ่งของ (X_7)	5.654	1.366	0.236	3.162*
แหล่งที่มาของรายได้มาจากบุตร/หลาน (Fro1) (มีรายได้จากเงินบำนาญและอาชีพที่ทำเป็นกลุ่มอ้างอิง)	-4.979	1.583	-0.141	4.139*
ค่าคงที่	-59.105	9.133		-6.472*
$R^2 = 0.477$, adjusted R square = 0.467, F = 49.168, Sig. = 0.000				

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ได้ร้อยละ 46.7 (adjusted R square) อย่างมีนัยสำคัญ แหล่งที่มาของรายได้มาจากบุตร/หลาน (Fro1) ร่วมกัน อธิบายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสามารถสร้างสมการพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (Y^3) ในรูปคะแนนดิบ คือ $Y^3 = -59.105 + 9.282X_2 + 4.386X_6 + 9.105X_1 + 5.654X_7 - 4.979Fro1$ และสร้างสมการพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (Z^3) ในรูปคะแนนมาตรฐาน คือ $Z^3 = 0.251Z_1 + 0.192Z_2 + 0.222Z_3 + 0.236Z_4 - 0.141Z_5$ เมื่อแปลงข้อมูลให้อยู่ในรูป Z สามารถสร้างสมการพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในรูปคะแนนมาตรฐาน คือ $Z = 0.631Z_1 + 0.577Z_2 + 0.606Z_3 + 0.618Z_4 - 0.520Z_5$ กำหนดให้ $Z_1 =$ ความสมบูรณ์ทางจิต; $Z_2 =$ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร; $Z_3 =$ ความสมบูรณ์ทางกาย; $Z_4 =$ การสนับสนุนด้านสิ่งของ; $Z_5 =$ แหล่งที่มาของรายได้มาจากบุตร/หลาน

5. การสรุปผลและการอภิปรายผล

ผู้วิจัยขอสรุปผลการศึกษาดตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

5.1 ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลสองพี่น้อง อำเภอกำแพง จังหวัดจันทบุรี

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.91, S.D. = 0.393$) โดยเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าทุกข้อที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในระดับดีทั้งหมด โดยข้อที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพมากที่สุด คือ ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง ($\bar{X} = 4.34, S.D. = 0.651$) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการพักผ่อน ($\bar{X} = 3.63, S.D. = 0.679$) อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุยังคงมีพฤติกรรม

การดูแลสุขภาพตนเองระดับดีเช่นกัน

5.2 สร้างสมการพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลสองพี่น้อง อำเภอกำแพง จังหวัดจันทบุรี

สมการพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในรูปคะแนนมาตรฐาน คือ $Z = 0.631Z_1 + 0.577Z_2 + 0.606Z_3 + 0.618Z_4 - 0.520Z_5$ กำหนดให้ $Z_1 =$ ความสมบูรณ์ทางจิต; $Z_2 =$ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร; $Z_3 =$ ความสมบูรณ์ทางกาย; $Z_4 =$ การสนับสนุนด้านสิ่งของ; $Z_5 =$ แหล่งที่มาของรายได้มาจากบุตร/หลาน

สมการถดถอยพหุคูณในรูปคะแนนมาตรฐานนั้น แปลความหมายได้ว่าถ้ามีความสมบูรณ์ทางจิตเพิ่มขึ้น 1 หน่วย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น 0.631 หน่วย สอดคล้องกับแนวคิดของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และแนวคิดของ ประเวศ ที่ระบุว่าหากผู้สูงอายุมีจิตใจที่แจ่มใส การรู้สึกว่าเป็นคนสำคัญ ไม่เป็นภาระ ก็ย่อมส่งผลให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีขึ้นเช่นกัน [21-22] การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารเพิ่มขึ้น 1 หน่วย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น 0.577 หน่วย สอดคล้องกับแนวคิดของ Tiden เนื่องจากการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารได้แก่ การให้คำแนะนำที่สามารถทำให้ผู้สูงอายุแก้ปัญหา หรือการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าได้รับการเอาใจใส่ ซึ่งจะนำไปสู่ความรู้สึกว่าตนเป็นที่รักและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม [24] ส่งผลให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดี และถ้ามีความสมบูรณ์ทางกายเพิ่มขึ้น 1 หน่วย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น 0.606 หน่วย สอดคล้องกับแนวคิดของ ประเวศ คือ ถ้าผู้สูงอายุมีความสมบูรณ์ทางกายสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง ปลอดภัย ปลอดภัย

และสารพิษ ก็ย่อมส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น [22] การได้รับการสนับสนุนด้านสิ่งของเพิ่มขึ้น 1 หน่วย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น 0.618 หน่วย สอดคล้องกับแนวคิดของ Tiden [24] เนื่องจากเมื่อผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งของ เวลาหรือบริการจะทำให้ตนเองรู้สึกเป็นที่รัก ถูกหลอมนการพนับถือ ทำให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น นอกจากนี้ถ้าผู้สูงอายุได้รายได้จากบุตร/หลาน จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพพลดลง 0.520 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีรายได้จากเงินบำนาญ และอาชีพที่ทำ สอดคล้องกับงานวิจัยที่กล่าวว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ [18] อย่างไรก็ตาม การได้รับรายได้จากบุตร/หลานทำให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นคงทางเศรษฐกิจ มีความวิตกกังวลสูงเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีรายได้ประจำหรือบำนาญ ซึ่งทำให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่แย่งลงนั่นเอง [19]

6. ข้อเสนอแนะ

6.1 การศึกษานี้พยากรณ์โดยใช้วิธี multiple regression วิธีเดียว ดังนั้นในอนาคตอาจใช้การพยากรณ์รูปแบบอื่นร่วมด้วย เพื่อให้การพยากรณ์มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

6.2 การนำสมการที่ได้นี้ไปใช้ในการพยากรณ์ควรคำนึงถึงบริบทแวดล้อมและความเหมาะสมของตัวแบบก่อน

7. รายการอ้างอิง

- [1] สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557, การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557, กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศการสื่อสาร, กรุงเทพฯ.
- [2] ประพนอม โอทกานนท์, 2554, ชีวิตที่สุขสมบูรณ์

ของผู้สูงอายุไทย หลักการ งานวิจัย และบทเรียนจากประสบการณ์, พิมพ์ครั้งที่ 2, สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

- [3] คณินญา พรนริศ, 2546, โภชนาการผู้สูงอายุ, คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- [4] สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, สุขภาพคนไทย, แหล่งที่มา : <http://www.hiso.or.th/hiso5/report/ThaiHealth.php?m=2>, 23 พฤษภาคม 2561.
- [5] มนตรี ประเสริฐรุ่งเรือง และดุขฎี อายุวัฒน์, 2559, การสร้างทางเลือกในการพึ่งพาตนเองอย่างมีคุณค่าของผู้สูงอายุรุ่นใหม่, ว.ประชากร. 4(2): 23-45.
- [6] กรมกิจการผู้สูงอายุ, นโยบายของกรมกิจการผู้สูงอายุ, แหล่งที่มา : <http://www.dop.go.th/th>, 19 มีนาคม 2561.
- [7] สำนักงานรัฐบาลอิเล็กทรอนิกส์, รมว. พม. ลงพื้นที่ จ.จันทบุรี เยี่ยมผู้สูงอายุ สานต่อภารกิจลดความเหลื่อมล้ำของสังคม และการสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐ, แหล่งที่มา : <https://gnews.apps.go.th/news?news=8366>, 25 มิถุนายน 2561.
- [8] สุรเกียรติ อาชานุกาพ, 2533, นานาทัศนะต่อความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง, ว.วิจัยพฤติกรรมสุขภาพ 2(2): 5.
- [9] สำนักงานเกษตรจังหวัดจันทบุรี, สถิติการเพาะปลูกทุเรียน จังหวัดจันทบุรีปีการเพาะปลูก 2538-2556, แหล่งที่มา : http://www.chanthaburi.doae.go.th/data1/static_planting2.htm, 4 ธันวาคม 2560.
- [10] เตือนใจ บุญหลง, สุชาติ วิจิตรานนท์ และแสงมณี ชิงดวง, 2546, โรคแรกนำโคคนนำ, สถาบัน

- วิจัยพืชสวน กรมวิชาการเกษตร, กรุงเทพฯ.
- [11] กรมวิชาการเกษตร สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร, 2558, ปริมาณและมูลค่าการนำเข้าสารกำจัดศัตรูพืช, แหล่งที่มา : <http://www.oae.go.th>, 20 เมษายน 2561.
- [12] นักวิจัยมูลนิธิชีววิถี, การประชุมวิชาการเพื่อการเฝ้าระวังสารเคมีทางการเกษตร, แหล่งที่มา: http://www.biothai.net/sites/default/files/pesticide_conference_doc_1.pdf, 23 พฤษภาคม 2561.
- [13] สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ประชากรจากการทะเบียน จำแนกตามหมวดอายุ เป็นรายอำเภอ พ.ศ. 2556, แหล่งที่มา : http://chanthaburi.old.nso.go.th/nso/project/search/index.jsp?province_id=22, 1 พฤษภาคม 2561.
- [14] บรรลุ ศิริพานิช, 2540, คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์, สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, กรุงเทพฯ.
- [15] Orem, E.D., 1980, Nursing: Concepts of Practice, McGraw Hill, New York.
- [16] ศุภวรินทร์ ทนทิตติกุล, 2539, ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง, วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- [17] Orem, E.D., 1985, Nursing: Concepts of Practice, 2nd Ed., McGraw Hill, New York.
- [18] สุขเกษม ร่วมสุข, 2553, พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ, วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, อุบลราชธานี.
- [19] ขนิษฐา โกเมนทร์, 2547, ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา, วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- [20] สัญญา รักษาติ, 2544, พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่, วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, สถาบันราชภัฏเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- [21] ประเวศ วะสี, 2543, สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์, พิมพ์ครั้งที่ 3, สำนักงานปฏิรูปสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, นทบุรี.
- [22] พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550, 2550, มีนาคม 19, ราชกิจจานุเบกษา, เล่มที่ 124 ตอนที่ 16ก, หน้า 1.
- [23] สมพร ใจสมุทร, 2547, พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเขตลาดกระบัง, วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- [24] Tiden, V.P., 1985, Issues of conceptualization and measurement of social support in the construction of nursing theory, Res. Nurs. Health 8:199-206.
- [25] นิภาภัทร อยู่พุ่ม, การนอนหลับอย่างมีคุณภาพของผู้สูงอายุ, แหล่งที่มา : http://www.stou.ac.th/stoukc/elder/main1_2.html, 23 พฤษภาคม 2561.
- [26] สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2560, การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ, แหล่งที่มา : <http://www.thaihealth.or.th>, 23 พฤษภาคม 2561.
- [27] Hill, L. and Smith, N., 1990, Self-Care Nursing Promotion of Health, Prentice Hall, New Jersey.
- [28] องค์การบริหารส่วนตำบลสองพี่น้อง, 2560, รายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 เทศบาลตำบลสองพี่น้อง

- อำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี, จันทบุรี.
- [29] สรายุทธ กันหลง, การทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม Cronbach's alpha, แหล่งที่มา : <http://www.ipernity.com/blog/248956/424773>.
- [30] นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2553, ชุดวิชา 21701 การวิจัยหลักสูตรและการเรียนการสอน หน่วยที่ 7 การศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และหน่วยที่ 10
- สถิติวิเคราะห์เชิงปริมาณ : สถิติบรรยายและสถิติพาราเมตริก, เอกสารประกอบการสอน, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- [31] Stevens, J., 1992, Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences, Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates, Australia.