

ประสิทธิผลของกระบวนการเพิ่มความสามารถ ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัย ตามลำพังในชุมชนชนบท จังหวัดสุโขทัย

สมคิด ตันติไวยพจน์ ภ.บ.

สุมนา ตันติไวยพจน์ พย.บ.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

บทคัดย่อ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้าง และทดสอบประสิทธิผลของกระบวนการเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนชนบท การศึกษาประกอบด้วย ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหาการดูแลสุขภาพตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนชนบท จังหวัดสุโขทัย จำนวน 215 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ระหว่าง 1 ธันวาคม 2555 - 30 มีนาคม 2556 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ตัวแปรที่ทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้แก่ การสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัว การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเอง ความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน การสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพ และสภาวะสุขภาพ โดยตัวแปรทั้งหมดรวมทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้ร้อยละ 26.0 ระยะที่ 2 การพัฒนากระบวนการเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ประกอบด้วย (1) การศึกษาความต้องการ และข้อเสนอแนะของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการสนทนากลุ่ม จำนวน 6 ครั้ง (2) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน พบว่า กระบวนการเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนชนบท ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อลดผลกระทบของการสูงอายุ และการอยู่อาศัยตามลำพัง ขั้นตอนที่ 2 กิจกรรมการฝึกปฏิบัติเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ขั้นตอนที่ 3 กิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมโดยบุคคลภายนอกครอบครัว และองค์กรภาครัฐในพื้นที่ ระยะที่ 3 การทดสอบประสิทธิผลของกระบวนการเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ ดังนั้น ควรนำกระบวนการดังกล่าวไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนชนบท

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพตนเอง, ผู้สูงอายุ

บทนำ

ปัจจุบันโลกกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จากรายงานขององค์การอนามัยโลกระบุว่าในปี พ.ศ. 2518 ประชากรทั่วโลกมีจำนวน 4,100 ล้านคน มีผู้สูงอายุ 350 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 8.53 ปี พ.ศ. 2545 มีจำนวน

ผู้สูงอายุ 629 ล้านคนหรือมีผู้สูงอายุ 1 คนในจำนวนคน 10 คน⁽¹⁾ และประมาณการว่าปี พ.ศ. 2568 จะมีผู้สูงอายุประมาณ 1.2 พันล้านคน⁽²⁾ และเพิ่มเป็น 2 พันล้านคนหรือมีผู้สูงอายุ 1 คนในจำนวนคน 5 คนในปี พ.ศ. 2593 สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจ

ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าในปี พ.ศ. 2537 มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศ ปี พ.ศ.2545 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9 ในปี พ.ศ. 2550 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.7 โดยเป็นชายร้อยละ 44.6 และเป็นหญิงร้อยละ 55.4 และด้านการกระจายตัวของผู้สูงอายุตามเขตการปกครองหรือเขตที่อยู่อาศัย พบว่าผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลร้อยละ 28.6 และนอกเขตเทศบาลร้อยละ 71.4⁽³⁾ ประชากรสูงอายุเป็นกลุ่มประชากรพิเศษที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากสังคม ได้รับการดูแลทางด้านสุขภาพร่างกาย ผู้สูงอายุจะมีแบบแผนความเจ็บป่วยที่ต่างจากกลุ่มอายุอื่นๆ เป็นวัยที่ประสบกับปัญหาเสื่อมถอยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้วัยนี้มีโอกาสเกิดโรคร้ายไข้เจ็บได้ง่าย ทั้งโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ เช่น โรคสมองเสื่อม โรคเบาหวาน โรคกระดูกพรุน ซึ่งผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนอาจนำไปสู่ความพิการได้⁽²⁾

การไม่มีบุตรหลานหรือคู่สมรสเสียชีวิตไปก่อน บุตรหลานมีภารกิจในต่างถิ่นรวมถึงการอยู่เป็นโสด เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่อาศัยตามลำพัง โดยปี พ.ศ. 2537 มีผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ร้อยละ 3.60 ปี พ.ศ.2545 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 6.30 และปี พ.ศ. 2550 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 7.70 และพบว่าภาคเหนือเป็นภาคที่มีร้อยละของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังมากที่สุด คือ ร้อยละ 9.60 ภาคกลางไม่รวมกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 7.60⁽⁴⁾ ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง มีความเสี่ยงในระดับสูงต่อการตายและการเจ็บป่วย ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความต้องการสูงในด้านสุขภาพ และบริการสังคม ปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย และจิตใจของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเพียงพอ การที่ผู้สูงอายุต้องอยู่อาศัยตามลำพังรวมถึงผลกระทบของกระบวนการสูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาด้านสุขภาพ⁽⁵⁾ จากปัญหาดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังที่จะต้องดำรงชีวิตให้อยู่ในสังคมได้อย่างปกติ

สำหรับจังหวัดสุโขทัย พบว่า ในปี พ.ศ. 2543 จังหวัดสุโขทัย มีผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง จำนวน

3,883 คน คิดเป็นร้อยละ 5.50 ของผู้สูงอายุทั้งหมด และเพิ่มขึ้นเป็น 5,742 คน (ร้อยละ 7.70) ในปี พ.ศ.2552 และพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ร้อยละ 56.6 เท่านั้นที่มีสุขภาพดี ร้อยละ 42.2 สุขภาพปานกลาง ร้อยละ 1.2 สุขภาพไม่ดี และยังพบว่า ร้อยละ 55.0 มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค⁽⁶⁾ และเมื่อจัดกลุ่มผู้สูงอายุตามความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 96.4 เป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม ร้อยละ 2.8 กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ร้อยละ 0.08 กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง⁽⁷⁾

จากที่กล่าวมา ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังควรได้รับการดูแลใส่ใจเป็นพิเศษ โดยเฉพาะการเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ สุขภาพดี ป้องกันการเกิดโรคร้ายไข้เจ็บ เป็นการเตรียมความพร้อมรวมถึงส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการวางแผนจัดการกับชีวิตในอนาคตของตน และเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี ผู้วิจัยให้ความสำคัญและคุณค่าของผู้สูงอายุ จึงได้ศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนชนบท จังหวัดสุโขทัย

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา โดยใช้วิธีผสมผสานระหว่างรูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณ และรูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนชนบท จังหวัดสุโขทัย ได้แก่ ตำบลน้ำพุ ตำบล นาเชิงคีรี ตำบลไกรนอก ตำบลไกรโน ตำบลนครเตี๊ญ ตำบลคลองมะพลับ ตำบลวังทองแดง ตำบลบ้านสวน ตำบลแม่สิน ตำบลท่าชัย จังหวัดสุโขทัย จำนวน 440 คน การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้หลักเกณฑ์ของ Kerlinger และ Pedhazur⁽⁸⁾ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 240 ตัวอย่าง ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้แบบสัมภาษณ์ที่มีความสมบูรณ์ครบถ้วน จำนวน 215 ตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน โดยขั้นแรกสุ่มอำเภอ ขั้นที่สองสุ่มตำบล ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ขั้นที่สามสำรวจ

รายชื่อผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และยินดีตอบแบบสัมภาษณ์ จากนั้นสุ่มเลือกตัวอย่างเพื่อตอบแบบสัมภาษณ์ โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย

ขั้นตอนการศึกษาประกอบด้วย 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและแบบวัดความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน นักวิจัย และผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2555 – มีนาคม 2556 แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ สถานภาพทางการเงิน การมีโรคประจำตัว การดื่มสุราการสูบบุหรี่ การมองเห็น การเคลื่อนไหวร่างกาย การมีปัญหาลักษณะของปาก

ส่วนที่ 2 ความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยแบ่งระดับความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน⁽⁹⁾ ดังนี้ (0-4 คะแนน) หมายถึง ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นทั้งหมด (5-8 คะแนน) หมายถึง ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นอย่างมาก (9-11 คะแนน) หมายถึง พึ่งพาบุคคลอื่นตั้งแต่ปานกลาง (>12 คะแนน) หมายถึง ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นน้อย

ส่วนที่ 3 สภาวะสุขภาพ โดยแบ่งระดับสภาวะสุขภาพ ดังนี้ การวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ เป็นประจำ (3 คะแนน) เป็นบางครั้ง (2 คะแนน) ไม่เคย (1 คะแนน) ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 10-30 คะแนน แบ่งระดับสภาวะสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ คือระดับสูง คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (24-30 คะแนน) ระดับปานกลาง คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 (18-23 คะแนน) และระดับต่ำ คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60 (10-17 คะแนน)

ส่วนที่ 4 การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์การดูแลสุขภาพตนเอง โดยแบ่งระดับการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์การดูแลสุขภาพตนเอง ดังนี้ การวัดเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ (1 คะแนน) ไม่ใช่ (0 คะแนน) ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-29 คะแนน แบ่งระดับการรับรู้

ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเอง ออกเป็น 3 ระดับระดับสูง คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (12-15 คะแนน) ระดับปานกลาง คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 (9-11 คะแนน) และระดับต่ำคะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60 (0-8 คะแนน)

ส่วนที่ 5 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยแบ่งระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ดังนี้ การวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ เป็นประจำ (3 คะแนน) เป็นบางครั้ง (2 คะแนน) ไม่เคย (1 คะแนน) ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 4-12 คะแนน แบ่งระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ คือระดับสูง คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (10-12 คะแนน) ระดับปานกลาง คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 (7-9 คะแนน) และระดับต่ำ คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60 (4-6 คะแนน)

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยแบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ดังนี้ การวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ เป็นประจำ (3 คะแนน) เป็นบางครั้ง (2 คะแนน) ไม่เคย (1 คะแนน) ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 20-60 คะแนน แบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ออกเป็น 3 ระดับ คือระดับสูง คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (49-60 คะแนน) ระดับปานกลาง คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 (36-48 คะแนน) และระดับต่ำคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (20-35 คะแนน)

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ และกำหนดความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับ 0.05 สถิติที่ใช้ประกอบด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ระยะที่ 2 การพัฒนากระบวนการเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนชนบท ดำเนินการในเดือนเมษายน 2556 ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้ (1) การศึกษาความต้องการและข้อเสนอแนะต่อกระบวนการเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ด้วยการสนทนากลุ่ม

ประกอบด้วยกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง กลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และองค์กรภาครัฐในพื้นที่ เครื่องมือที่ใช้เป็นประเด็นคำถามในการสนทนากลุ่ม โดยดำเนินการสนทนากลุ่ม จำนวน 6 ครั้ง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา จากนั้น ผู้วิจัยนำผลการศึกษาในขั้นตอนวิเคราะห์สภาพปัญหาผนวกกับผลการศึกษาความต้องการและข้อเสนอแนะ จัดทำร่างกระบวนการเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง และ (2) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยสร้างกระบวนการเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองให้ผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ สอบความตรงเชิงเนื้อหาสำนวนภาษา จากนั้นนำมาปรับปรุงและนำไปทดลองใช้

ในขั้นตอนต่อไป

ระยะที่ 3 การทดลองใช้เพื่อทดสอบประสิทธิผลของกระบวนการเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้วิจัยนำกระบวนการดังกล่าวไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในตำบลน้ำพุ จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองระดับต่ำถึงปานกลาง และยินดีเข้าร่วมทดสอบประสิทธิผล โดยดำเนินการทดลองระหว่าง 1 พฤษภาคม - 30 สิงหาคม 2556 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ paired t-test

แบบสัมภาษณ์ได้มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุผู้สูงอายุ 3 ท่าน และนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดสอบกับผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังในเขตอำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วยความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน สภาวะสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์การดูแลสุขภาพตนเอง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบัต ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89, 0.88, 0.90, 0.87 และ 0.95 ตามลำดับ ส่วนเครื่องมือเชิงคุณภาพผู้วิจัยนำประเด็นคำถามการสนทนากลุ่มไปทดลอง

กับผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในเขตอำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย เพื่อศึกษาความชัดเจนของข้อความ การเข้าใจความหมาย และความครอบคลุมของเนื้อหา แล้วนำข้อบกพร่องที่ได้จากการทดลองใช้มาปรับปรุงแก้ไขแล้วจึงนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยนักวิจัย และผู้ช่วยนักวิจัย อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย โดยคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และให้ผู้ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยนักวิจัย และผู้ช่วยนักวิจัย ใช้เวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์คนละประมาณ 25 นาที

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาระยะที่ 1

ข้อมูลทั่วไป จากกลุ่มตัวอย่าง 215 คน พบว่า ร้อยละ 63.3 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยเท่ากับ 70.6 ปี ร้อยละ 54.5 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 30.7 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 39.1 มีรายได้ระหว่าง 1,000 - 1500 บาท ร้อยละ 7.9 มีสถานภาพทางการเงินไม่พอใช้จ่าย ร้อยละ 54.4 มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ร้อยละ 2.3 ดื่มน้ำสุราทุกวัน ร้อยละ 7.0 สูบบุหรี่ ร้อยละ 15.3 มีปัญหาเรื่องการมองเห็น ร้อยละ 12.6 เคลื่อนไหวร่างกายไม่สะดวก ร้อยละ 8.4 มีปัญหาสุขภาพช่องปาก

ร้อยละ 0.5 เป็นผู้สูงอายุต้องพึ่งพาบุคคลอื่นอย่างมาก ร้อยละ 4.2 เป็นผู้สูงอายุต้องพึ่งพาบุคคลอื่นตั้งแต่ปานกลางถึงมาก ร้อยละ 95.3 ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นน้อย ด้านสภาวะสุขภาพ พบว่า ร้อยละ 49.8 มีสภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 60.5 มีการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเองในระดับปานกลาง ร้อยละ 35.3 ได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือญาติในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 24.76 ได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัวในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 30.7

ได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 5.1 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับดี

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในพื้นที่เขตชนบท พบว่า ความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเอง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพจากบุคคลภายนอกครอบครัว การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในพื้นที่เขตชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนสภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1)

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังโดยการวิเคราะห์

ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ตัวแปรที่ร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ได้แก่ การสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัว การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเอง ความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน และการสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพและสภาวะสุขภาพ โดยตัวแปรการสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัวทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังได้ดีที่สุด และตัวแปรทั้งหมดร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังได้ร้อยละ 26.0 (ตารางที่ 2)

ผลการศึกษาระยะที่ 2

ผลการพัฒนากระบวนการเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนชนบท ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง (n=215)

ปัจจัยคัดสรร	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	
	r	p-value
ความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน	0.264	<0.001
สภาวะสุขภาพ	0.103	0.131
การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเอง	0.275	<0.001
การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลภายในครอบครัว	0.135	0.049
การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัว	0.348	<0.001
การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพ	0.324	<0.001

ตารางที่ 2 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง (n=215)

ตัวแปร	B	SE	Beta	t	p-value
การสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัว	0.561	0.222	0.185	2.532	0.012
การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเอง	1.280	0.277	0.295	4.627	<0.001
ความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน	0.318	0.114	0.170	2.801	0.006
การสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพ	0.596	0.199	0.217	2.995	0.003
สภาวะสุขภาพ	0.308	0.127	0.154	2.424	0.016

Constant= 33.924, Adjusted R² = 0.260, S_e = 6.650, F = 29.714, p<0.001

ขั้นตอนที่ 1 กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อลดผลกระทบของการสูงอายุ และการอยู่อาศัยตามลำพัง ดำเนินการ 1 วัน ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ (1) กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพและละลายพฤติกรรม (2) กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ ผลกระทบของการสูงอายุ และการอยู่อาศัยตามลำพัง (3) กิจกรรมการหาวิธีลดผลกระทบของการสูงอายุ ทบทวนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ปัญหาอุปสรรคในการสร้างเสริมสุขภาพ การหาวิธีลดผลกระทบของการสูงอายุ และการอยู่อาศัยตามลำพัง และ (4) กิจกรรมการสรุปวิธีการลดผลกระทบของการสูงอายุ การอยู่อาศัยตามลำพัง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่พึงประสงค์

ขั้นตอนที่ 2 กิจกรรมการฝึกปฏิบัติเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดำเนินการ 1 วัน ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ (1) กิจกรรมสร้างความเชื่อมั่นในผู้สูงอายุให้มีทักษะในการปฏิบัติตัวด้านการดูแลสุขภาพตนเอง (2) กิจกรรมเพิ่มการเรียนรู้จากการถ่ายทอดประสบการณ์ของผู้อื่น และ (3) กิจกรรมฝึกทักษะการดูแลสุขภาพตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 กิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมโดยบุคคลภายนอกครอบครัว และองค์กรภาครัฐในพื้นที่ ดำเนินการ 1 วัน ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ (1) กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ผลกระทบของการสูงอายุและการอยู่อาศัยตามลำพัง และดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครซึ่งเป็นบุคคลภายนอกครอบครัว และองค์กรภาครัฐในพื้นที่ และ (2) กิจกรรมการ

จัดประชุมปฏิบัติการ เพื่อวางแผนการให้ความร่วมมือในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเอง ระหว่างผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง และอาสาสมัครซึ่งเป็นบุคคลภายนอกครอบครัว

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของกระบวนการเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนชนบทโดยผู้เชี่ยวชาญและนักวิชาการ พบว่า ความตรงเชิงเนื้อหาหามีค่าระหว่าง 0.5-1.0 และเสนอแนะให้ปรับปรุงสำนวนภาษาให้มีความชัดเจนมากขึ้น

ผลการศึกษาระยะที่ 3

ผลการทดสอบประสิทธิผลของกระบวนการเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนชนบท พบว่า ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น เท่ากับ 7.23 และผลต่างของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.40 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อน และหลังการทดลองด้วยค่าสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงว่ากระบวนการเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนชนบทที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีประสิทธิผลทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมทดสอบมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองถูกต้องเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ที่อยู่อาศัยตามลำพัง ในชุมชนชนบทระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง	n	Paired Differences		t	df	p-value
		mean	S.D.			
ก่อนการทดลอง	30	-7.23	-2.40	-16.492	29	<0.001
หลังการทดลอง	30					

วิจารณ์

จากผลการศึกษาและจัดกลุ่มตามระดับความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนชนบท พบว่า ร้อยละ 95.4 ต้องพึ่งพาศูนย์คนอื่นน้อยหรือติดสังคม ร้อยละ 4.2 พึ่งพาศูนย์คนอื่นตั้งแต่ปานกลางถึงมาก ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุถ้าช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือต้องพึ่งพาศูนย์คนอื่นมาก บุตรหลานหรือญาติจะเข้ามาดูแลหรือนำผู้สูงอายุไปอยู่ด้วยกัน ซึ่งเป็นวัฒนธรรมของสังคมไทยที่สืบทอดมานาน ทำให้กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังและเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุประเภทติดสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุนทร โสภณอัมพรเสนีย์⁽¹⁰⁾ พบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 82.4 เป็นผู้สูงอายุติดสังคม พึ่งพาศูนย์คนอื่นน้อย มีความสัมพันธ์กับครอบครัวในระดับดีและลูกหลานส่วนใหญ่จะให้ความเคารพนับถือไม่ทอดทิ้ง และสอดคล้องกับการศึกษาของ นกุล เลิศจันทร์ทรานกูร⁽⁷⁾ พบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 96.4 เป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมพึ่งพาศูนย์คนอื่นน้อย

จากผลการศึกษาด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า มีเพียงร้อยละ 5.1 ของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนชนบทเท่านั้นที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุในชนบทมีการศึกษาในระดับต่ำ การได้รับข้อมูลข่าวสารการได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพตนเองน้อย จึงทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในระดับปานกลางถึงระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนทร โสภณอัมพรเสนีย์⁽¹⁰⁾ ที่พบว่าผู้สูงอายุไม่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ไม่เข้ากลุ่มผู้สูงอายุเพื่อปรึกษาหารือเรื่องการดูแลสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของประภาพร มโนรัตน์⁽¹¹⁾ พบว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของครูก่อนวัยเกษียณส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และแตกต่างกับการศึกษาของ เสน่ห์ แสงเงิน และคณะ⁽⁶⁾ ที่พบว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี และแตกต่างจากการศึกษาของ ชนาธิศร์ อุประ และคณะ⁽¹²⁾ ที่พบ

ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการปฏิบัติสุขภาพส่วนบุคคลดี ด้านปัจจัยทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนชนบท พบว่า ตัวแปรที่ร่วมทำนายได้แก่ การสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัว การรับรู้ประโยชน์การดูแลสุขภาพตนเอง ความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน การสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพ และสภาวะสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เสน่ห์ แสงเงิน และคณะ⁽⁶⁾ พบว่าการสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัว การสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรัชย์ อยู่สาโก⁽¹³⁾ พบว่าแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมออกกำลังกายและพฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของพิมลรัตน์ ชื่นบาน⁽¹⁴⁾ พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัว และการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ ซึ่งตัวแปรทั้งหมดร่วมทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนชนบท ได้เพียงร้อยละ 26 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนชนบทจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในระดับสูงได้จะต้องมีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ และต้องมีจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วย

ผลการพัฒนากระบวนการเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนชนบท ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน (1) กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อลดผลกระทบของการสูงอายุ และการอยู่อาศัยอาศัยตามลำพัง (2) กิจกรรมการฝึกปฏิบัติเพื่อ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง และ (3) กิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมโดยบุคคลภายนอก ครอบครัวและองค์กรภาครัฐในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิมลรัตน์ ชื่นบาน⁽¹⁴⁾ พบว่ารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวตามลำพังในพื้นที่เขตเมือง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน (1) กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับผลกระทบและการลดผลกระทบของการสูงอายุ (2) กิจกรรมการฝึกปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพ และ (3) กิจกรรมการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพโดยอาสาสมัคร ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ เสน่ห์ แสงเงิน⁽⁵⁾ ที่พบว่า กระบวนการเพิ่มศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ (1) การพัฒนาศักยภาพในการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ (2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพ (3) การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และ (4) การสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัว และบุคลากรด้านสุขภาพ และแตกต่างจากการศึกษาของ ประภาพร มโนรัตน์⁽¹¹⁾ ที่พบว่า กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับครูก่อนเกษียณประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ (1) การวิเคราะห์สุขภาพตนเองจากผลกระทบของการสูงอายุ และการเกษียณอายุราชการ (2) การประเมินความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (3) การทดลองปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และ (4) การผสมผสานพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเข้ากับวิถีชีวิตปกติ

สรุป

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มตัวอย่างมี พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ถูกต้องเพิ่มมากขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังนั้น การจัดกิจกรรมเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนชนบทควรประกอบด้วย (1) กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับ

ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อลดผลกระทบของการสูงอายุ และการอยู่อาศัยอาศัยตามลำพัง (2) กิจกรรมการฝึกปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง และ (3) กิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมโดยบุคคลภายนอกครอบครัวและองค์กรภาครัฐในพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

1. กระบวนการเพิ่มความสามารภในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนชนบท สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น ควรนำกระบวนการดังกล่าวไปใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง

2. ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ร้อยละ 0.5 ต้องพึ่งพาคูคณอื่นอย่างมาก และร้อยละ 4.2 ต้องพึ่งพาคูคณอื่นตั้งแต่ปานกลางถึงมาก ดังนั้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรภาครัฐในพื้นที่ ชุมชน ภาคีเครือข่ายในชุมชนต้องเข้ามาจัดระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวอย่างเป็นรูปธรรม

3. ปัจจัยการสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัวเป็นตัวแปรที่ทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้ดีที่สุด ดังนั้น ควรเพิ่มจำนวนและพัฒนา ศักยภาพบุคคลภายนอก ครอบครัวเพื่อทำหน้าที่เป็นจิตอาสาดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง

ข้อเสนอในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังหรือถูกทอดทิ้งโดยชุมชนหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

2. ควรศึกษาและพัฒนา ศักยภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มต้องพึ่งพาคูคณอื่นตั้งแต่ปานกลางถึงมากให้กลับเป็นผู้สูงอายุประเภทพึ่งพาคูคณอื่นน้อยหรือเป็นผู้สูงอายุติดสังคม

3. ควรศึกษาและพัฒนาศักยภาพบุคคลภายนอก
ครอบครัวเพื่อทำหน้าที่เป็นจิตอาสาดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
ที่อยู่อาศัยตามลำพัง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ลุ่่วงได้ด้วยดี
เนื่องมาจากความกรุณาอย่างยิ่งของ นายแพทย์ชิโนรส
ลีสวัสดิ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย นายแพทย์
ปิยะ ศิริลักษณ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ ที่ให้ข้อคิดเห็น
อันเป็นประโยชน์ด้วยความเอาใจใส่ ให้ความสำคัญ
กับงานวิจัยตลอดมา จนงานวิจัยสำเร็จลงได้อย่างสมบูรณ์
ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจึงขอ
ขอบพระคุณเป็นอย่างสูง คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ
กลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและเสียสละ
เวลาในการให้ข้อมูลแก่คณะผู้วิจัยเป็นอย่างดี และขอ
ขอบคุณทุกท่านที่มีได้กล่าวนามที่มีส่วนเกี่ยวข้อง
ในความสำเร็จครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Active ageing: a policy framework. Geneva: World Health Organization; 2002.
2. World Health Organization. Integrating poverty and gender into health programmes: a sourcebook for health professionals: module on ageing. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific; 2006.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2550. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2550.
4. บรรลุ ศิริพานิช. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2550. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2551.
5. เสน่ห์ แสงเงิน. การพัฒนากระบวนการเพิ่มศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัย

- ตามลำพัง [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2556.
6. เสน่ห์ แสงเงิน, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, ศิวีไลซ์ วนรัตน์จิตร, ถาวร มาตัน. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2555;42:68-81.
7. นุกูล เลิศจันทรางกูร. ความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุตำบลคลองตาล อำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย. สุโขทัย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย; 2556.
8. Kerlinger FN, Pedhazur J. Multiple regression in behavioral research. New York: Holt, Rinehart and Winston; 1973.
9. สุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล. ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2542.
10. สุนทร โสภณอัมพรเสนีย์. การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโดยกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา; 2551.
11. ประภาพร มโนรัตน์. รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับครูเกษียณ [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2553.
12. ชนาณิศร์ อูประะ, พิพัฒน์ ลักษณะจักรกุล, พิศิษฐ์ วัฒนสมบูรณ์, ดุสิต สุจิรัตน์. สภาวะสุขภาพ และการปฏิบัติด้านสุขอนามัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุแห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2554;(ฉบับพิเศษ 84 พรรษาพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช):76-86.
13. สุรัชย์ อยู่สาโก. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในเทศบาลเมืองท่าเรือพระแท่น อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี [วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2550.
14. พิมลรัตน์ ชื่นบาน. ประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวตามลำพังในพื้นที่เขตเมืองจังหวัดสุโขทัย. สุโขทัย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย; 2556.

Abstract: Effectiveness of a Process to Increase Ability in Self Care for the Elderly Living Alone in Rural Areas, Sukhothai Province

Somkid Tuntiwitayapan, B.Pharm.; Summana Tuntiwitayapan, B.N.S.

Sukhothai Provincial of Public Health Office

Journal of Health Science 2014;23:619-28.

The objective of this study was to develop and examine the effectiveness of increased ability processes in self care behaviors (SCBs) for the elderly living alone in rural areas (ELARs). The study was conducted in 3 phases. The first phase aimed to assess factors predicting SCBs among the ELARs. The samples were 215 participants recruited by multistage random sampling. A questionnaire was administered by face to face interviews during December 2012 to March 2013; and analysis by Pearson's product moment correlation coefficient and Stepwise multiples regression. The result showed that such variables as being supported by non-family members, perception of SCBs benefit, activities of daily living, supportive by health care providers, and health status, were found to make a unique contribution (up to 26%) to this prediction. The second phase was to construct a SCBs process for the ELARs which consisted of the study on needs and SCBs process suggested by stakeholders through six focus group discussions; and the content validity which was approved by five experts. The resulting SCBs process consisted of 3 steps: (1) the learning activities on the benefits of self care to reduce impact from aging and loneliness; (2) SCB modification; and (3) the activities to supportive SCBs from non-family members and local governmental organizations. The third phase was to evaluate effectiveness of SCBs; and it was found that there was a significant increase in the average score of SCBs after the intervention ($p < 0.05$). Therefore, this SCB model should be applied and implemented for the elderly living alone in rural areas.

Key words: elderly living alone, rural areas, self care behaviors