



แบบแผนชีวิต ปัญหาสุขภาพ และความต้องการพึ่งพาของผู้สูงอายุตอนปลาย  
Lifestyle, Health Problems and Dependency Needs of The Late Old Age

อรนุช ธรรมสอน  
Oranuch Thammasorn

วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing

Prince of Songkla University

2544

A

เลขที่	KA 564.8	Obj	2544	8.2
Rich Key	218072			

(1)

ชื่อวิทยานิพนธ์          แบบแผนชีวิต ปัญหาสุขภาพ และความต้องการพึ่งพาของผู้สูงอายุ  
 ตอนปลาย  
 ผู้เขียน                      นางสาวอรนุช ธรรมสอน  
 สาขาวิชา                    การพยาบาลผู้ใหญ่

คณะกรรมการที่ปรึกษา

*สุนทร ตระกูล* .....ประธานกรรมการ  
 (รองศาสตราจารย์ ดร. สุนทร ตระกูล)  
  
*ชยา นาคะ* .....กรรมการ  
 (ดร. ชนิษฐา นาคะ)

คณะกรรมการสอบ

*สุนทร ตระกูล* .....ประธานกรรมการ  
 (รองศาสตราจารย์ ดร. สุนทร ตระกูล)  
  
*ชยา นาคะ* .....กรรมการ  
 (ดร. ชนิษฐา นาคะ)  
  
*วิภาวี คงอินทร์* .....กรรมการ  
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิภาวี คงอินทร์)  
  
*อูทัย เก้าเอี้ยน* .....กรรมการ  
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ. อูทัย เก้าเอี้ยน)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้นำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้  
 เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

*ปิติ ทฤษฏีคุณ*  
 .....  
 (รองศาสตราจารย์ ดร. ปิติ ทฤษฏีคุณ)  
 คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์	แบบแผนชีวิต ปัญหาสุขภาพ และความต้องการพึ่งพาของผู้สูงอายุ ตอนปลาย
ผู้เขียน	นางสาวอรนุช ธรรมสอน
สาขาวิชา	การพยาบาลผู้ใหญ่
ปีการศึกษา	2544

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพกับแบบแผนชีวิตและความต้องการพึ่งพา และความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับแบบแผนชีวิต ปัญหาสุขภาพ และความต้องการพึ่งพาของผู้สูงอายุตอนปลาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุตอนปลาย ซึ่งมีอายุ 75 ปีขึ้นไป จำนวน 310 คน ซึ่งได้รับการคัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามปัญหาสุขภาพ แบบสอบถามแบบแผนชีวิต และแบบสอบถามความต้องการพึ่งพา ซึ่งประกอบด้วยแบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานแบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้าน และแบบสอบถามความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคม และเศรษฐกิจ

#### ผลการวิจัยพบว่า

1. ปัญหาสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับแบบแผนชีวิต ( $r = -0.44, p < .01$ ) และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้าน ( $r = -0.18, p < .01$ ) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคม และเศรษฐกิจ
2. การวิเคราะห์ด้วยสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับแบบแผนชีวิต ปัญหาสุขภาพและความต้องการพึ่งพา กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05 พบว่า
  - 2.1 รายได้และอายุมีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิต โดยรายได้มากกว่า 1,000 บาทต่อเดือน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนชีวิตส่วนอายุมากมีความสัมพันธ์ทางลบกับแบบแผนชีวิต โดยรายได้และอายุอธิบายความแปรปรวนของแบบแผนชีวิตได้ร้อยละ 11 และ 5 ตามลำดับ
  - 2.2 รายได้ การศึกษา และสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพ โดยรายได้มากกว่า 1,000 บาทต่อเดือน การศึกษาได้เรียนหนังสือ และสถานภาพสมรสคู่ มีความ

สัมพันธ์ทางลบกับปัญหาสุขภาพ โดยรายได้ การศึกษาและสถานภาพสมรส อธิบายความแปรปรวนของปัญหาสุขภาพ ได้ร้อยละ 9, 6 และ 2 ตามลำดับ

2.3 อายุ เป็นเพียงปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน โดยมีความสัมพันธ์ทางลบ และอธิบายความแปรปรวนได้เพียงร้อยละ 3

2.4 อายุ เพศ และภาวะการมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้าน โดยอายุมากมีความสัมพันธ์ทางลบ ส่วนเพศชาย และการไม่มีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้าน โดยอายุ เพศและภาวะการมีโรคประจำตัวอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 21, 1 และ 1 ตามลำดับ

2.5 ภาวะการมีโรคประจำตัวและรายได้ มีความสัมพันธ์กับความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคม และเศรษฐกิจ โดยการมีโรคประจำตัวและรายได้น้อยกว่า 1,000 บาทต่อเดือน มีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจ โดยภาวะการมีโรคประจำตัวและรายได้ อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 3 และ 2 ตามลำดับ

Thesis Title      Lifestyle, Health Problems and Dependency Needs of The Late Old Age  
Author             Miss Oranuch Thammasorn  
Major Program    Adult Nursing  
Academic Year    2001

#### Abstract

The objectives of this study were to examine the associations of health problems with lifestyle and dependency needs, and to explore the relationship of demographic factors with lifestyle, health problems and dependency needs in elderly persons aged 75 years and older. The subjects were 310 persons living in Tak province. Multiple sampling technique was used. Questionnaires were used to obtain data on demographic characteristics, lifestyle, health problems and dependency needs.

The results were as follows :

1. Health problems were negatively related to lifestyle ( $r = -0.44, p < .01$ ) and advanced activity of daily living ( $r = -0.18, p < .01$ ). There were no associations of health problems with activity of daily living, psychosocial dependency needs or economic dependency needs.

2. In stepwise multiple regression models at the significance level of .05 with lifestyle, health problems and dependency needs as dependent variables and demographic factors as independent variables, it was found that :

2.1 Income more than 1,000 baht a month was positively associated with lifestyle but age was negatively associated; these two variables explained 16 percent of the variance of lifestyle.

2.2 Income more than 1,000 baht a month, formal education and being married were negatively associated with health problems; these three variables together explained 17 percent of the variance of health problems.

2.3 Age was negatively associated with activity of daily living but explained only 3 percent of activity of daily living.

2.4 Age was negatively correlated, while being male as well as not having a chronic illness were positively associated with instrumental activity of daily living; these three variables together explained 23 percent of the variance of this dependent variable.

2.5 Having a chronic illness and income less than 1,000 baht a month were negatively associated with psychosocial and economic dependency needs, but explained only 5 percent of the variance of this dependent variable.

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จโดยดี ด้วยความกรุณาและช่วยเหลืออย่างขี้อ้นจากรองศาสตราจารย์ ดร. ศุภัตตรา ตะบูนหงส์ และดร. ขนิษฐา นาคะ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา และข้อคิดเห็นต่างๆ รวมทั้งให้กำลังใจจนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ตลอดจนคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ จนกระทั่งสำเร็จการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่ได้กรุณาสับสนุนเงินสมทบบางส่วนในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการติดต่อประสานงานในการเก็บข้อมูลและผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลเป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ พี่สาวและเพื่อนทุกคนที่ได้ให้กำลังใจและให้การสนับสนุนช่วยเหลือด้านต่างๆ ทำให้งานวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

อรนุช ธรรมสอน

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ .....	(3)
Abstract .....	(5)
กิตติกรรมประกาศ.....	(7)
สารบัญ.....	(8)
รายการตาราง.....	(10)
รายการภาพประกอบ	(11)
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ปัญหา: ความเป็นมาและความสำคัญ.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิด.....	4
นิยามศัพท์.....	7
ความสำคัญของการวิจัย.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
แนวคิดผู้สูงอายุตอนปลาย.....	9
แบบแผนชีวิตผู้สูงอายุ.....	10
แบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ.....	10
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนชีวิต.....	15
การประเมินแบบแผนชีวิต.....	18
ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ.....	20
การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ.....	21
ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ.....	27
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ.....	29
การประเมินปัญหาสุขภาพ.....	31
	(8)



สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ความต้องการพึ่งพาของผู้สูงอายุ.....	36
ความต้องการพึ่งพาของผู้สูงอายุตอนปลาย.....	36
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการพึ่งพา.....	41
การประเมินความต้องการพึ่งพา.....	43
3    วิธีการวิจัย.....	45
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	45
เครื่องมือในการวิจัย.....	46
การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	50
การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	51
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	52
4    ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	54
ผลการวิจัย.....	54
การอภิปรายผล.....	73
5    สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	97
สรุปผลการวิจัย.....	97
ข้อเสนอแนะ.....	99
บรรณานุกรม.....	101
ภาคผนวก.....	117
ภาคผนวก ก.....	118
ภาคผนวก ข.....	131
ภาคผนวก ค.....	144
ภาคผนวก ง.....	145
ภาคผนวก จ.....	146
ประวัติผู้เขียน.....	147

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	55
2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่าง.....	57
3 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์ความแปรผัน และค่าความเบ้ของคะแนนแบบแผนชีวิต ปัญหาสุขภาพ และความต้องการพึ่งพา จำแนกตามคะแนนรายด้าน และ โดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง.....	60
4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของแบบแผนชีวิต โดยรวมปัญหาสุขภาพโดยรวม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันนอกบ้าน และความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจ โดยรวม.....	62
5 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิต โดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล.....	63
6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างปัจจัยทำนายกับแบบแผนชีวิต.....	64
7 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยปัญหาสุขภาพ โดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล.....	65
8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างปัจจัยทำนายกับปัญหาสุขภาพ.....	66
9 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล.....	67
10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างปัจจัยทำนายกับความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน.....	68
11 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน นอกบ้านของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล.....	69
12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างปัจจัยทำนายกับความสามารถ ในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้าน.....	70
13 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคมและ เศรษฐกิจของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล.....	71
14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างปัจจัยทำนายกับความต้องการพึ่งพาด้าน จิตสังคมและเศรษฐกิจ.....	72

รายการภาพประกอบ

ภาพประกอบ		หน้า
I	กรอบแนวคิดในการศึกษาแบบแผนชีวิต ปัญหาสุขภาพและความต้องการ พึ่งพาของผู้สูงอายุตอนปลาย.....	6

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ปัญหา: ความเป็นมาและความสำคัญ

ความก้าวหน้าทางการแพทย์ และสาธารณสุขทำให้ประชากรโลกมีอายุขัยเฉลี่ยสูงขึ้น ผลที่ตามมาคือ จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว องค์การสหประชาชาติได้คาดการณ์ไว้ว่าสัดส่วนผู้สูงอายุโลก จะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.6 ในปี พ.ศ. 2523 เป็นร้อยละ 9.7 ในปี พ.ศ. 2568 (United Nation, 1993) สำหรับประเทศไทยพบว่าโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน โดยเพิ่มจาก 5.8 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2543 เป็น 10.8 ล้านคนในปี พ.ศ. 2563 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2538) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มอายุ 75 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน จากการคาดประมาณประชากรผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ. 2523-2593 คาดประมาณว่าสัดส่วนประชากรสูงอายุกลุ่มอายุ 75 ปี ขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นจาก 1.1 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2543 เป็น 8.2 ล้านคน ใน พ.ศ. 2593 (United Nation, 1999 อ้างตาม นภาพร, 2542) ทั้งนี้เพราะอายุขัยเฉลี่ยของคนไทยที่สูงขึ้น อายุขัยเฉลี่ยคนไทยโดยรวม พ.ศ. 2543-2548 คือ 70.23 ปี (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2538)

เมื่อล่วงเข้าสู่วัยสูงอายุ สภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นและลักษณะการเปลี่ยนแปลงจะเป็นไปในทางที่เสื่อม (Staab & Hodges, 1996) โดยเฉพาะผู้สูงอายุตอนปลาย (old old) มีอายุ 75 ปีขึ้นไป ซึ่งถือว่าเป็นวัยชราอย่างแท้จริง (Yurick et al., 1989) จะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมมากขึ้นกว่าผู้สูงอายุตอนต้น (young old) ที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีเช่นเดียวกับวัยกลางคน (แสงจันทร์, 2541; Hebert, Brayne & Spiegelhalter, 1999) อายุที่มากขึ้นทำให้มีโอกาสเกิดโรคร้ายไข้เจ็บได้ง่ายเมื่อเจ็บป่วยจะมีความรุนแรง หายช้า มักมีความพิการหรือพยาธิสภาพต่างๆ ได้เสมอ (ศรีจิตรา และสุทธิชัย, 2542; Musil et al., 1998; Nesbitt & Heidrich, 2000) โดยพบว่าในผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปี ขึ้นไปส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรคหรือมากกว่าได้แก่ โรคข้อเสื่อม โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ การไค้ขยับบกร่องและโรคต่อกระดูก (Duthie, 1998) จากการศึกษาการประเมินสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุ 2 กลุ่ม คือ 65-74 ปี และ 75 ปี ขึ้นไป พบว่าผู้สูงอายุ 75 ปีขึ้นไป มีปัญหาสุขภาพ และมีสมรรถภาพของร่างกายลดลง รวมถึงพบว่ามีโรคเรื้อรังมากกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มอายุ 65-74 ปี (Ferraro, 1980; Hebert et al., 1999) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาแบบแผนการเจ็บป่วยและนโยบายเกี่ยวกับสวัสดิการรักษของผู้สูงอายุ

ในประเทศไทย พบว่าเมื่อพิจารณากลุ่มตามอายุ ผู้สูงอายุในกลุ่ม 75 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง รายงานว่าคนมีสุขภาพแย่มากขึ้น และเพิ่มตามอายุ (นพวรรณ, เกื้อ และรุ่งรัตน์, 2541)

จากปัญหาภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุที่เกิดจากสมรรถภาพร่างกายเสื่อมลงเป็นผลให้ ผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายอ่อนแอ มีโรคภัยไข้เจ็บและมีความบกพร่องของร่างกาย การดำรงชีวิตด้วยการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องยากลำบากมากขึ้น (Atchley, 1980) ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองเกี่ยวกับชีวิตประจำวันลดลงต้องการพึ่งพาช่วยเหลือจากผู้อื่น โดยความต้องการดูแลจะเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น (สุทธิชัย, 2541; สุทธิชัย, ชัยยศ, วิพุธ และไพบุณย์, 2542; Bondevik & Skogstad, 1998; Dunlop, Hughes & Manheim, 1997; Krach, Vaney, Turk & Zink, 1996; Melzer, 1999; Quinn, Johnson, Poon & Martin, 1999) บรุนเนอร์ (Brunner, 1982) กล่าวว่า การพึ่งพาคือสิ่งปดพิที่พบในผู้สูงอายุ ซึ่งการพึ่งพาผู้อื่นของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับ การสูญเสีย หรือการเปลี่ยนแปลงร่างกาย ความแข็งแรง และปัญหาจิตเวชที่เกิดขึ้น

การมีปัญหสุขภาพ ภาวะพึ่งพาและความต้องการพึ่งพาในผู้สูงอายุจึงมีความสัมพันธ์กัน โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอายุมาก ความต้องการพึ่งพามีสูงขึ้นตามสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป จากการศึกษากวสุขภาพผู้สูงอายุตอนปลายที่อยู่ที่บ้าน โดยคราช และคณะ (Krach et al., 1996) พบว่าสมรรถภาพทางร่างกาย มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุตอนปลายในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) โดยผู้สูงอายุมีความต้องการความช่วยเหลือในส่วนที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ และจากผลการศึกษาในผู้สูงอายุ 75 ปี ขึ้นไป พบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องของร่างกายสูงจะมีความต้องการพึ่งพาสูงขึ้นตามไปด้วย (Hebert et al., 1999; Sarvimaki & Stenbock-Hult, 2000) สำหรับการศึกษาภาวะพึ่งพาในผู้สูงอายุไทย จากการศึกษาปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทยโดย สุทธิชัย และคณะ (2542) ซึ่งประเมินภาวะพึ่งพาจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่า ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 2.1 มีภาวะพึ่งพาในระดับสูง และต้องการการดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด และจากการศึกษายังพบอีกว่าผู้สูงอายุที่อายุมากขึ้นจะมีความชุกภาวะพึ่งพาสูง นอกจากปัญหาทางร่างกายที่ต้องการพึ่งพาแล้ว ยังพบว่าปัญหาทางเศรษฐกิจการเงินก็นับเป็นปัญหาสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ (นภาพร, มาลินี และจันทร์เพ็ญ, 2532) โดยเฉพาะในผู้สูงอายุตอนปลายที่ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานจากสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมจึงไม่มีเงินรายได้ต้องพึ่งพาบุตรหลาน จากการศึกษาของมาลินี ศิริวรรณ และอัจฉรา (2541) พบว่าผู้สูงอายุยังต้องการช่วยเหลือด้านการเงิน แหล่งรายได้ที่สำคัญของผู้สูงอายุได้จากบุตรหลาน และนอกจากนี้ยังพบว่าความต้องการของผู้สูงอายุ อีกประการหนึ่งคือ มีความต้องการความอบอุ่นทางจิตใจ ซึ่งการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลานจะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและจิตที่ดี (โสภา, 2541)

การที่ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพที่ดีนั้นต้องมีแบบแผนชีวิตที่เหมาะสม ทั้งในส่วนการคงไว้ซึ่ง ภาวะสุขภาพ การส่งเสริมการดำรงชีวิต ตลอดจนการป้องกันความเจ็บป่วยซึ่งแบบแผนชีวิตที่ เหมาะสมจะมีผลลดความเสื่อมจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และลดอัตราการเจ็บป่วยได้ (Andrews, 2001) วอล์คเกอร์ ซีคริสต์ และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist & Pender, 1987) ได้กล่าวถึง แบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต ความรับผิดชอบต่อ สุขภาพ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการจัดการ กับความเครียด ซึ่งแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวนี้ เป็นกิจกรรมที่มุ่งหวังให้เพิ่มระดับ ภาวะสุขภาพให้มีภาวะสุขภาพดีและมีความผาสุกในการดำรงชีวิต มีการศึกษาพบว่า แบบแผนชีวิต ที่จะส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ออกกำลังกาย สม่าเสมอ นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ มีการขับถ่ายเป็นปกติ หลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อ สุขภาพ และมีการดูแลสุขภาพจิต (เขวาลักษณ์, 2529; รสสุคนธ์, 2537; สุดา, 2536; Laferriere & Hamel-Bissell, 1994; Simons, McCallum, Friedlander & Simons, 2000; Walker, 1992) จาก การศึกษาการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่มีอายุยืนยาวและแข็งแรงโดยบรรลุ และคณะ (2531) พบว่าผู้สูงอายุที่สุขภาพแข็งแรงและมีอายุยืนยาว จะมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสม มีการ ออกกำลังกายสม่าเสมอ สนใจเรื่องสุขภาพ ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ขับถ่ายเป็นปกติทุกวัน อย่างสม่าเสมอ และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี จากการศึกษาในกลุ่มที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป เกี่ยวกับ แบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพพบว่า การนอนหลับ 7-8 ชั่วโมง การรับประทานอาหารเข้าทุกวัน ไม่รับประทานอาหารจุกจิกระหว่างมื้อ การออกกำลังกายสม่าเสมอ การงดดื่มสุรา งดสูบบุหรี่ และ การควบคุมน้ำหนัก จะช่วยลดผลกระทบจากความเสื่อม ซึ่งเป็นผลจากความสูงอายุได้ (Walker, Volkan, Sechrist & Pender, 1988)

จากการศึกษาแนวคิดและผลการวิจัยที่ผ่านมาพอจะสรุปได้ว่า การมีปัญหาสุขภาพมีความ สำคัญและมีอิทธิพลต่อความต้องการพึ่งพาในผู้สูงอายุ ซึ่งการมีภาวะสุขภาพที่ดีเกิดจากการมี แบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเจ็บป่วย แบบแผนชีวิตที่เหมาะสมจะสามารถ ชะลอความเสื่อมของอวัยวะระบบต่างๆ ของร่างกายที่เกิดจากความสูงอายุได้ เมื่อมีสุขภาพที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ขึ้นพื้นฐานได้ด้วยตนเองโดยอิสระไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และจากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทยในกลุ่มที่มีอายุ 75 ปี ขึ้นไป ยังไม่พบการศึกษาเรื่องแบบแผนชีวิต ปัญหาสุขภาพ และความต้องการพึ่งพาในกลุ่มอายุนี้ อย่างเฉพาะเจาะจง การศึกษาที่พบส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุตอนต้น ดังนั้นจึงทำให้ผู้วิจัยมี ความสนใจที่จะศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลายเพราะจะพบว่ามีความเสื่อมถอยของร่างกาย จิตใจ สังกม ปრაกฏอย่างชัดเจน มักพบปัญหาสุขภาพ มีอัตราการเกิดโรคสูง จากการเปลี่ยนแปลงไปใน ทางเสื่อมของร่างกาย จิตใจและสังกม มีผลทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ต้อง

พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (Burke & Walsh, 1992) ต่างจากผู้สูงอายุตอนต้นซึ่งพบว่ามีความเชื่อมโยง  
ปรากฏอยู่บ้างเล็กน้อยยังสามารถช่วยเหลือตนเองและสังคมได้ การศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลาย  
นี้ จะทำให้มองภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุชัดขึ้นและนำผลการวิจัยเป็นแนวทางช่วยวางแผน  
ส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมี  
สุขภาพที่แข็งแรง ลดการพึ่งพาผู้อื่น และสามารถดำเนินชีวิต ได้อย่างมีความสุข

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาแบบแผนชีวิต ปัญหาสุขภาพ และความต้องการพึ่งพาของผู้สูงอายุตอนปลาย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพกับแบบแผนชีวิตและความต้องการพึ่งพา  
ของผู้สูงอายุตอนปลาย
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับแบบแผนชีวิต ปัญหาสุขภาพและ  
ความต้องการพึ่งพาของผู้สูงอายุตอนปลาย

### คำถามการวิจัย

1. แบบแผนชีวิต ปัญหาสุขภาพ และความต้องการพึ่งพาผู้สูงอายุตอนปลายเป็นอย่างไร
2. ปัญหาสุขภาพกับแบบแผนชีวิตและความต้องการพึ่งพาของผู้สูงอายุตอนปลายมีความ  
สัมพันธ์กันหรือไม่
3. ปัจจัยส่วนบุคคลกับแบบแผนชีวิต ปัญหาสุขภาพ และความต้องการพึ่งพาของผู้สูงอายุ  
ตอนปลายมีความสัมพันธ์กันหรือไม่

### กรอบแนวคิด

การศึกษานี้มีกรอบคลุมแบบแผนชีวิต ปัญหาสุขภาพ ความต้องการพึ่งพา และปัจจัย  
ส่วนบุคคลของผู้สูงอายุตอนปลาย โดยมีกรอบแนวคิดในการศึกษาแบบแผนชีวิต ปัญหาสุขภาพ  
และความต้องการพึ่งพาดังนี้

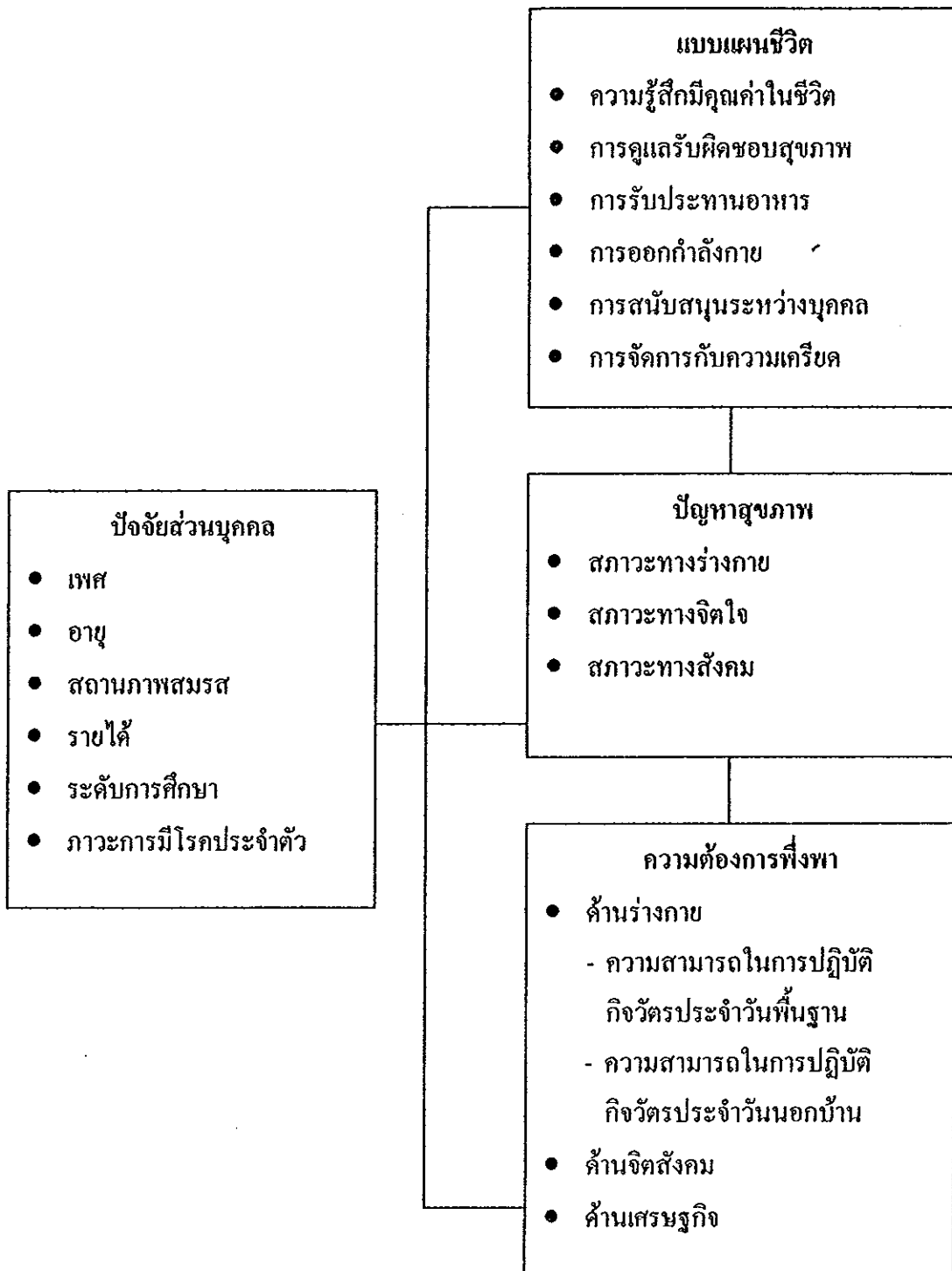
แบบแผนชีวิต เป็นพฤติกรรมหรือลักษณะนิสัยการดำเนินชีวิตที่ประพจน์เป็นแนวทางใน  
การดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อที่จะคงไว้หรือส่งเสริมความผาสุกและความสุขสมบูรณ์ในชีวิตของ  
แต่ละบุคคล (Walker et al., 1987) ซึ่งเครื่องมือที่นำมาใช้ประเมินแบบแผนชีวิตคือ The Health

Promoting Lifestyle Profile (HPLP) ของวอล์คเกอร์ และคณะ (Walker et al., 1987) โดยวัดพฤติกรรม 6 ด้านคือ 1) ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต 2) การดูแลรับผิดชอบสุขภาพ 3) การรับประทานอาหาร 4) การออกกำลังกาย 5) การสนับสนุนระหว่างบุคคล และ 6) การจัดการกับความเครียด ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมิน HPLP เพราะมีเนื้อหาครอบคลุมทั้งการป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพ โดยนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ปัญหาสุขภาพ เป็นความเมื่อยเบนของภาวะสุขภาพจากภาวะปกติ ซึ่งเกิดจากการมีโรคทำให้เกิดอาการผิดปกติต่อร่างกาย จิตใจ ซึ่งจะส่งผลทำให้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ในสังคมได้ตามปกติ (แสงจันทร์, 2541; Eliopoulus, 1997) ผู้วิจัยได้ประเมินปัญหาสุขภาพโดยนำแนวคิดภาวะสุขภาพและแบบประเมินภาวะสุขภาพของสจิวต์ และแวร์ (Stewart & Ware, 1992) มาดัดแปลง โดยดัดแปลงจากแบบประเมินเดิมมาเป็น 3 ด้านดังนี้ 1) สภาวะทางร่างกาย 2) สภาวะทางจิตใจ และ 3) สภาวะทางสังคม ซึ่งแบบประเมินที่ดัดแปลงมานี้จะประเมินการมีหรือไม่มีปัญหาสุขภาพทั้ง 3 ด้าน ทั้งนี้เพื่อให้เหมาะสมสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ความต้องการพึ่งพา เป็นความต้องการเป็นความปรารถนาบางสิ่งบางอย่างที่มีความจำเป็นเพื่อการดำรงชีวิต และเพื่อรักษาภาวะสมดุลของการดำรงชีวิตทั้งทางร่างกายและจิตสังคม (ฉันทนา, 2537) เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ร่างกายจะเสื่อมด้อยลง มีสุขภาพร่างกายอ่อนแอมีโรคภัยไข้เจ็บไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง วัยสูงอายุจึงเป็นวัยที่มีความสามารถในการพึ่งพาตนเองลดลง ดังนั้น เมื่อความสามารถในการพึ่งพาตนเองลดลงผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องพึ่งพามนุษย์คนอื่น ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงประเมินความสามารถและความต้องการพึ่งพาใน 4 ด้าน ตามแนวคิดของ แอทชลีย์ (Atchley, 1980) จากผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาเป็น 3 ด้าน ดังนี้คือ 1) ความต้องการพึ่งพาด้านร่างกาย ผู้วิจัยได้ประเมินการวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน โดยใช้แบบประเมินบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) และการวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกร้านใช้แบบประเมินดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chular ADL index) 2) ความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคม และ 3) ความต้องการพึ่งพาด้านเศรษฐกิจ ซึ่งจากการศึกษานำมาเขียนกรอบแนวคิดได้ตามภาพประกอบ 1 ดังนี้





ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาแบบแผนชีวิต ปัญหาสุขภาพ และความต้องการพึ่งพาของผู้สูงอายุตอนปลาย

## นิยามศัพท์

ผู้สูงอายุตอนปลาย หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป

แบบแผนชีวิต หมายถึง พฤติกรรมหรือลักษณะนิสัยการดำเนินชีวิตที่ประพฤติเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต เพื่อที่จะคงไว้หรือส่งเสริมความสุขสมบูรณ์ในชีวิตของผู้สูงอายุตอนปลาย ซึ่งได้จากการประเมินโดยใช้แบบประเมิน The Health Promoting Lifestyle Profile (HPLP) ของวอล์กเกอร์ และคณะ (Walker et al., 1987)

ปัญหาสุขภาพ หมายถึง อาการไม่สุขสบายทางกายและภาวะเบี่ยงเบนทางอารมณ์ จิตใจ และสังคมที่ได้จากการประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพที่ผู้วิจัย คัดแปลงมาจากแนวคิดของสจิวต์ และแวร์ (Stewart & Ware, 1992)

ความต้องการพึ่งพา หมายถึง ความต้องการการช่วยเหลือและดูแลจากครอบครัวของผู้สูงอายุตอนปลาย 3 ด้านคือ ความต้องการพึ่งพาด้านร่างกาย ได้จากการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และกิจวัตรประจำวันนอกบ้าน โดยใช้แบบประเมินบาร์ธเอล เอดีแอล (Barthel ADL index) และแบบประเมินจุฮาเอดีแอล (Chula ADL index) ตามลำดับ และความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคมและความต้องการพึ่งพาด้านเศรษฐกิจ ได้จากการประเมินด้วยแบบประเมินที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของแอชลีย์ (Atchley, 1980) และจากการทบทวนวรรณกรรม

## ความสำคัญของการวิจัย

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัวและชุมชนตระหนักถึงแบบแผนชีวิต ปัญหาสุขภาพ และความต้องการพึ่งพาของผู้สูงอายุตอนปลาย และนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตอนปลาย ได้อย่างเหมาะสม
2. เป็นข้อมูลที่ใช้ประกอบในการจัดการเรียนการสอนหัวข้อการพยาบาลผู้สูงอายุสำหรับนักศึกษาในส่วนที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ แบบแผนชีวิต และความต้องการพึ่งพาของผู้สูงอายุตอนปลาย ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
3. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบาย การจัดบริการทางด้านสุขภาพอนามัย โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างเหมาะสมในผู้สูงอายุตอนปลาย

**ขอบเขตการวิจัย**

การศึกษานี้ครอบคลุมประชากรผู้สูงอายุในจังหวัดตากที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไปที่มีการรับรู้  
ปกติ และสื่อสารได้

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนชีวิต ปัญหาสุขภาพ และความต้องการพึ่งพาของผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพ กับแบบแผนชีวิต และความต้องการ และศึกษาหาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับแบบแผนชีวิต ปัญหาสุขภาพ และความต้องการพึ่งพา โดยมีขอบเขตการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุตอนปลาย

แบบแผนชีวิตผู้สูงอายุ

ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

ความต้องการพึ่งพาของผู้สูงอายุ

### แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุตอนปลาย

ความหมายของผู้สูงอายุตอนปลาย

ผู้สูงอายุหมายถึง บุคคลที่อยู่ในภาวะความสูงอายุหรือชราภาพ (aging) เกี่ยวข้องกับกระบวนการการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องของชีวิต โดยอายุหรือวัยที่มีผลต่อพฤติกรรมและแรงจูงใจของบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยา จิตใจ และสังคม (ศรีสุตา, 2542) การที่จะพิจารณาว่าบุคคลจะเข้าสู่วัยสูงอายุเมื่อใดนั้นแต่ละประเทศ หรือแต่ละสังคมจะทำได้แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับกฎหมาย วัฒนธรรม และความเชื่อของสังคมนั้น องค์การอนามัยโลกได้ยึดเอาความยาวของชีวิตตามปฏิทินเป็นเกณฑ์เบื้องต้น สำหรับผู้สูงอายุตอนปลาย หมายถึง การเข้าสู่วัยชราอย่างแท้จริง จะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายมาก ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองเกี่ยวกับชีวิตประจำวันลดลงเข้าสู่ระยะพึ่งพา (Yurick et al., 1989; แสงจันทร์, 2541)

การแบ่งช่วงวัยของผู้สูงอายุนั้น ได้มีผู้กำหนดหลักเกณฑ์ สรุปได้ดังนี้

ที่ประชุมองค์การอนามัยโลกที่ประเทศสวีเดนในปี ค.ศ. 1963 ได้กำหนดวัยสูงอายุมีอยู่ในช่วง 60-74 ปี วัยชราจะเป็นกลุ่มที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป (จันทร์ฉาย, 2538) สอดคล้องกับสมาคมสาธารณสุขแห่งชาติสหรัฐอเมริกา ซึ่งได้แบ่งผู้สูงอายุออกเป็นช่วง โดยกำหนดวัยสูงอายุตอนต้นอายุ 65-74 ปี วัยสูงอายุตอนปลาย 75 ปีขึ้นไป (จรัสวรรณ และพัชรี, 2536) สถาบันแห่งชาติเกี่ยวกับผู้สูงอายุของสหรัฐอเมริกา (National Institution on Aging) ได้กำหนดว่าผู้สูงอายุวัยตอนต้น

(the young old) คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-74 ปี ผู้สูงอายุวัยท้อหรือตอนปลาย (the old elderly) คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเฟอร์โรและเฮร์เบิร์ต และคณะ (Ferraro, 1980; Herbert et al., 1999) ที่แบ่งผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-74 ปี และกลุ่มผู้สูงอายุวัยท้อ หรือตอนปลาย มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป

สำหรับในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้เกณฑ์กำหนดด้วยผู้สูงอายุตอนปลายคือมีอายุ 75 ปีขึ้นไป ตามคำนิยามของสมาคมสาธารณสุขแห่งสหรัฐอเมริกา และสถาบันแห่งชาติเกี่ยวกับผู้สูงอายุของสหรัฐอเมริกา

### แบบแผนชีวิตผู้สูงอายุ

แบบแผนชีวิตตามแนวคิดของซิงเกอร์ (Singer, 1982 cited by Walker et al., 1987) เป็นพฤติกรรมต่างๆ ของบุคคลที่กระทำเป็นประจำทุกวัน ชูลท์ (Shultz, 1984) ได้ให้ความหมายไว้ว่าเป็นอุปนิสัยในการดำรงชีวิตของแต่ละบุคคล โดยมีผลกระทบทางบวกหรือทางลบต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของอาร์เดล (Ardell, 1979 cited by Walker et al., 1987) แบบแผนชีวิต หมายถึงพฤติกรรมทั้งหมดที่บุคคลควบคุม รวมทั้งกิจกรรมต่างๆ ที่มีผลกระทบก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพของบุคคล ส่วนแนวคิดแบบแผนชีวิตของเพนเดอร์ (Pender, 1996) คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สนับสนุนซึ่งกันและกันในการก่อให้เกิดแบบแผนการดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพดี สำหรับแนวคิดของวอล์กเกอร์ และคณะ (Walker et al., 1987) คือ การกระทำและรับรู้ของบุคคลเพื่อที่จะคงไว้หรือส่งเสริมให้เกิดความผาสุก ความรู้สึกมีคุณค่าและความสุขสมบูรณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล

แบบแผนชีวิตกล่าวโดยสรุป คือ พฤติกรรมหรือลักษณะนิสัยการดำเนินชีวิตที่ปฏิบัติเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตประจำวันและมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของแต่ละบุคคล

### แบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นแบบแผนชีวิต เป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล พฤติกรรมสุขภาพที่ดีจะช่วยการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย การป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งนับเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุมีลักษณะการเปลี่ยนแปลงไปทางเสื่อมของสภาพร่างกาย ซึ่งพฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาพ มีดังนี้

1. การรับประทานอาหาร การรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ โดยไปชะลอความเสื่อมของเซลล์หรืออวัยวะให้ช้าลงช่วยให้มีสุขภาพแข็งแรง และมี

ความต้านทานต่อโรค (วิภาวี, 2537) ความต้องการอาหารของผู้สูงอายุจะแตกต่างจากวัยหนุ่มสาวเพียงเล็กน้อย โดยขึ้นอยู่กับอายุและกิจกรรม ช้อยกเว้นที่สำคัญคือปริมาณแคลอรี ต้องลดลงตามอายุ ความต้องการแคลอรีจะลดลงโดยประมาณร้อยละ 22 เมื่ออายุ 50-80 ปี (Abbasi, 1998) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงระบบย่อยอาหาร ภาวะเศรษฐกิจที่ไม่เอื้ออำนวย นิสัยการรับประทานอาหารรวมถึงการเจ็บป่วย จากสาเหตุดังกล่าวนี้ อาจทำให้ผู้สูงอายุ มีแนวโน้มขาดสารอาหารได้ง่าย โภชนาการจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้สูงอายุต้องคำนึงถึง และควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และมีคุณค่า รับประทานอาหารให้มีความเพียงพอกับร่างกาย เพื่อเสริมสร้างให้ร่างกายแข็งแรง ลักษณะอาหารของผู้สูงอายุควรเป็นอาหารที่อ่อนนุ่ม เคี้ยวง่าย มีสีส้ม กลิ่นและรสชวนรับประทาน รสไม่จัด การรับประทานแต่ละมื้อควรเป็นจำนวนน้อยแต่บ่อยขึ้นเป็นวันละ 4-5 มื้อ โดยเพิ่มมื้อสายและมื้อบ่าย ให้มีมื้อกลางวันเป็นอาหารหลักเพื่อช่วยลดปัญหาแน่นท้องหลังอาหาร (นิคยา, 2535) โดยทั่วไปผู้สูงอายุมีความต้องการสารอาหารดังนี้ (เกษม และ กุลยา, 2528; ไกรสิทธิ์ และ อรุวรรณ, 2540; วิภาวี, 2537; Camevali & Patrick, 1993)

พลังงาน ผู้สูงอายุต้องการพลังงานลดลง อันเนื่องมาจากผู้สูงอายุมีอัตราเมตาบอลิซึมพื้นฐาน และกิจกรรมในการใช้พลังงานลดลง ผู้สูงอายุ จะมีความต้องการพลังงานลดลง ประมาณ 500 แคลอรีในผู้ชายและ 400 แคลอรีในผู้หญิง เมื่อมีอายุ 75 ปี หรือลดลงร้อยละ 2 ทุกๆ 10 ปี ของอายุที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 75 ปีขึ้นไป ควรได้รับพลังงานจากอาหาร 2,150 แคลอรีต่อวันในผู้ชาย และ 1,680 แคลอรีต่อวันในผู้หญิง (Thomas, 1991) และไม่ควรได้รับพลังงานน้อยกว่า 1,200 แคลอรีต่อวันเพราะจะทำให้ได้สารอาหารไม่เพียงพอได้

โปรตีน อาหารโปรตีนช่วยเสริมสร้างและซ่อมแซมเนื้อเยื่อต่างๆ ของผู้สูงอายุ ควรได้รับประทานโปรตีน 0.8-1 กรัมต่อน้ำหนักตัว อาหารที่ให้โปรตีนคุณภาพดี ควรได้จากไข่ เนื้อสัตว์ต่างๆ โดยเฉพาะเนื้อปลา ทั้งนี้เพื่อให้ได้กรดอะมิโนที่จำเป็นครบ ผู้สูงอายุไม่ควรได้รับสารอาหารโปรตีนสูงเกินไปเนื่องจากจะทำให้เกิดการย่อยและการดูดซึมไม่ดี และเป็นภาระต่อไตในการขับถ่ายของเสียในไตรเจน

คาร์โบไฮเดรต ปริมาณคาร์โบไฮเดรตที่ควรได้รับในผู้สูงอายุควรเป็นร้อยละ 55-60 ของพลังงานทั้งหมดจากอาหารและควรเป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน เช่น ข้าว ธัญพืช ขนมปังมากกว่าน้ำตาลเชิงเดี่ยวเนื่องจากการศึกษาต่างๆ พบว่าน้ำตาล โดยเฉพาะซูโครสก่อให้เกิดปัญหาภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

ไขมัน ผู้สูงอายุควรบริโภคไขมันน้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 20-30 ของพลังงานทั้งหมดจากอาหาร และในปริมาณนี้ควรเป็นไขมันอิ่มตัวน้อยกว่าร้อยละ 10 รวมทั้ง โคลเลสเตอรอล ที่ได้จากสารอาหารควรน้อยกว่า 300 มิลลิกรัมต่อวัน ควรหลีกเลี่ยงเครื่องในสัตว์ หนังเป็ด ไข่ ซึ่งมีโคเลสเตอรอลสูงทั้งนี้เพื่อป้องกันปัญหาภาวะโรคหัวใจ และโรคเรื้อรังอื่นๆ

วิตามินและแร่ธาตุ ผู้สูงอายุมักเป็นบุคคลที่รับประทานอาหารเช้าก่อนข้างน้อยดังนั้นทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพร่องของวิตามินและแร่ธาตุในร่างกาย ผู้สูงอายุมักเกิดปัญหาการขาดวิตามินบี 12 ธาตุเหล็กและแคลเซียม เนื่องจากรับประทานอาหารเช้าได้น้อยและประสิทธิภาพการดูดซึมอาหารในลำไส้ลดลง รวมทั้งการสูญเสียสารอาหารจากการเกิดโรคเรื้อรัง ดังนั้นการจัดอาหารให้ควรมีความหลากหลายและปริมาณที่เหมาะสม รวมทั้งการส่งเสริมรับประทานผักผลไม้ ซึ่งเป็นการช่วยให้ภาวะโภชนาการวิตามินและแร่ธาตุของผู้สูงอายุอยู่ในภาวะสมดุล จากการศึกษาเปรียบเทียบการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารเช้าในผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีในชนบทและในเมืองของประเทศอังกฤษพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรง ส่วนใหญ่จะบริโภคและผลไม้เป็นประจำ (Morgan, Armstrong, Huppert, Brayne & Solomou, 2000) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปรากฏการณ์ในผู้สูงอายุ 100-109 ปี จำนวน 12 คน ถึงผลที่ทำให้มีอายุยืน และมีสุขภาพแข็งแรง โดยกลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญในการบริโภคอาหาร เลือกรับประทานผักและผลไม้ เป็นประจำทุกวัน (Pascucci & Loving, 1997)

น้ำ น้ำมีความจำเป็นในระบบย่อยอาหารจับของเสียทำให้ผิวหนังชุ่มชื้น ควรดูแลให้ได้รับน้ำประมาณ 6-8 แก้วต่อวันหรือ 1,500-2,000 ซีซีต่อวัน

2. การออกกำลังกาย การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเป็นวิธีที่ชะลอความสูงอายุ และทำให้เซลล์ภายในร่างกายเสื่อมช้าลง การออกกำลังกายเป็นการดำรงไว้ซึ่งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ กระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อปอดและระบบไหลเวียนของโลหิตให้มีประสิทธิภาพการออกกำลังกายช่วยให้ลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคกระดูกงอได้ และลดภาวะการเสื่อมของข้อในผู้สูงอายุได้ และยังช่วยส่งเสริมสุขภาพจิต ผ่อนคลายความตึงเครียด (เกษม และกุลยา, 2528; Andrews, 2001) ผู้สูงอายุควรละเว้นการออกกำลังกายหรือการเล่นกีฬาที่ใช้กำลังมากๆ ในช่วงเวลาสั้นๆ การออกกำลังกายที่เหมาะสมต้องไม่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บหรืออันตราย (สุทธิชัย, 2541) การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ คือ การออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความทนของระบบหัวใจ และหลอดเลือดรวมทั้งเพิ่มความแข็งแรงและเพิ่มความยืดหยุ่นให้แก่กล้ามเนื้อ (สุทธิชัย, 2541; Chandler & Studenski, 1998) โดยผู้สูงอายุจะต้องเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง คำนึงถึงอายุ สภาพร่างกาย ความเพลิดเพลินและความพึงพอใจ สำหรับผู้สูงอายุที่ยังมีสุขภาพแข็งแรงคืออยู่การออกกำลังกายที่เหมาะสม ควรเป็นการออกกำลังกายแบบการใช้แรงกระแทกต่ำ (low intensity exercise training) ซึ่งจะมีความเหมาะสมสำหรับผู้ที่มีสมรรถภาพร่างกายเหลือน้อย การออกกำลังกายแบบนี้ คือ การเดินช้า การวิ่งเหยาะ การขี่จักรยาน และการว่ายน้ำ เป็นต้น ควรออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 25-30 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (Chandler & Studenski, 1998) การออกกำลังกายแต่ละครั้งจะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 30-45 ซึ่งจะช่วยเพิ่มความทนของระบบหัวใจและหลอดเลือด และ

การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีอายุมาก หรือไร้สมรรถภาพทางร่างกาย คือการออกกำลังกายแบบการทรงตัว (balance training) โดยการยืนขาเดียว ยืนทรงตัวในแม่น้ำหรือทะเล เดินแบบต่อเท้าไปกลับ (tandem walking) และการเดินบนคานแคบๆ บนพื้น ค้างเท้าแบบช้าๆ ไม้รับแรง ทำ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งการออกกำลังกายแบบนี้จะช่วยเพิ่มความแข็งแรงของข้อต่อต่างๆ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และความทนของระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งการออกกำลังกายแบบนี้ยังช่วยเพิ่มกำลังขา ทำให้อัตราการหกล้มในผู้สูงอายุลดลง (Chandler & Studenski, 1998) การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพและวัยจะช่วยให้การทำงานของอวัยวะระบบต่างๆ ของร่างกายมีประสิทธิภาพดีขึ้นและยังฟื้นฟูอวัยวะที่เสื่อมไปแล้วให้ดีขึ้นได้ มีการศึกษาพบว่า การเดินออกกำลังกาย 4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์มีความสัมพันธ์ในการลดอัตราเสี่ยงจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Lacroix et al., 1996 cited by Morgan et al., 2000) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมอร์แกนและคณะ (Morgan et al., 2000) พบว่า ผู้สูงอายุในเมืองที่ออกกำลังกายโดยการเดินออกกำลังกายเป็นประจำสามารถป้องกันอันตรายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

3. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งสภาพร่างกายจิตใจ อารมณ์ และสังคม การเปลี่ยนแปลงของทุกระบบในร่างกายนั้นอยู่ในรูปความเสื่อมถอยมากกว่า การเจริญเติบโต (เกษม และกุลยา, 2528) ดังนั้นผู้สูงอายุควรสนใจ และรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองเพื่อให้สุขภาพดี โดยควรดูแลสุขภาพดังนี้

3.1 การดูแลความสะอาดของร่างกาย ผู้สูงอายุจะมีผิวหนังบาง ค่อม ไขมันผลิตไขมันน้อยลง ทำให้ผิวหนังแห้งกระด้าง การอาบน้ำที่ถูกต้องจะช่วยให้ผิวหนังชุ่มชื้นได้ และกระตุ้นการไหลเวียนได้ผิวหนัง แต่ผู้สูงอายุไม่ควรอาบน้ำบ่อยครั้ง ควรอาบน้ำวันละครั้งในวันที่อากาศร้อน และเป็น 2 วันต่อครั้งได้ในช่วงที่อากาศหนาวเย็น ไม่ควรสระผมบ่อยเพราะเป็นวัยที่หนังศีรษะแห้ง จึงควรสระผมสัปดาห์ละครั้ง ในระยะอากาศหนาวสระ 2-3 สัปดาห์ต่อครั้งได้ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการคันศีรษะ หรือหนังศีรษะลอกเป็นขุย เนื่องจากในระยะที่อากาศหนาว หนังศีรษะจะแห้งมากกว่าปกติ มือ เท้าและเล็บต้องได้รับการดูแลให้สะอาด เล็บต้องตัดสั้นเพื่อให้ง่ายต่อการรักษาความสะอาด การรักษาสุขภาพปากและฟันผู้สูงอายุ ควรทำความสะอาดเหงือกและฟันหลังรับประทานอาหารด้วยแปรงนุ่มๆ หรือใช้ฟ้านิ่มๆ ชุบน้ำเช็ดเหงือก ถ้าพบความผิดปกติของปากและฟัน หรืออวัยวะในช่องปาก ควรพบทันตแพทย์ เพื่อรักษาที่ถูกต้อง เสื้อผ้าที่สวมใส่ควรเป็นผ้าเนื้อนุ่ม ผ้าต้องแห้งและสะอาดอยู่เสมอ มีขนาดที่สวมใส่สบายและสบายเหมาะกับลักษณะของอากาศ

3.2 การหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ สิ่งที่เป็นอันตรายหรือเกิดโทษต่อสุขภาพ ที่ผู้สูงอายุควรระวังหรือจำกัดลงให้น้อยที่สุด ได้แก่ บุหรี่ สุรา กาแฟ รวมทั้งการ



เคี้ยวหมาก เนื่องจากซึ่งสิ่งเหล่านี้โดยเฉพาะบุหรี่ และสุราเป็นสิ่งที่ทำลายสุขภาพ การสูบบุหรี่นั้น จะเกิดสารพิษหลายอย่างจากการเผาไหม้ นิโคติน เป็นสาเหตุทำให้หลอดเลือดตีบ ทำให้เกิดโรค ของหลอดเลือดหัวใจ คาร์บอนไดออกไซด์ทำให้สมองขาดออกซิเจน การทำให้เป็นมะเร็งที่ ปอดได้ สุราซึ่งมีส่วนผสมของแอลกอฮอล์จะมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ถ้าดื่มเป็นประจำ และดื่มปริมาณมาก จะทำให้ติดสุรากลายเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง เป็นต้น จากการศึกษาลักษณะ ผู้สูงอายุไทยที่มีอายุเกิน 100 ปี พบว่า ผู้มีอายุยืนร้อยละ 56.41 ไม่เป็นผู้คิดสิ่งเสียดสีที่มีผลเสีย อย่างรุนแรงต่อสุขภาพ (วันดี, นางนุช, อุบลพรรณ, สาคร และประสิทธิ์, 2541)

3.3 การตรวจสุขภาพ การตรวจสุขภาพประจำปี เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ จะเป็นการ ประเมินสภาพร่างกาย และค้นหาสาเหตุของโรค และหาทางป้องกันรักษาได้ทันที่ (เกษม และ กุลดา, 2528) จากการศึกษาแบบแผนสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยวันเพ็ญ (2539) พบว่าผู้สูงอายุไม่ เคยไปตรวจสุขภาพประจำปีถึงร้อยละ 83.3 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบรรลุ และคณะ (2531) พบว่าด้านความสนใจเรื่องสุขภาพ ผู้สูงอายุไม่ค่อยสนใจในเรื่องสุขภาพตนเองมากนัก โดยพบว่าไม่ เคยเช็คร่างกายของตนเองถึงร้อยละ 80 ดังนั้นควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ ได้มีการใช้ระบบ บริการสุขภาพ โดยเฉพาะการตรวจสุขภาพซึ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ

4. การดูแลสุขภาพจิต และจิตวิญญาณ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดีจะมีบทบาทที่ถูกต้อง เหมาะสม ยอมรับสิ่งใหม่และยอมรับการสูญเสียต่างๆ ที่เกิดขึ้นมีการยึดหยุ่นในสถานการณ์ต่างๆ ได้ อย่างเหมาะสม (สุดา, 2536) ผู้สูงอายุควรจะได้มีการปรับตัว โดยทำจิตใจให้สดชื่นเบิกบานอยู่เสมอ มีทัศนคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลง การมีภาวะจิตใจที่เข้มแข็งจะมีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพและมีผล โดยตรงต่อการลดอัตราการเจ็บป่วย (Lafferriere & Hamel-Bissell, 1994) ผู้สูงอายุไม่ควรคิดว่า ตนเองไร้ประโยชน์ต้องหาวิธีการควบคุมหรือจัดการกับความเครียดเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพจิตที่ดี ซึ่ง การลดความเครียดหรือจัดการกับความเครียดด้วยตนเองอาจทำได้โดย เปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม ที่ทำให้เกิดความเครียด เช่น การบริหารเวลา รู้จักหาทางออกเมื่อเผชิญกับปัญหาต่างๆ การสร้าง สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เป็นต้น มีการปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพ และการรับรู้ของตนเอง เช่น ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่างของตนเอง และมีการรับรู้ใช้ทักษะในการจัดการกับความเครียดด้วย วิธีการต่างๆ เช่น การทำสมาธิ วิธีการผ่อนคลาย เป็นต้น นอกจากการดูแลสุขภาพจิตแล้ว การเจริญ ทางจิตวิญญาณมีความสำคัญ เพราะจิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบพื้นฐานส่วนหนึ่งของมนุษย์ (Heriot, 1992) จะช่วยในการมองโลกของบุคคล เช่น ความหลุดพ้นของตนเอง ความหวัง ความรัก และความจริงใจ การเจริญทางจิตวิญญาณจะมุ่งไปที่การพัฒนาจิตของบุคคล เกี่ยวข้องกับการค้นหา ความหมายและเป้าหมายของชีวิต ศาสนา จึงเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการเจริญทางจิตวิญญาณ ใน อันจะนำไปสู่ทางดับทุกข์ในผู้สูงอายุที่มีการเจริญทางจิตวิญญาณจะเข้าใจความหมายของชีวิตและ

หึงพอใจของชีวิตจะแสวงหา ความมั่นคงในจิตใจ โดยการปฏิบัติและการบำเพ็ญศาสนกิจ ใช้ชีวิตอยู่อย่างสงบสุข จากการศึกษาผลที่มีส่วนทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรงของผู้สูงอายุในกลุ่มอายุ 100 ปีขึ้นไป พบว่า ความเชื่อในพระเจ้า การเข้าใจความหมายของชีวิต มีชีวิตอยู่อย่างมีความหวัง จะทำให้ชีวิตมีความสุข และนำมาซึ่งการมีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่แข็งแรง (Pascucci & Loving, 1997)

5. การสนับสนุนระหว่างบุคคล หรือการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล จากทฤษฎีเชิงจิตสังคมพบว่า ผู้สูงอายุยังมีความต้องการทางสังคมเช่นเดียวกับบุคคลในวัยกลางคน แต่เนื่องจากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดทางร่างกาย จากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทำให้ไม่สะดวกในการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เกิดการแยกตัวออกจากสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกเหงา และว้าเหว่ (สุพรรณิ, 2534) ครอบครัวจึงมีความสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี เพราะครอบครัวและความสัมพันธ์ต่างๆ ของครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ จากการศึกษาของเกริกศักดิ์ สุริย์ และสมศักดิ์ (2533) พบว่าครอบครัวและสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุตรหลานกับผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี นอกจากนี้สัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน และเพื่อนร่วมวัยมีความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ การสนทนากับเพื่อนที่ถูกใจ จะทำให้จิตใจเกิดความสบาย ส่งผลให้สุขภาพจิตดี ซึ่งจะเป็ปัจจัยต่อการมีภาวะสุขภาพที่ดี จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุหญิง 75 ปี ขึ้นไปพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับบุตรหลาน เพื่อนบ้าน หรือกลุ่มทางสังคมเลย มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีสุขภาพที่แย่ลง (Yasuda et al., 1997)

พฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติเป็นแบบแผนชีวิตในผู้สูงอายุจึงเป็นกิจกรรมหรือการกระทำของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย ดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ฟื้นฟูและส่งเสริมสุขภาพ หรือทำให้สุขภาพดีขึ้น เป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ถ้าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่ถูกต้องก็จะสามารถชะลอความเสื่อมของร่างกายและลดโอกาสการเกิดโรคต่างๆ ได้

#### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนชีวิต

แบบแผนชีวิต เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันและมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของบุคคล (ปาลีรัตน์, 2541) ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นแบบแผนชีวิตมีดังนี้คือ

1. เพศ ในปัจจุบันจากอายุขัยเฉลี่ย พบว่าเพศหญิงมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวกว่าเพศชาย ซึ่งแสดงว่าเพศหญิงน่าจะมีแบบแผนชีวิตและภาวะสุขภาพดีกว่าเพศชาย จากการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมดีกว่าเพศชาย รวมทั้งมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนดีกว่าเพศชายซึ่งมี

พฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา (Ferraro, 1980; Kim, Bramlett, Wright & Poon, 1998; Walker et al., 1988) และจากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคหัวใจหลอดเลือดของผู้สูงอายุตอนปลาย พบว่า เพศชายมีอัตราการเกิดโรคหัวใจหลอดเลือดสูงมากกว่าเพศหญิง ซึ่งเกิดจากมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม (Fraser & Sharlik, 1997) ส่วนการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิต สังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเขวาลักษณ์ (2529) พบว่า เพศมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพต่างกัน โดยเพศชายมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าเพศหญิง เพราะเพศชายมีโอกาสได้รับข่าวสารข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องมากกว่าเพศหญิง ซึ่งส่วนใหญ่ทำงานอยู่ในบ้าน

2. อายุ มีส่วนเกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง การรับรู้ การแปลความหมาย การเข้าใจ การตัดสินใจ และความสามารถในการกระทำกิจกรรมทางสุขภาพ (Orem, 1985) มีการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมหรือแบบแผนชีวิต โดยพบว่าเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น ก็มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีสม่ำเสมอ (Palank, 1991) จากการศึกษาเปรียบเทียบแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพระหว่างกลุ่มผู้ใหญ่ตอนต้น และตอนกลางกับวัยสูงอายุเพื่อหารูปแบบและความสัมพันธ์ พบว่า ความแตกต่างของอายุมีผลต่อการแสดงพฤติกรรม อธิบายได้ว่า วัยสูงอายุ มีการตอบสนองต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการ การจัดการความเครียด และการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพดีกว่าผู้ใหญ่ (Walker et al., 1988) จากการศึกษาพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้สุขภาพของผู้สูงอายุ โดย เรเฟ โยโฮ และแซม (Riffle, Yoho & Sams, 1989) พบว่า อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเอง และความสามารถจะเพิ่มขึ้นตามอายุ แต่จะลดลงในวัยสูงอายุ เพราะอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้ความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเองและการตัดสินใจลดน้อยลง รวมถึงการมีข้อจำกัดทางกายสำหรับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยพวงเพ็ญ (2538) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี และอายุ 70-79 ปี มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป

3. สถานภาพสมรส ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรส น่าจะมีแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่ เป็น โสดหรือไม่มีคู่สมรส เนื่องจากมีโอกาสได้รับการกระตุ้นและได้รับการช่วยเหลือในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพจากคู่สมรส (Walker et al., 1988) ซึ่งจากการศึกษามุมมองที่มีความสัมพันธ์กันระหว่างสถานภาพสมรสและการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุหญิงจำนวน 619 คน พบว่าผู้สูงอายุหญิง ที่อยู่คู่สมรสจะมีสุขภาพดีกว่าและมีอัตราตายต่ำกว่า ผู้สูงอายุที่อยู่กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรสหรืออยู่คนเดียว (Sarwari, Fredman, Langenberg & Magaziner, 1998) และจากการศึกษาของรสสุคนธ์ (2537) พบว่าผู้สูงอายุที่มีคู่สมรส มีแบบแผนการออกกำลังกายด้านการดูแลรับผิดชอบสุขภาพและการจัดการความเครียดดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มี คู่สมรส

4. รายได้ รายได้เป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิต ผู้ที่มีรายได้ดีจะเป็นผู้ที่สามารถตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานในชีวิตได้ดี บุคคลที่มีรายได้สูงก่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคง มีโอกาสเข้ารับการรักษาอย่างถูกต้อง เมื่อเจ็บป่วยรวมถึงโอกาสในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ มากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย (Willist & Crider, 1988; วรณวิมล, 2535) ซึ่งมักต้องทำงานหนัก เพื่อหาเงินมาใช้ในการดำรงชีวิตประจำวันทำให้เป็นข้อจำกัดต่อการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพ วิลลิสต์ และ ไคเดอร์ (Willist & Crider, 1988) พบว่าผู้มีการศึกษาและรายได้สูงสามารถแสวงหาอาหารและแหล่งบริการได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาและรายได้ต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิรมาท (2534) และพวงเพ็ญ (2538) พบว่า ผู้ที่มีรายได้สูงมีการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพดีกว่าบุคคลที่มีรายได้ต่ำ

5. ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาจะช่วยให้บุคคลทำความเข้าใจต่อสิ่งต่างๆ ที่เรียนรู้ได้มาก มีการตัดสินใจที่ดีและสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องเหมาะสม ระดับการศึกษาสูงจะช่วยให้บุคคลมีความรู้ความสามารถในการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพหรือแบบแผนชีวิตในทางบวก (Pender & Pender, 1987) รวมทั้งช่วยให้สามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิตได้ดี ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีความรู้เรื่องโรคร้ายไข้เจ็บซึ่งทำให้ตระหนักถึงอาการและอาการแสดงของความเสื่อมสมรรถภาพการทำงานในร่างกาย (พวงเพ็ญ, 2538) จากการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุของเขวถักษณ์ (2529) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของวรณวิมล (2535) พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง ผู้สูงอายุที่ระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ ดังนั้นระดับการศึกษา จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้บุคคลตระหนักถึงการมีสุขภาพดี และนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

6. โรคประจำตัว การเกิดโรคประจำตัวในผู้สูงอายุส่วนหนึ่งเกิดจากการที่มีแบบแผนชีวิตที่ไม่เหมาะสม เช่น ขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีไขมันมาก การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ (วรณวิมล, 2535) โรคประจำตัวที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุเหล่านี้ เป็นปัญหาสำคัญเพราะทำให้เกิดความพร่องในหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้ดีเพียงพอ (Hass et al., 1992) แต่ถ้าตระหนักและรับรู้ต่อการเจ็บป่วยของตนเอง จะทำให้เกิดการแสวงหาการรักษาและปฏิบัติตามคำแนะนำและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อความ เป็นอยู่ที่ดี จากการศึกษาของนิชกานต์ (2543) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่า ผู้สูงอายุไม่มีโรคประจำตัว

### การประเมินแบบแผนชีวิต

การประเมินแบบแผนชีวิตเป็นการประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมต่างๆ ของบุคคลที่กระทำจนเป็นกิจวัตรประจำวัน และมีผลต่อสุขภาพทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งการประเมินแบบแผนชีวิตมี 3 วิธี มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การสังเกต การประเมินพฤติกรรมตามแบบแผนชีวิต โดยการสังเกตนั้นจะให้ข้อมูลซึ่งเชื่อถือได้มากกว่าวิธีการสัมภาษณ์หรือการตอบแบบสอบถามแต่การสังเกตนั้นต้องใช้ระยะเวลานานพอและในเวลาที่แตกต่างกัน เพราะบางครั้งสิ่งที่ได้จากการสังเกตครั้งหนึ่งนั้นอาจจะไม่ใช่พฤติกรรมอย่างแท้จริงจึงจำเป็นต้องมีการสังเกตหลายครั้งและในเวลาห่างกัน การบันทึกข้อมูลที่ถูกต้องเที่ยงตรงของพฤติกรรมที่ได้จากการสังเกตหลายครั้ง จะบอกให้ทราบถึงพฤติกรรมของบุคคลนั้น

2. การสัมภาษณ์ เป็นวิธีการประเมินพฤติกรรมความแบบแผนชีวิตที่เหมาะสมจะใช้ในระยะเวลาที่กำหนดเป็นการตอบสนองอย่างมีจุดมุ่งหมาย การสัมภาษณ์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพหรือแบบแผนชีวิตนั้นจะต้องกำหนดวัตถุประสงค์ให้แน่ชัด การสัมภาษณ์อาจเป็นการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามประกอบ หรือไม่ใช้แบบสอบถามแต่อาจมีโครงร่างเนื้อหาที่ต้องการไว้อย่างชัดเจน

3. การใช้แบบสอบถาม เป็นการกำหนดข้อคำถามต่างๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมตามแบบแผนชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ผู้ตอบจะรายงานตามแบบสอบถาม ข้อเสียใน การใช้แบบสอบถามเพื่อศึกษาสุขภาพคือไม่สามารถบอกได้ว่าคำตอบนั้นเป็นความจริงหรือไม่ ถ้าทำได้จึงควรใช้การสังเกตประกอบได้

แบบประเมินที่ใช้เป็นแนวทางในการประเมินแบบแผนชีวิตมีดังนี้

1. The Lifestyle and Health Habit Assessment (LHHA) เป็นแบบประเมินซึ่งเพนเดอร์ (Pender & Pender, 1987) ได้สร้างขึ้นเพื่อประเมินแบบแผนชีวิต และ สุขนิสัยประจำวันประกอบด้วยข้อคำถาม 100 ข้อ และเครื่องมือนี้ได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงเฉลี่ยได้ 0.83-0.86 โดยที่พฤติกรรมในแต่ละด้านเป็นกิจกรรมหรือการกระทำที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพซึ่งแบ่งออกเป็น 10 ด้าน คือ

1.1 ความสามารถทั่วไปในการดูแลตนเอง (general competence in self care) เป็นการประเมินความสามารถของบุคคลในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสุขวิทยาส่วนบุคคล

1.2 การปฏิบัติทางโภชนาการ (nutritional practice) เป็นการประเมินการรู้จักเลือกและรับประทานอาหาร ได้ถูกต้องเหมาะสมมีคุณค่าทางโภชนาการ

1.3 กิจกรรมและการออกกำลังกาย (physical or recreational activity) เป็นการประเมินในเรื่องการออกกำลังกาย การใช้เวลาว่าง การพักผ่อนหย่อนใจ รวมทั้งอิริยาบถที่ถูกต้องทั้งการนั่งและการยืน

1.4 การนอนหลับ (sleep pattern) เป็นการประเมินระยะเวลาการพักผ่อนนอนหลับ และปัญหาในการนอนหลับ

1.5 การจัดการความเครียด (stress management) เป็นการประเมินการรับรู้สาเหตุของความเครียด และวิธีการใช้ในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

1.6 การรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต (sense of actualization) เป็นการประเมินความพึงพอใจในความสำเร็จของชีวิตที่ผ่านมาและการดำรงชีวิตในปัจจุบัน

1.7 การมีจุดหมายของชีวิต (sense of purpose) เป็นการประเมินถึงการวางจุดหมายในชีวิตและกำหนดเป้าหมายชีวิตทั้งระยะสั้นและระยะยาวไว้

1.8 การมีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น (relationship with others) เป็นการประเมินถึงการคบหาสมาคมกับบุคคลอื่น รวมถึงการช่วยเหลือและหรือได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น

1.9 การควบคุมสิ่งแวดล้อม (environment control) เป็นการประเมินเกี่ยวกับกิจกรรมการกระทำเพื่อดูแลสิ่งแวดล้อมได้แก่ บริเวณที่พัก อากาศ แสงและเสียงให้ถูกสุขลักษณะ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุต่างๆ และส่งเสริมสุขภาพ

1.10 การใช้ระบบบริการสุขภาพ (use of health care system) เป็นการประเมินเกี่ยวกับการใช้บริการทางการแพทย์ เมื่อเกิดความเจ็บป่วยหรือตรวจร่างกายประจำปี

2. The Health Promoting Profile (HPLP) ซึ่งสร้างโดยวอล์คเกอร์และคณะ (Walker et al., 1987) จากการนำเครื่องมือ LHHA ของเพนเดอร์มาปรับปรุง ประกอบด้วยข้อคำถาม 107 ข้อ หลังจากทดลองใช้และได้ปรับปรุงเหลือข้อคำถาม 48 ข้อ เครื่องมือนี้ได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงได้ 0.92 โดยแบ่งการประเมินพฤติกรรมเป็น 6 ด้าน ซึ่งเป็นแบบประเมินที่มุ่งเน้นเฉพาะพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

2.1 ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต (self actualization) เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่มีผลต่อแบบแผนชีวิต เป็นความมุ่งหมายหรือตั้งใจที่จะพัฒนาตนเอง ซึ่งรวมถึงประสบการณ์และความพึงพอใจในตนเอง ต้องมีความเจริญก้าวหน้าต่อไป

2.2 การดูแลรับผิดชอบสุขภาพ (health responsibility) เป็นการเอาใจใส่ดูแลรับผิดชอบสุขภาพตนเอง โดยการหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ปฏิบัติพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงสนใจที่จะสังเกตความผิดปกติของร่างกายและแสวงหาคำปรึกษาและการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์เมื่อมีความผิดปกติ

2.3 การออกกำลังกาย (exercise) คือมีรูปแบบการออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ โดยออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละประมาณ 25-30 นาที โดยคำนึงถึงประเภทและความหนักเบาในการออกกำลังกายให้พอเหมาะกับตนเอง

2.4 การรับประทานอาหาร (nutrition) คือมีรูปแบบการรับประทานอาหารที่ถูกต้องและการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม ได้รับสารอาหารครบถ้วน

2.5 การสนับสนุนระหว่างบุคคล (interpersonal support) เป็นการรักษาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลให้คงความสนิทและคุ้นเคย เพื่อคงสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับสังคม

2.6 การจัดการกับความเครียด (stress mangment) เป็นการรับรู้สาเหตุของความเครียด และสามารถควบคุมความเครียดได้ โดยการใช้กลไกการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมรวมทั้งการใช้เทคนิคต่างๆ จัดการกับความเครียด เช่น การทำสมาธิ การพักผ่อน เป็นต้น

การประเมินแบบแผนชีวิตในการศึกษารั้งนี้ได้เลือกแบบประเมินแบบแผนชีวิต จากแนวคิดของวอล์กเกอร์ และคณะ (Walker et al., 1987) คือแบบประเมิน HPLP เพราะสามารถประเมินได้อย่างครอบคลุม ทั้งพฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นแบบแผนชีวิตประจำวันและพฤติกรรมที่เป็น การส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยได้นำมาดัดแปลงใช้เพื่อให้เหมาะกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

#### ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

##### ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

ภาวะสุขภาพตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1947) หมายถึง ภาวะแห่งความสมบูรณ์ทางร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ด้วยดีไม่เพียงแต่การปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น เฮนเดอร์สัน (Henderson, 1978) ได้ให้ความหมายสุขภาพว่าเป็นภาวะที่มีการทำหน้าที่ อย่างอิสระของร่างกายในการปฏิบัติกิจกรรมตามความต้องการพื้นฐาน โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ประยงค์ (2541) กล่าวว่าภาวะสุขภาพเป็นภาวะที่บ่งบอกว่าบุคคลนั้นอยู่ในสภาพที่สุขภาพดี คือ มีความสามารถในการหลีกเลี่ยงจากความเจ็บป่วย มีพลังในการปฏิบัติภาระหน้าที่และมีความสุขในการดำรงชีวิตได้หรืออยู่ในสภาพที่สามารถในการทำหน้าที่ด้านชีวิตส่วนตัว และสังคมได้ตามปกติ ศิริพร (2539) ได้ให้ความหมายสุขภาพว่าเป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ หรือความสมดุลหรือปรับตัวได้ของคนที่ทั้งทางด้านร่างกาย จิต สังคม ซึ่งทำให้บุคคลสามารถปฏิบัติหน้าที่และดำเนินชีวิตได้ตามเป้าหมายของตน ส่วน โอเร็ม (Orem, 1985) ให้ความหมายของสุขภาพคือภาวะสมบูรณ์ของ โครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

จากความหมายข้างต้นกล่าวสรุปได้ว่า สุขภาพเป็นภาวะของความสมบูรณ์ของบุคคลมีความสมดุลหรือปรับตัวได้ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม เป็นองค์รวมที่ผสมผสานกันซึ่งทำให้คนสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามความต้องการพื้นฐานได้ตามเป้าหมายของตน แนวคิดที่ได้รับความสนใจจะมองบุคคลเป็นองค์รวม คือมองรวมทั้งกาย จิต และสังคม

## การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

การสูงอายุเป็นการเปลี่ยนแปลงทางค้ำร่างกาย จิตใจ และสังคมเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องของชีวิตตั้งแต่เกิดจนหมดอายุขัย โดยมีลักษณะการจะเป็นไปในทางลดความเจริญไปสู่ความเสื่อมทำให้มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุซึ่งแสดงได้ดังนี้

### 1. ภาวะทางร่างกาย (physical status)

1.1 ภาวะทางคลินิก (clinical status) การเปลี่ยนแปลงจากการมีอายุเกิดขึ้นทั้งด้านร่างกายและการทำงานของอวัยวะ โดยมากแล้วการเปลี่ยนแปลงของการทำงานจะเป็นความเสื่อมถอยลง ภาวะที่พบเป็นส่วนใหญ่คือ การเป็นโรค และอาการเจ็บป่วยทางกาย จะพบได้ว่าเมื่อมีอายุ 75 ปีขึ้นไป โรคเรื้อรังและกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นได้เสมอคือ การได้ยีนบกพร่อง โรคหัวใจ ข้ออักเสบ ความดันโลหิตสูง และต่อกระจก (Duthic, 1998) ซึ่งการเกิดโรคเรื้อรังและกลุ่มอาการเหล่านี้เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงจากการมีอายุ สามารถจำแนกการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุได้ดังนี้ (เกษม และกุลยา, 2528; วิชาวี, 2537; Eliopoulos, 1993; Wold, 1993)

1.1.1 ระบบผิวหนัง เซลล์ผิวหนัง และเส้นใยอีลาสตินลดลง ทำให้ความยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดี ร่วมกับน้ำและไขมันใต้ผิวหนังลดลง ผิวหนังจึงแห้ง คัน และแตกง่าย จากการศึกษาของแฟรนซ์ และคินนีย์ (Frantz & Kinney, 1986) พบว่าผู้สูงอายุผิวแห้งถึงร้อยละ 59 ของผู้สูงอายุ 75 ราว เกิดแผลติดเชื่อได้ง่าย อัตราการสร้างเซลล์ใหม่ทดแทนเซลล์เดิมลดลงถึงร้อยละ 50 (Camevali & Patrick, 1993) ทำให้แผลหายช้าต่อมเหงื่อลดลงทำให้ความสามารถในการควบคุมความร้อนลดลงด้วย การรับความรู้สึกต่ออุณหภูมิ การสัมผัสและความเจ็บปวดที่ผิวหนังลดลง ทำให้เกิดแผลและอุบัติเหตุที่ผิวหนังได้ง่าย สิวจะมีการสะสมของเม็ดสีเป็นแห่งๆ ทำให้เกิดเป็นสีคล้ำบริเวณแขน ใบหน้า และหลังมือ ผมและขนมีจำนวนลดลงสีจางลงจากการมีเซลล์ผลิตสีผมลดลง เส้นผมร่วงและแห้งง่าย เนื่องจากการไหลเวียนของเลือดบริเวณหนังศีรษะลดลง และยังพบว่าเล็บจะมีการเจริญช้าลง เล็บจะอ่อน เปราะ ขาดความมันวาว และหักง่าย รวมทั้งมุมที่โคนเล็บกว้างขึ้น และสีเล็บจะเปลี่ยนเป็นสีเหลืองมากขึ้นอีกด้วย

1.1.2 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก เซลล์ของกล้ามเนื้อจะเหี่ยวลีบเล็กลง มวลกล้ามเนื้อลดลง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลงจากเซลล์ของกล้ามเนื้อถูกแทนที่ด้วยเซลล์ไขมัน ทำให้ห่อนยาน (Ellis & Nowlis, 1994) อัตราการเสื่อมของกระดูกจะมากกว่าอัตราสร้างแคลเซียมสลายออกจากกระดูกมากขึ้น ทำให้ความแข็งแรงลดลง เปราะหักง่าย และคิซ้า ความยาวของกระดูกสันหลังลดลง เพราะหมอนรองกระดูกบางลงทำให้หลังค่อมการทรงตัวไม่ดี การเคลื่อนไหวช้า ไม่กระฉับกระเฉง กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่างๆ จะเสื่อมมากขึ้นตามอายุ น้ำไขข้อลดลง ทำให้กระดูกสัมผัสกันมากขึ้น ขณะเคลื่อนที่ทำให้เกิดการเสียดของข้อ อาจพบว่าการอักเสบของข้อ ปวดข้อ ข้อติดแข็ง หรือพิการฝิครูปได้



1.1.3 ระบบหัวใจและไหลเวียน ประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจลดลง อัตราการเต้นของหัวใจและความไวต่อสิ่งเร้าของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง ลิ้นหัวใจแข็งและหนา มีแคลเซียมเกาะมากขึ้น ผนังหลอดเลือดฝอยหนาขึ้นทำให้การแลกเปลี่ยนอากาศของเสียลดลง เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว ความต้านทานของหลอดเลือดปลายทางเพิ่มขึ้นเกิดภาวะความดันโลหิตสูง จำนวนเม็ดเลือดแดงและระดับฮีโมโกลบินลดลง ทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง หนามืดเป็นลมได้บ่อย ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง มีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายขึ้น

1.1.4 ระบบหายใจ มีการเปลี่ยนแปลงปริมาตรของปอด เนื่องจากความยืดหยุ่นของปอดและทรวงอกน้อยลง หลอดลมมีพังผืดเพิ่มขึ้นแข็งตัวมากขึ้น การระบายอากาศภายในปอดไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากมีความยืดหยุ่นการขยายตัวของปอดลดลง และมีการอุดตันบางส่วนพบว่า เซลล์กวัด (cilia) ในระบบทางเดินหายใจลดลง กลไกการไอและประสิทธิภาพ การไอลดลง มีการสะสมของเสมหะมากขึ้นเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจได้ง่าย จากการศึกษาของนภาพร และคณะ (2532) พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจค่อนข้างสูง สอดคล้องกับการศึกษาของมุซิลและคณะ (Musil et al., 1998) ศึกษาปัญหาสุขภาพและการแสดงออกทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยให้ผู้สูงอายุ 60 คน บันทึกสุขภาพของตนเองพบว่า ส่วนใหญ่จะมีปัญหาการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ

1.1.5 ระบบทางเดินอาหารมีการเสื่อมของเยื่อทางเดินอาหารต่อมน้ำลายผลิตน้ำลาย และเอ็นไซม์ลดลง การย่อยแป้งและน้ำตาลในปากลดลง การย่อยและการดูดซึมอาหารไม่ดี มีการเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กน้อย จึงทำให้อาหารไม่ย่อยท้องอืด แน่นท้อง ท้องผูกได้ง่าย อาการท้องผูกของผู้สูงอายุจะพบสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น (Wong, Wee, Pin, Gan & Ye, 1999) จากการศึกษาแบบแผนสุขภาพผู้สูงอายุของวันเพ็ญ (2539) พบว่า ผู้สูงอายุมีอาการท้องผูกร้อยละ 47 และเคยใช้ยาระบายถึงร้อยละ 83.8

1.1.6 ระบบขับถ่ายปัสสาวะ ขนาดและน้ำหนักของไตในผู้สูงอายุลดลง ผนังหลอดเลือดแดงไปเลี้ยงไตแข็งตัวทำให้การไหลเวียนเลือดในไตและอัตราการกรองของไตลดลง ประมาณ 50 เปอร์เซ็นต์ (Eliopoulos, 1993) การดูดกลับของสารต่างๆ น้อยลง ความสามารถในการทำให้ปัสสาวะเข้มข้นหรือเจือจางลดลง ทำให้เกิดภาวะขาดน้ำได้ง่าย ความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะลดลง ขนาดของกระเพาะปัสสาวะเล็กลง ผู้ชายอาจมีปัสสาวะขัด จากต่อมลูกหมากโต ผู้หญิงอาจมีก้อนปัสสาวะไม่อยู่จากกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อน และกล้ามเนื้อหูรูดของท่อปัสสาวะหย่อนยาน (วิภาวี, 2537)

1.1.7 ระบบสืบพันธุ์ ผู้สูงอายุวัยชราเพศหญิงวัยชรา อัมพาตหัวใจและหลอดเลือด และผลิตเชื้ออสุจิได้น้อยลง ส่วนผู้สูงอายุหญิงวัยชราจะผลิตไข่และมดลูกมีขนาดเล็กลง เยื่อบุภายในมดลูกบางลงมีเนื้อเยื่อพังคืดมากขึ้น เยื่อบุช่องคลอดบางลง

1.1.8 ระบบต่อมไร้ท่อ ต่อมใต้สมองมีน้ำหนักลดลง ต่อมธัยรอยด์มีการสะสมของเนื้อเยื่อ พังคืดมากขึ้น ปริมาณของฮอร์โมนที่สร้างจากต่อมธัยรอยด์ลดลง ทำให้อัตราการเผาผลาญของร่างกายลดลงด้วย (Wold, 1993) ต่อมหมวกไตส่วนนอกมีเนื้อเยื่อพังคืดเพิ่มขึ้น ระดับฮอร์โมนเพศจากต่อมหมวกไตลดลงส่วนต่อมหมวกไตส่วนในผลิตอีพิเนฟรินและนอร์อิพิเนฟริน (epinephrine and norepinephrine) ในระดับคงที่ แต่ใช้ระยะเวลาในการหลั่งนาน ตับอ่อนมีการหลั่งอินซูลินน้อยลง เนื้อเยื่อต่างๆ ภายในร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินน้อยกว่าปกติ จึงทำให้เกิดเบาหวานในผู้สูงอายุได้ง่าย รังไข่หยุดทำงานไม่หลังเอสโตรเจนและโปรเจนเทอโรน ดังนั้นผู้สูงอายุหญิงระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนจึงลดลงอย่างมากทำให้ไม่มีประจำเดือน สำหรับผู้สูงอายุชายการเปลี่ยนแปลงเกิดน้อยกว่า เพราะการหลั่งฮอร์โมนเพราะจะค่อยๆ ลดลงทีละน้อย

1.1.9 ระบบประสาทและประสาทสัมผัส เซลล์สมองและเซลล์ประสาทจะมีจำนวนลดลงปริมาตรของสมองก็ลดลงเรื่อยๆ สมองมีน้ำหนักลดลงร้อยละ 6-11 (สุทธิชัย, 2541) ปริมาตรของสมองที่ลดลง เนื่องมาจากการสูญเสียเซลล์ประสาทและปริมาณน้ำภายในเซลล์ลดลง ประสิทธิภาพการทำงานของสมองและความเร็วในการส่งสัญญาณประสาทลดลง ทำให้ความไวและการตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่างๆ ช้า จนบางครั้งอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวอาจทำงานไม่สัมพันธ์กัน ความสามารถในการเรียนรู้เรื่องใหม่ๆ ลดลง แต่สามารถจำเรื่องราวเก่าๆ ในอดีตได้ดี การรับรู้ด้านประสาทสัมผัสทั้ง 5 ลดลง ตา ม่านตาเล็กอาจรับแสงเข้าสู่เรตินาได้น้อย ทำให้ปรับตัวในที่มืดได้น้อยลง เกิดอาการเวียนศีรษะได้ง่าย สายตายาว ตานสายตาแคบลง ทำให้เกิดปัญหาการมองเห็น น้ำหล่อเลี้ยงลูกตาเพิ่มขึ้น การดูดซึมในลูกตาลดลง ความดันในลูกตาสูงขึ้น เกิดต้อหินได้ง่าย เลนส์ตามืดและปูนเรียกว่า ค้อกระจก การผลิตน้ำตาลดลง ทำให้เกิดอาการ ระคายเคืองได้ง่าย (วิภาวี, 2537) การได้ยินลดลง เนื่องมาจากการเสื่อมของอวัยวะในหูชั้นในมากขึ้น รับเสียงความถี่สูงได้น้อยลง รับเสียงต่ำได้ดีกว่า การทรงตัวไม่ดี เวียนศีรษะได้ง่าย และ 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุ 75 ปีขึ้นไปจะมีการหูตึง (สาวิตรี, 2536) ถี สมิท และคิงตัน (Lee, Smith & Kington, 1999) ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไปมีการมองเห็นบกพร่องหรือผิดปกติร้อยละ 27 และมีการ ได้ยินลดลงร้อยละ 25 และการบกพร่องในการมองเห็นและการได้ยินมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ การรับกลิ่นไม่ดี เพราะมีการเสื่อมของเยื่อบุโพรงจมูก การรับรสของลิ้นเสียไปเนื่องจากต่อมรับรสมีจำนวนลดลง ทำให้เกิดภาวะเบื่ออาหารได้ง่าย

1.2 การทำหน้าที่และความผาสุกทางกาย (physical functioning and well-being) ความเสื่อมถอยของร่างกายที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงจากการมีอายุ ทำให้ความสามารถในการ

ช่วยเหลือตนเองลดลง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ที่มีผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ทางกาย มีดังนี้

1.2.1 กิจกรรมทางร่างกาย จากการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ส่งผลให้ความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันด้วยตนเองลดลง ผู้สูงอายุต้องการพึ่งพาช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น (ฤทธิไกร, 2542; Atchley, 1980) จากการศึกษาการสนับสนุนช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาที่อยู่บ้าน ศึกษาในผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป จำนวน 1,280 คน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น จะมีความเสื่อมสมรรถภาพร่างกายมากขึ้น มีภาวะพึ่งพาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และต้องการการดูแลจากครอบครัว (Vetter, Lewis & Lewellyn, 1992) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคราซ และคณะ (Krach et al., 1996) ศึกษาความต้องการการช่วยเหลือของผู้สูงอายุที่บ้าน ที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไป จำนวน 100 คน พบว่ามีความบกพร่องการทำหน้าที่ร่างกาย ร้อยละ 55 และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันร้อยละ 72 ผู้สูงอายุต้องการมีผู้ช่วยเหลือที่บ้าน ร้อยละ 20 และจากการศึกษาถึงภาวะร่างกายของผู้สูงอายุตามโครงการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า การช่วยเหลือตนเองในการเดิน ร้อยละ 94-96 ยังสามารถเดินภายในบ้านได้ดี สำหรับการเดินทางไปนอกบ้าน โดยไม่ต้องช่วยเหลือมีอัตราร้อยละลดลง คือ มีร้อยละ 89-93 (นพวรรณ และคณะ, 2541)

1.2.2 การเคลื่อนไหว การมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวเป็นปัญหาปกติที่พบได้เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (Batehup & Squires, 1991) โดยพบว่าในกลุ่มผู้สูงอายุ อายุ 75 ปีขึ้นไป จะมีปัญหาในการเดินร้อยละ 25 และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันร้อยละ 37 เพราะเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุความแข็งแรงและระยะเวลาการตอบสนองของกล้ามเนื้อ ตลอดจนความเร็วในการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง ประกอบกับผู้สูงอายุมักมีความกลัวการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจากการเคลื่อนที่ทำให้ผู้สูงอายุมักต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนที่กว่าวัยอื่น ความสามารถในการวิ่งถูกจำกัดอย่างมากหรือไม่สามารถทำได้ ส่วนการเดินอาจทำได้บ้าง หรือมีความลำบากมากขึ้น (Burke & Walsh, 1992)

1.2.3 ความปวด อาการปวดเป็นปัญหาสืบเนื่องจากการเสื่อมทางร่างกาย และเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ การรับรู้ของความเจ็บปวดลดลงเมื่ออายุมากขึ้น เนื่องจากรายงานประสาทที่รับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดมีจำนวนลดลง (สุทธิชัย, 2541) หรือเกิดจากความจำเสื่อม (สุภาณี, 2537) จากการศึกษาของนพวรรณ และคณะ (2541) พบว่าอาการที่พบเป็นปัญหาอันดับ 1 ของผู้สูงอายุคือ ปวดตามข้อ ความเจ็บปวดที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกาย หรือความเจ็บป่วยจากโรค ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาคือคนอื่นมากขึ้น และเป็นสาเหตุทำให้นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย หงุดหงิด หรือซึมเศร้าได้ (สุภาณี, 2537)

1.2.4 กำล้างหรือความอ่อนล้า จากทฤษฎีความเสื่อม (wear and tear theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ร่างกายคนเราเปรียบเหมือนเครื่องจักรที่ซับซ้อน เมื่อผ่านการใช้งานอย่างเต็มที่มาแล้วช่วงหนึ่งก็จะค่อยๆ ทรุดโทรมลง ทำหน้าที่ได้น้อยลง และไม่สามารถทำงานได้ในที่สุด จากความเสื่อมลงของของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ตลอดจนระบบอื่นที่เกี่ยวข้องทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถใช้กำล้างได้มากเช่นวัยอื่น เกิดความอ่อนล้าได้ง่าย (Burke & Walsh, 1992)

1.2.5 การนอนหลับ แบบแผนการนอนหลับของผู้สูงอายุจะเปลี่ยนแปลงระยะชั่วโมง การนอนสั้น ตื่นง่าย หลับยาก (Ancoli-Isnael & Kripke, 1998) เมื่ออายุมากขึ้น เวลานอนน้อยลง ต้องการการนอนเพียงวันละ 6-7 ชั่วโมง (เกษมและกุลยา, 2528) การนอนโดยเฉลี่ยสำหรับผู้สูงอายุ 70 ปี ประมาณ 6 ชั่วโมง (Wold, 1993) ผู้สูงอายุต้องใช้เวลานานมากขึ้นจึงจะหลับอาจถึง 30 นาที ทำให้การนอนหลับไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดอาการง่วงนอนในช่วงกลางวัน ทำให้ต้องงีบหลับ ตอนกลางวัน (เกษมและกุลยา, 2528)

1.2.6 อาการทางกาย หรืออาการทางกายที่สัมพันธ์กับจิต การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของผู้สูงอายุ (สุทธิชัย, 2541; สุรีย์, ปรีชา, วิภา และมลลิกา, 2538; Steiner & Marcopulos, 1998) จากการศึกษาภาวะสุขภาพอนามัยและการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ โดยสุรีย์ และคณะ (2538) พบว่า ภาวะสุขภาพกายมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) โดยอธิบายได้ว่า ผู้ที่มีสุขภาพกายดีจะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่มีสุขภาพกายไม่ดี และยังพบว่าผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต จะมีอาการเจ็บป่วยทางกายร่วมด้วย เช่น เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย และอาการใจสั่น (Hay, Franson, Hay & Grossberg, 1998) จึงแสดงให้เห็นว่า อาการทางกายและสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กัน

2. สภาวะทางจิตใจ (mental status) จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และสังคม มีผลต่ออารมณ์และสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุเริ่มวิตกกังวลกับความไม่แน่นอนในชีวิต มีความรู้สึกลัวเช่น กลัวช่วยเหลือตนเองไม่ได้ กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวตาย เป็นต้น (วิภาวี, 2537) รวมถึงผู้สูงอายุเป็นวัยแห่งการสูญเสียหลายประการ ได้แก่ สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียสถานะภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว (สุทธิชัย, 2541) ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ การเปลี่ยนแปลงที่มีผลกับความผาสุกทางจิตของผู้สูงอายุประกอบด้วย

2.1 การเรียนรู้และความจำ การเรียนรู้และความจำของผู้สูงอายุเริ่มบกพร่อง การเรียนรู้ของผู้สูงอายุจะช้าลงกว่าในวัยหนุ่มสาว ความจำจะเปลี่ยนแปลงไปตามอายุ ผู้สูงอายุก็มีความจำในอดีต (long term memory) ไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก แต่ความจำในปัจจุบัน (short term memory)

เสื่อมลง ผู้สูงอายุจึงชอบเล่าเรื่องราวในอดีต ให้ผู้ใกล้ชิดฟัง เพราะจดจำได้มากกว่าเหตุการณ์ในปัจจุบัน (วิภาวี, 2537)

2.2 ความทุกข์ใจ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้านอื่นๆ ของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุหมดหวัง และท้อแท้ในชีวิต ลักษณะทางจิตใจของผู้สูงอายุที่สำคัญ ได้แก่ การปรับตัวต่อการสูญเสีย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความทุกข์ใจ เกิดขึ้นและอาจเป็นโรคจิตได้ (ฤดีดาว, 2542)

2.3 ภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางจิตใจ และอารมณ์ที่พบบ่อยในวัย 55-70 ปี พบมากในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพ และขาดความอบอุ่นในครอบครัวมาก่อน (เกษม และกุลยา, 2528; Steiner & Marcopulos, 1998) อาการ ได้แก่ อารมณ์เศร้า หงุดหงิด หดเหี่ยวแรงเฉยเมย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนหลับยาก ตื่นเร็วผิดปกติ หรือหลับๆ ตื่นๆ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า คิดช้า ตัดสินใจไม่ได้ และมักมีการเจ็บป่วยทางกายร่วมด้วย (Eliopoulos, 1993; Hay et al., 1998) คราซ และคณะ (Krach et al., 1996) ได้ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ 85 ปีขึ้นไป พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่พบได้เสมอในผู้สูงอายุ ซึ่งภาวะซึมเศร้านักเกิดจากความเสียใจ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เหตุการณ์สำคัญในชีวิต การคิดสุรา การใช้จ่าย และปัจจัยอื่นที่กระทบจิตใจ

2.4 ความวิตกกังวล เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เป็นปฏิกิริยาการปรับตัวให้เข้ากับความคิดทางจิตสรีรวิทยาของคน ลักษณะการปรับตัวทำให้เกิดความไม่สบายในจิตใจ มีความผิดปกติทางร่างกาย เมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น อาการที่พบเช่น ฝันร้าย ถ่ายปัสสาวะบ่อย ท้องเดิน หวาดกั้ว ย้ำคิดย้ำทำ ใจสั่น ขาดความมั่นใจอย่างรุนแรง เป็นต้น ปัญหาวิตกกังวลของผู้สูงอายุมักจะสัมพันธ์โดยตรงกับปัญหาทางสุขภาพกาย (เกษม และกุลยา, 2528)

2.5 ความเหงา ความว้าเหว่ เป็นอาการแสดงออกถึงความผิดปกติทางด้านจิตใจ และอารมณ์อย่างหนึ่งของผู้สูงอายุ อาการเหงา เป็นความรู้สึก ว้าเหว่ อ้างว้างขาดที่พึ่ง ขาดปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และสิ่งแวดล้อม จากรายงานการศึกษาในสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้สูงอายุ 1 ใน 4 มีปัญหาเกี่ยวกับความว้าเหว่ (สุพรรณิ, 2534) จากการศึกษาของสุริย์ และคณะ (2538) พบว่าทางด้านภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบผู้สูงอายุมีความรู้สึกเหงาและโดดเดี่ยว ร้อยละ 30.2

3. สถานะทางสังคม (social status) สังคมของผู้สูงอายุจะลดลงและแยกตัวจากสังคมมากขึ้นซึ่งเป็นไปโดยธรรมชาติของวัยสูงอายุและข้อจำกัดทางร่างกาย และลดบทบาททางสังคม (เกษม และกุลยา, 2528) ฮอกเทล (Hogtael, 1981) อ้างตามเกษม และกุลยา, 2528) กล่าวว่าสังคม ผู้สูงอายุจะลดแคบลงเหลือเพียงครอบครัว เพื่อนและวัดเท่านั้น นอกจากนี้สภาพการเปลี่ยนแปลงของสังคม การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวจากลักษณะครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้สัมพันธภาพของสมาชิกครอบครัวกับผู้สูงอายุเหินห่าง ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเหงา ว้าเหว่ ขาดที่พึ่ง

จากการศึกษาของเกริกศักดิ์ และคณะ (2533) พบว่าครอบครัวและสัมพันธภาพที่ดีระหว่าง บุตรหลานและผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ทั้งนี้เพราะครอบครัว ความสัมพันธ์ต่างๆ ของสมาชิกครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีบทบาทสำคัญต่อผู้สูงอายุ นอกจากนี้สัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้านและบุคคลในสังคม โดยเฉพาะเพื่อนร่วมวัยมีประโยชน์มากสำหรับผู้สูงอายุ การสนทนากับเพื่อนที่ถูกต้อง ได้รับความเข้าใจต่อกันจะทำให้จิตใจเกิดความสบาย ส่งผลให้มีสุขภาพจิตดี ดังนั้นการคงความสัมพันธ์ที่ดีของผู้สูงอายุกับบุคคลรอบข้างมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมสามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข

### ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

ปัญหาสุขภาพ คือ ความเบี่ยงเบนของภาวะสุขภาพจากภาวะปกติ ซึ่งเกิดจากการมีโรคทำให้เกิดอาการผิดปกติต่อร่างกาย และจิตใจ มีความเจ็บป่วย และไม่สุขสบายเกิดขึ้น และส่งผลทำให้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ในสังคมได้ตามปกติ (แสงจันทร์, 2541; Eliopoulos, 1997; Pothiban, 1999)

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุมักเกิดจากความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ร่วมกับความต้านทานโรคลดลงจากการสูงอายุ หรือจากการที่ต้องเผชิญปัจจัยเสี่ยงต่างๆ หรือมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น สูบบุหรี่ มีพฤติกรรมบริโภคไม่เหมาะสม หรือขาดการออกกำลังกายมาเป็นเวลานาน เป็นต้น โรคหรืออาการเจ็บป่วยที่พบในผู้สูงอายุ มักมีมากกว่าหนึ่งโรค และเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง (ลินจง, 2539; Duthei, 1998) จากการศึกษานี้ของบรรลุ และคณะ (2531) พบว่า ปัญหาสุขภาพเป็นปัญหาที่พบบ่อยเป็นอันดับแรกและเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุ สำหรับปัญหาสุขภาพที่มักพบในผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป ได้แก่ โรคข้อเสื่อม ข้ออักเสบ ความดันโลหิตสูง กลุ่มอาการโรคหัวใจและหลอดเลือด การได้ยินบกพร่อง และต่อกระจก (Duthei, 1998; Eliopoulos, 1997) ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุสามารถป้องกันได้ โดยการสนใจและเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง ถ้าผู้สูงอายุละเลยไม่ดูแลสุขภาพของตนเองจะทำให้เกิดอาการของโรคต่างๆ ตามมาได้

### ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

1. โรคข้อเสื่อม (osteoarthritis) โรคปวดข้อเนื่องจากข้อเสื่อม พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ โรคนี้เกิดจากการที่ข้อต่างๆ เสื่อมไปตามอายุขัย ส่วนใหญ่เกิดกับข้อใหญ่ๆ เช่น ข้อสะโพก ข้อเข่า และข้อกระดูกสันหลัง ความผิดปกติเกิดจากผิวของไขข้อกร่อนไป ทำให้เกิดการเจ็บป่วยเมื่อมีการเคลื่อนไหวและทำให้รูปร่างของข้อเปลี่ยนแปลงไปจากสภาพปกติ ยังมีการเจ็บปวดก็ยิ่งทำให้ต้องลดการเคลื่อนไหว เมื่อลดการเคลื่อนไหว ยิ่งทำให้กล้ามเนื้อรอบๆ ข้ออ่อนแรงลง โรคข้อเสื่อมมักเกิดจากข้อต้องรับน้ำหนักมากและนานเกินไป หรือพวกที่แบกของหนัก โรคข้อเสื่อมจะมีอาการมากขึ้นเมื่ออายุสูงขึ้น ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง จากการศึกษานี้ของบรรลุ

และคณะ (2531) พบว่า ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่พบเป็นอันดับหนึ่งคือ โรคปวดข้อ ซึ่งพบร้อยละ 37.7 และจากการศึกษาของนพวรรณ และคณะ (2541) พบว่า โรคที่พบว่าเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของผู้สูงอายุไทยในกลุ่มอายุ 75 ปีขึ้นไปคือ ปวดตามข้อ โดยพบถึงร้อยละ 63

2. โรคความดันโลหิตสูง (hypertention) โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุไทย โดยพบร้อยละ 26-31.6 เป็นโรคที่มีความสัมพันธ์กับความเจ็บป่วยและความตายในผู้สูงอายุ (สุทธิชัย, 2541) ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงคือผู้ที่มีแรงดันโลหิตในขณะที่หัวใจบีบตัว (systolic) สูงเกิน 140 มิลลิเมตรปรอท และมีแรงดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (diastolic) สูงเกิน 90 มิลลิเมตรปรอท (Supiano, 1998) ในผู้ที่เป็ความดันโลหิตสูงถ้าได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและต่อเนื่องอัตราการตายเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองจะลดลงอย่างชัดเจน (ทัศนีย์, 2537)

3. โรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease) โรคหลอดเลือดหัวใจ พบได้ถึงร้อยละ 70 ในผู้ที่มีอายุระหว่าง 70-80 ปี (Tresch & Jamali, 1998) โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (coronary artery disease : CAD) มักพบมากในผู้ที่มีอายุมาก 75 หรือ 80 ปี เป็นโรคที่ทำให้ผู้สูงอายุถึงแก่กรรมได้ในเวลาอันรวดเร็วเนื่องจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจตีบตันเพราะมีไขมันไปเกาะบริเวณผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดตีบแคบเลือดไหลผ่านได้น้อย กล้ามเนื้อหัวใจจึงได้รับเลือดไม่เพียงพอทำให้เลือดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ (acute myocardial infraction) (Tresch & Jamali, 1998) อัตราตายของโรคนี้ในผู้สูงอายุจะพบได้สูงโดยพบได้ร้อยละ 28 ในผู้สูงอายุ 75 ปีขึ้นไป

4. การได้ยินบกพร่อง (hearing impairment) เกิดจากความเสื่อมของบริเวณส่วนฐานของโคเคลีย (cochlea) ทำให้การได้ยินลดลง สูญเสียความสามารถในการรับฟังเสียงความถี่สูงและการแยกคำ ซึ่งการสูญเสียการได้ยินเป็นมากเมื่ออายุมากขึ้นและเป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิง (สุทธิชัย, 2541)

5. โรคต้อกระจก (cataract) เป็นโรคที่พบมากในผู้สูงอายุ โรคต้อกระจกเกิดจากเลนส์ตาขุ่นที่ทำได้ตามัว หากปล่อยทิ้งไว้นานๆ เลนส์ตาจะขุ่นมากขึ้นเรื่อยๆ จนมองไม่เห็นในที่สุด โรคนี้รักษาด้วยการผ่าตัด ถ้าปล่อยทิ้งไว้นานๆ ทำให้เกิดเป็นต้อหินได้ (ทัศนีย์, 2537)

6. โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease) เป็นปัญหาสำคัญ และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของผู้สูงอายุในประเทศไทย นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุของภาวะทุพพลภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุไทย (สุทธิชัย, 2541) โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือด จากการแตกของหลอดเลือด หรือมีก้อนเลือดไปอุดตันหลอดเลือดส่วนอื่น ซึ่งจะทำให้สมองส่วนที่ขาดเลือดไปเลี้ยง ไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างปกติ ทำให้เกิดอาการต่างๆ เช่น อัมพาตครึ่งซีก อัมพาตใบหน้า พุงไม่ได้หรือหมดสติเป็นต้น

7. การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (urinary incontinence) เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุไทยในชุมชนร้อยละ 22 มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้เป็นประจำ (สุทธิชัย, 2541) สาเหตุของการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุ มีสาเหตุมาจากระบบทางเดินปัสสาวะและสาเหตุทางนรีเวช เช่น การติดเชื้อ และยังมีสาเหตุอื่นที่พบได้บ่อยขึ้นในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคทางระบบประสาท จิตเวชศาสตร์ สภาพแวดล้อมเป็นปัจจัยหนึ่งของปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ไม่ว่าจะเป็นตำแหน่งที่ตั้งของห้องน้ำ สถานทางเดินไปห้องน้ำ เหล่านี้เป็นต้น ซึ่งการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดความรู้สึกอาย ต้องการแยกตัวจากสังคมของผู้สูงอายุได้

8. โรคเบาหวาน (diabetes mellitus) ผู้ที่มีอายุสูงขึ้น จะมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุที่ขาดการออกกำลังกายและอ้วนจะมีโอกาสเป็นเบาหวานได้ง่าย อุบัติการณ์ของการเกิดโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ พบได้มากถึงร้อยละ 16 ผลของการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง จะมีผลกระทบต่อระบบหลอดเลือด ระบบไต ตา ระบบประสาทและระบบผิวหนัง ความผิดปกติของระบบหลอดเลือดทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง อาจเกิดอัมพาตขึ้นได้ (สุทธิชัย, 2541)

#### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ

1. เพศ เพศเป็นปัจจัยหนึ่งทำให้เกิดความแตกต่างทางสรีระของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลทำให้เกิดความแตกต่างทางสุขภาพ จากการศึกษาแบบแผนการเจ็บป่วย และนโยบายเกี่ยวกับสวัสดิการการรักษาพยาบาลในประเทศไทยของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุหญิงคิดเป็นร้อยละ 52.7 และ 43.2 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาจากต่างประเทศที่พบว่า มีความแตกต่างระหว่างเพศมีผลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ส่วนใหญ่จะพบว่าเพศชายมีสุขภาพดีกว่าเพศหญิง (Dunlop et al., 1997; Melzer, 1999; Musil et al., 1998; Vetter et al., 1992)

2. อายุ อายุที่สูงขึ้นจะส่งผลให้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุลดลง จากการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลง เซลล์ต่างๆ ภายในร่างกายทำงานลดลง สุทธิชัย (2541) กล่าวว่า เมื่ออายุมากขึ้น ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายและอวัยวะต่างๆ จะเริ่มดลดอยลงเป็นลำดับ การดลดอยของสมรรถภาพจะเกิดค่อนข้างมากเมื่อมีอายุประมาณ 70-80 ปี ทำให้มีโอกาสเกิดโรคได้ง่าย และหากเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพขึ้น โดยเฉพาะ โรคเรื้อรังจะทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้มีโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพ และเข้าสู่ระยะพึ่งพา อายุจึงถือเป็นปัจจัยเสี่ยงในด้านการเกิดโรค ทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ (ศรีจิตรา และสุทธิชัย, 2542) จากการศึกษาส่วนมากทั้งในประเทศ และต่างประเทศ พบว่าอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ (ทศนิยม, 2537; Agüero-Terres et al., 1998; Beckett et al., 1996; Ferraro, 1980; Freedman & Martin, 1998; Krach et al., 1996; Musil et al., 1998; Nesbitt & Heidrich, 2000; Quinn et al., 1999; Simons et al., 2000)



3. สถานภาพสมรส ในบุคคลที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีผลต่อภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน จากการศึกษาของวชิราภรณ์ (2536) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุที่เป็นโสดมีภาวะสุขภาพดีกว่า สถานภาพสมรสคู่ หม้าย หย่า แยก เนื่องจากผู้ที่เป็นโสดมีโอกาสหรือเวลาในการดูแลเอาใจใส่สุขภาพตนเองเช่นเดียวกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความร่ำรวย และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยสุพรรณิ (2534) พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่กับคู่สมรส มีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้ที่เป็นโสด หรือผู้ที่ยังอยู่กับคู่สมรส สอดคล้องกับการศึกษาจากต่างประเทศที่พบว่าสถานภาพสมรสที่แตกต่างมีผลกับภาวะสุขภาพ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโสด มีภาวะสุขภาพดี เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่กับคู่สมรสและผู้ที่อยู่กับคู่สมรส (Hebert et al., 1999; Michael, Berkman, Colditz & Kawachi, 2001; Sarwari, Fredman, Langenberg & Magaziner, 1998) ส่วนการศึกษาของเดวิส และคณะ (Davis et al., 1997) ซึ่งศึกษาผลของการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุหญิงที่อยู่กับคู่สมรสมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุหญิงที่อยู่กับผู้อื่นที่ไม่ใช่คู่สมรส

4. รายได้ รายได้เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการดำเนินชีวิต เอื้ออำนวยให้บุคคลบรรลุถึงการดูแลตนเองที่ดี (Pender & Pender, 1987) ซึ่งบุคคลที่มีรายได้สูงก่อให้เกิดความรู้ที่มั่นคง มีโอกาสเข้ารับการรักษาอย่างถูกต้องเมื่อเจ็บป่วย (ทัศนีย์, 2537; พวงเพ็ญ, 2538; เขวาลักษณ์, 2529; Kim et al., 1998)

5. ระดับการศึกษา การศึกษาสามารถเรียนรู้ในการทำให้ตนเองมีสุขภาพดี จากการศึกษาแนวโน้มและลักษณะของประชากร สังคม และสุขภาพผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุไทย มีอัตราการรู้หนังสือต่ำกว่าประชากรกลุ่มอื่นมาก (นภาพร และคณะ, 2532) ทำให้ขาดความรู้พื้นฐานที่จะพัฒนาความรู้ด้านการป้องกันโรคและรักษาสุขภาพอนามัยของตนเองได้ จากการศึกษาความสัมพันธ์ลักษณะของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการเกิดอัตราตายในหญิงสูงอายุตอนต้นกับหญิงสูงอายุตอนปลายที่อาศัยในชุมชนเมือง พบว่า การศึกษาที่ต่ำกว่า 8 ปี มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอัตราตายที่เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มที่มีการศึกษามากกว่า 13 ปี และยังพบอีกว่าในกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 75 ปี ที่มีการศึกษาน้อยกว่า 8 ปี มีอัตราการตายสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) (Yasuda et al., 1997)

6. ภาวะการมีโรคประจำตัว พบว่าการมีโรคประจำตัวมีผลและมีความสำคัญต่อสุขภาพ เพราะจะเกี่ยวข้องกับการทำงานที่ของร่างกายและการมีโรคประจำตัวจะทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพ เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายสูงในผู้สูงอายุได้ (Wang, 1999) จากการศึกษาการรายงานระดับภาวะสุขภาพของตนเองในผู้สูงอายุ 65-74 ปี และอายุ 75 ปีขึ้นไป โดยเฟอร์โรโร (Ferraro, 1980) พบว่าระดับของภาวะสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มขึ้นอยู่กับจำนวนของการมีโรคประจำตัว ถ้ามีจำนวนของโรคประจำตัวมากกว่าระดับของสุขภาพจะแย่กว่าผู้ที่มีโรคประจำตัว

น้อยกว่า จากการศึกษาของควินน์ และคณะ (Quinn et al., 1999) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะด้านจิตสังคม และสุขภาพกายในผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม พบว่า การมีโรคประจำตัวเป็นตัวทำนายต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 15 โดยเฉพาะการมีโรคข้ออักเสบ และภาวะสุขภาพจิตไม่ดี จะเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะสุขภาพที่แย่ลงในผู้สูงอายุ จากการศึกษาของกูร์แรลนิก และคณะ (Guralnik et al., 1993) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะการมีโรคประจำตัวกับสภาพการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ พบว่า การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ เพราะทำให้เกิดภาวะเจ็บป่วยมีสุขภาพไม่ดีในผู้สูงอายุ ซึ่งโรคประจำตัวเหล่านี้ได้แก่ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเมเร็ง โรคเบาหวาน และโรคกระดูกสะโพกหัก จากการศึกษาที่ติดตามระยะยาวถึงสุขภาพอัตราการตายและการมีโรคประจำตัวในผู้สูงอายุชาย จำนวน 783 คน ผลการศึกษาพบว่าภาวะโรคประจำตัวเป็นปัจจัยทำนายถึงภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้ที่มิโรคประจำตัวมักมีภาวะสุขภาพแย่และมีโอกาสเสี่ยงต่อการตายสูง (Pijls, Feskens & Kromhout, 1993)

#### การประเมินปัญหาสุขภาพ

การประเมินปัญหาสุขภาพ หรือการวัดสุขภาพนั้นขึ้นอยู่กับแนวคิดหลักที่เกี่ยวกับคำว่าสุขภาพและขึ้นอยู่กับแนวคิดหลักเกี่ยวกับการวัดด้วย ซึ่งจะมีความแตกต่างกันตามวัตถุประสงค์ในการศึกษา (ประภาณี, 2537) การประเมินภาวะสุขภาพเพื่อตัดสินว่าบุคคลมีสุขภาพดีหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับ การให้ความหมายภาวะสุขภาพของบุคคล และผู้ประเมิน ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพได้มาจากการประเมินตามการรับรู้ภาวะของบุคคล บุคลากรทางการแพทย์ และจากการตรวจร่างกาย ร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ การประเมินภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุมีความซับซ้อนกว่าการประเมินภาวะสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ หรือวัยหนุ่มสาว ทั้งนี้เนื่องจากวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (ประคอง, 2539) การประเมินภาวะสุขภาพ สามารถแบ่งออกเป็น

1. การประเมินภาวะสุขภาพทางด้านกายภาพ ได้แก่ การตรวจร่างกายตามระบบ การตรวจอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติของร่างกาย ความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ น้ำหนักตัว (วิภาวี, 2537)

2. การประเมินภาวะสุขภาพตามการรับรู้ การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นความคิด ความเข้าใจของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ โดยที่ระดับของภาวะสุขภาพและการยอมรับในบทบาทการเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล จะมีผลต่อการรับรู้สุขภาพของบุคคลนั้น การรับรู้ภาวะสุขภาพจึงเป็นความคิด ความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับตนเอง (ศิริพร, 2539) การรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับดีและตรงกับความเป็นจริง ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีและมีความพึงพอใจในตนเอง (นิชกานต์, 2543) จากการศึกษาของวันดี สมพิศ และรัชสุรี (2538) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการ

รับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นในระดับดี จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่า ผู้สูงอายุที่รับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพเป็นระดับไม่ดี การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสำคัญจะต้องให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เนื่องจากภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมีความซับซ้อนไม่สามารถทำการวินิจฉัยได้ชัดเจน (ประคอง, 2539) ดังนั้นในการประเมินภาวะสุขภาพที่ถูกต้องสามารถเป็นแนวทางในการช่วยเหลือให้มีแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพได้

จากแนวคิดสุขภาพองค์รวม ซึ่งประกอบด้วยมิติด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม จึงมีการพัฒนาเป็นเครื่องมือในการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม โดยเน้นการประเมินตนเอง เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่ (ประภาเทัญ, 2537)

1. The Nottingham Health Profile (NHP) สร้างขึ้นโดยมาร์ตินีและฮันท์ (Martini & Hunt) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดปัญหาที่เกี่ยวข้องสุขภาพทางด้านร่างกาย สังคม และอารมณ์เป็นการประเมินผลการรักษาที่ผู้ป่วยตนเองและประมาณความต้องการในการรักษาพยาบาลของประชาชนโดยทั่วไป ซึ่งสามารถใช้เครื่องมือนี้ในงานวิจัยเชิงสำรวจได้ ข้อคำถามครอบคลุมแนวคิดหลักทางสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO) ประกอบด้วยข้อคำถาม 36 ข้อแบ่งกลุ่มออกเป็น 6 หมวด ดังนี้

- 1.1 ความสามารถทางร่างกาย (Physical Ability = PA)
- 1.2 ความเจ็บปวด (Pain = P)
- 1.3 การนอนหลับ (Sleep = S)
- 1.4 การแยกตัวจากสังคม (Social Isolation = SI)
- 1.5 ปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ (Emotional Reaction = ER)
- 1.6 ระดับของพลังงาน (Energy Level = EL)

ข้อดีของเครื่องมือนี้คือใช้ง่ายและครอบคลุมแนวคิดที่กว้างของคำว่า สุขภาพ

2. The Multilevel Assessment Instrument (MAI) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นโดยลิวตันท์ (Lewton) สร้างขึ้นเพื่อวัดลักษณะสุขภาพต่างๆ ไป ของกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนทั่วไป จะประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพ ทักษะในการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน สุขภาพทางด้านจิตใจ คุณภาพของสิ่งแวดล้อมและการมีปฏิกริยาทางสังคม ประกอบด้วย

- 2.1 สุขภาพร่างกาย
- 2.2 ความรู้/สติปัญญา
- 2.3 กิจกรรมในชีวิตประจำวัน
- 2.4 การใช้เวลา
- 2.5 สัมพันธภาพและปฏิกริยาสังคม

## 2.6 การปรับตัว

## 2.7 การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม

3. The OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire (OARS) สร้างขึ้นเพื่อศึกษาภาพรวมของระดับการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย และความต้องการด้านบริการของกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งอาศัยอยู่บ้านของตนเอง ใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินผลบริการและวางรูปแบบวิธีการที่เหมาะสม เพื่อจัดบริการที่เหมาะสมแก่กลุ่มผู้สูงอายุประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนแรกคือ Multidimensional Function Assessment Questionnaire (MFAQ) ประกอบด้วย 5 หมวด คือ

### 3.1 ขุมพลังทางสังคม

### 3.2 ขุมพลังทางเศรษฐกิจ

### 3.3 สุขภาพด้านจิตใจ

### 3.4 สุขภาพด้านร่างกาย

### 3.5 กิจกรรมในการดำรงชีวิตประจำวัน

ส่วนที่สอง คือ Services Assessment Questionnaire ซึ่งเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับบริการที่ได้รับ รวมทั้งความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุ (McDowell & Newell, 1987)

4. The Comprehensive Assessment and Referral Evaluation (CARE) สร้างโดยกกุลแลนด์ (Gurland) เป็นเครื่องมือที่ใช้ศึกษาปัญหาทางสุขภาพ และสังคมของประชาชนอายุ 65 ปีขึ้นไปในชุมชน เครื่องมือนี้ประกอบด้วยข้อความทั้งหมด 329 ข้อความ แบ่งเป็น 4 หมวด ได้แก่

### 4.1 ปัญหาทางจิต

### 4.2 ปัญหาด้านกาย

### 4.3 ความต้องการด้านการบริการ

### 4.4 ปัญหาเกี่ยวกับสังคมสิ่งแวดล้อม

5. Self-Evaluation of Life Function (SELF) เป็นเครื่องมือที่สร้างโดยลินน์ และลินน์ (Linn & Linn, 1984) โดยให้ผู้สูงอายุประเมินด้วยตนเอง ซึ่งครอบคลุมการประเมินทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมมีดัชนีวัดแบ่งเป็น 6 หมวด ดังนี้

5.1 ความเสื่อมสมรรถภาพด้านร่างกาย (physical disability) เป็นการระบุถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำ รวมทั้งปัญหาอุปสรรคในการประกอบกิจกรรมต่างๆ

5.2 การเปลี่ยนแปลงจากการมีอายุ (symptom of aging) เป็นการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของระบบต่างๆ ของร่างกายที่เกิดจากการมีอายุของผู้สูงอายุในด้านคุณค่า ความสามารถ ความรู้สึก ความเชื่อมั่นในตนเองของผู้สูงอายุ

5.3 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self esteem) เป็นการประเมินตนเองในด้านคุณค่าความสามารถ ความรู้สึก ความเชื่อมั่นในตนเองของผู้สูงอายุ

5.4 ภาวะซึมเศร้า (depression) เป็นความรู้สึก ของผู้สูงอายุที่แสดงออกถึงอารมณ์ซึมเศร้า

5.5 การควบคุมตนเอง (personal control) เป็นความสามารถของผู้สูงอายุในการตัดสินใจ การกระทำหรือจัดการสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง

5.6 ความพึงพอใจในสังคม (social satisfaction) เป็นความรู้สึกและสัมพันธภาพที่มีต่อบุคคลรอบข้าง รวมทั้งการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม

6. Medical Outcomes Study (MOS) ซึ่งสจ๊วต และแวย์ (Stewart & Ware, 1992) ได้พัฒนาโดยครอบคลุมการประเมินร่างกายโดยตัวบุคคลเอง 5 ด้าน แบบประเมินที่นิยมใช้คือ ฉบับย่อเรียกว่า MOS 20-Item Short Health Survey (SF-20) สำหรับฉบับเต็มเรียกว่า Actual Patient Assessment Questionnaire (PAQ) ซึ่งกำหนดตัวชี้วัดภาวะสุขภาพแต่ละด้านดังนี้ (Stewart & Ware, 1992)

#### 6.1 ด้านสภาวะทางคลินิก (clinical state)

6.1.1 อาการแสดง/ความรุนแรงของการเจ็บป่วยทางกายและความพิการ (presence/severity of physical conditions and impairments)

6.1.2 อาการแสดง/ความรุนแรงของการเจ็บป่วยทางจิต (presence/severity of mental illness)

#### 6.2 ด้านการทำหน้าที่และความผาสุกทางกาย (physical functioning and well-being)

6.2.1 การทำหน้าที่ทางกาย (physical functioning)

6.2.2 การเคลื่อนที่ (mobility)

6.2.3 ความปวด (pain)

6.2.4 กำลัง/ความอ่อนล้า (energy/fatigue)

6.2.5 ปัญหาการนอนหลับ (sleep problem)

6.2.6 อาการทางกาย/อาการทางกายที่สัมพันธ์กับจิต (physical/psychological symptoms)

#### 6.3 ด้านการทำหน้าที่และความผาสุกทางจิต (mental functioning and well-being)

6.3.1 ความจำ (cognitive functioning)

6.3.2 ความทุกข์ใจ (psychological distress)

6.3.3 ความซึมเศร้า/การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม (depression/behavior-emotional control)

6.3.4 ความวิตกกังวล (anxiety)

6.3.5 ความผาสุกทางจิต (psychological well-being)

6.3.6 ความรู้สึกในทางที่ดี (positive affect)

6.3.7 ความรู้สึกพึงพา (feelings of belonging)

6.3.8 ความทุกข์จากสุขภาพ (health distress)

6.4 ด้านการทำหน้าที่และความผาสุกทางสังคม (social/role functioning and well-being)

6.4.1 ข้อจำกัดในกิจกรรมทางสังคมจากสุขภาพ (social activity limitations due to health)

6.4.2 ข้อจำกัดของบทบาทในสังคมจากภาวะสุขภาพ (role limitations due to health)

6.4.3 ข้อจำกัดของบทบาทจากสุขภาพกาย (role limitations due to physical health)

6.4.4 ข้อจำกัดของบทบาทจากปัญหาทางอารมณ์ (role limitations due to emotional problems)

6.4.5 การทำหน้าที่ต่อคู่สมรส (marital functioning)

6.4.6 การทำหน้าที่ต่อครอบครัว (family functioning)

6.4.7 การทำหน้าที่ทางเพศ (sexual function)

6.5 ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพและความพึงพอใจ (general health perceptions and satisfaction)

6.5.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน (current health perception)

6.5.2 การมองสุขภาพในอนาคต (health outlook)

6.5.3 การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต (prior health)

6.5.4 ความพึงพอใจในสุขภาพร่างกาย (satisfaction with physical functioning)

สำหรับการศึกษานี้ ศึกษาภาวะสุขภาพในลักษณะองค์รวม ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบประเมิน Actual Patient Assessment Questionnaire (PAQ) ของสจ๊วต และแวร์ (Stewart & Ware, 1992) โดยผู้วิจัยได้นำมาดัดแปลงจาก 5 ด้าน มาเป็น 3 ด้าน คือ ภาวะทางด้านร่างกาย ภาวะทางด้านจิตใจ และภาวะทางด้านสังคม โดยประเมินถึงปัญหาสุขภาพว่ามีหรือไม่มีปัญหาสุขภาพทั้ง 3 ด้าน สำหรับในการเลือกใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพ Actual Patient Assessment Questionnaire นี้มาดัดแปลงใช้ เพราะแบบประเมินนี้สามารถประเมินภาวะสุขภาพไว้ครอบคลุม ทั้งกาย จิตและสังคม

### ความต้องการพึ่งพาของผู้สูงอายุ

ภาวะพึ่งพา หมายถึง ความต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจกรรมหรือบทบาทที่ในสภาพแวดล้อมปกติไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง (Benolial, McCorke & Young, 1980 อ้างตาม วารินี, 2540) เป็นความปรารถนาบางสิ่งบางอย่างเพื่อการดำรงชีวิตและรักษาภาวะสมดุลของการดำรงชีวิต ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม (นันทนา, 2537) และเป็นความต้องการในการช่วยเหลือในชั้นพื้นฐาน 4 ประการ คือ ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ (Atchley, 1980)

กล่าวโดยสรุป ความต้องการพึ่งพาเป็นความต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในบทบาทที่ตนเองไม่สามารถกระทำได้ เพื่อรักษาสมดุลของการดำรงชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

### ความต้องการพึ่งพาของผู้สูงอายุตอนปลาย

โดยธรรมชาติของมนุษย์จะต้องดิ้นรนต่อสู้เพื่อความอยู่รอดของตนเสมอ การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลตนเองจึงเป็น ปรากฏการณ์ตามธรรมชาติ บุคคลจะริเริ่มและกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อที่จะรักษาชีวิตสุขภาพและสวัสดิภาพ อันจะนำมาซึ่งความผาสุกของตนเอง (Orem, 1985) ดังนั้นบุคคลทุกคนจึงมีความต้องการที่จะคงภาวะสมดุลของร่างกาย จิตใจ และสังคม แต่ในบางครั้ง ความต้องการของบุคคลก็ไม่สามารถที่จะตอบสนองได้ด้วยตนเอง (โสภา, 2541) โดยเฉพาะผู้สูงอายุตอนปลายซึ่งมีข้อจำกัดในเรื่องความเสื่อมของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และการเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคมจึงเป็นวัยที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น จากการศึกษาของทศนีย์ (2537) พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี มีความสามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมดร้อยละ 58 ส่วนผู้ที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป มีความสามารถช่วยเหลือตนเองลดลง โดยมีความสามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมดร้อยละ 19.5 แสดงให้เห็นว่าเมื่อมีอายุมากขึ้นความสามารถในการช่วยเหลือตนเองจะลดลง ซึ่งมีการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุยิ่งมีอายุมากขึ้นจะมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านต่างๆ ลดลง ต้องการพึ่งพาและช่วยเหลือ (สุทธิชัย, รัชฎีกษณ์, ภิรมย์ และสุชัย, 2538; Bondevik & Skogstad, 1998; Carpenter & Demopoulos, 1990; Challis et al., 2000; Dunlop et al., 1997; Krach et al., 1996) เนื่องจากความเสื่อมของอวัยวะในระบบต่างๆ ของร่างกายเป็นผลให้ผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายอ่อนแอ มีโรคภัยไข้เจ็บ ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง การดำรงชีวิตด้วยการพึ่งพาตนเองจึงเป็นเรื่องที่ยากลำบากมากขึ้น ทั้งทางด้าน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความต้องการช่วยเหลือ ด้านค่าใช้จ่ายเนื่องจากการไม่ได้ประกอบอาชีพจากสภาวะร่างกายที่อ่อนแอ การต้องการ

ความรักการดูแลจากครอบครัว รวมถึงการมีสัมพันธ์กับสังคมของผู้สูงอายุ การที่ผู้สูงอายุมีความรู้สึกพึงพอใจสามารถประกอบกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองและรู้สึกว่าตนเองไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวหรือเพื่อนฝูง ย่อมก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต แต่ถ้าผู้สูงอายุยังคงรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองหรือทำให้กีดกันน้อยลง จึงจำเป็นต้องพึ่งบุตรหลานหรือบุคคลอื่น อาจทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำได้ ทั้งนี้เนื่องจากการพึ่งพาผู้อื่นเป็นการเปลี่ยนแปลงบทบาทที่น่ากลัวสำหรับผู้สูงอายุ กล่าวคือ เป็นการเปลี่ยนแปลงบทบาทจากผู้ที่มีอิสระในการทำกิจกรรมต่างๆ ตามความต้องการของตนเอง มาเป็นผู้ที่คอยรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น ซึ่งเป็นบทบาทที่ยากจะยอมรับ (Atchley, 1980)

แอชลีย์ (Atchley, 1980) กล่าวว่า ภาวะการพึ่งพาตนเองประกอบด้วยมิติพื้นฐาน 4 ประการ

1. การพึ่งพาตนเองด้านร่างกาย (physical dependency) ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหวหรือการเคลื่อนไหวที่ตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย
2. การพึ่งพาตนเองด้านจิตใจ (psychological dependency) ได้แก่ การคืนตัวในการหาความรู้ ประสบการณ์ และความเชี่ยวชาญ เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากสิ่งแวดล้อมและความต้องการความรัก
3. การพึ่งพาตนเองด้านสังคม (social dependency) ได้แก่ การกระทำเพื่อให้ได้มาซึ่งสิทธิต่างๆ ด้วยตนเอง และการมีกิจกรรมในสังคม
4. การพึ่งพาตนเองด้านเศรษฐกิจ (economic dependency) ได้แก่ ความสามารถในการจัดหาอาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่มให้แก่ตนเอง

จากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และบทบาทในสังคมของผู้สูงอายุตอนปลาย ผู้สูงอายุจึงต้องการพึ่งพาในสิ่งที่ผู้สูงอายุไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงนำเอาแนวคิดภาวะการพึ่งพาตนเองของแอชลีย์มาใช้ในการศึกษาภาวะความต้องการพึ่งพาในผู้สูงอายุตอนปลาย ดังนี้

1. ความต้องการพึ่งพาด้านร่างกาย (physical dependency needs)

ระดับการพึ่งพาของผู้สูงอายุจะมีความแตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับภาวะร่างกายของผู้สูงอายุ ซึ่งโดยปกติแบ่งได้เป็นสี่ระดับ คือ ระดับพึ่งพาน้อย ระดับการพึ่งพาปานกลาง ระดับการพึ่งพามาก และระดับการพึ่งพาโดยสมบูรณ์ (สุทธิชัย, 2541) ระดับการพึ่งพาของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับผลของโรคที่ก่อให้เกิดความพิการและไร้ความสามารถ การประเมินการพึ่งพาจึงเป็นการประเมินภาวะไร้ความสามารถ ซึ่งสามารถประเมินได้จากภาวะการทำหน้าที่ทางร่างกายของผู้สูงอายุอันเป็นสิ่งที่แสดงถึงความสามารถของผู้สูงอายุในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของตนเองหรือความสามารถในบทบาทที่ดำรงอยู่ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพร่างกายและความผาสุกของตนเอง โดยทั่วไปประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ 1) ความสามารถในการทำหน้าที่ (functional capacity) เป็น



ความสามารถสูงสุดที่กระทำกิจกรรมที่บุคคลทั่วไปกระทำ 2) การกระทำหน้าที่ (functional performance) เป็นการกระทำที่เกิดขึ้นจริง 3) ความสามารถสำรองในการทำหน้าที่ (functional reserve) เป็นความสามารถที่ผู้สูงอายุมีอยู่แต่ยังไม่ถูกนำมาใช้ในการกระทำกิจกรรม แต่สามารถเรียกใช้ได้เมื่อต้องการ และ 4) การใช้ประโยชน์จากความสามารถ (functional capacity utilization) เป็นความสามารถในการทำกิจกรรมที่ถูกเลือกมาใช้ในการทำกิจกรรมหนึ่งๆ วิธีการประเมินที่ใช้กับผู้สูงอายุโดยทั่วไปจึงประเมินว่าผู้สูงอายุสามารถทำหรือได้ทำกิจกรรมที่กำหนดหรือไม่หรือความต้องการการช่วยเหลือโดยกิจกรรมที่เลือกใช้จะเป็นกิจกรรมที่ใช้กันอยู่ทั่วไป ซึ่งบุคคลที่มีสุขภาพปกติ โดยทั่วไปสามารถทำได้ กิจกรรมที่ถูกเลือกใช้จึงเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่ในชีวิตประจำวัน (Activity of daily living : ADL) โดยแบ่งเป็นกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน (Basal activity of daily living) และกิจกรรมเชิงปฏิบัติในการดำรงชีวิตนอกบ้าน (Instrument activity of daily living : IADL) (สุทธิชัย, 2541) แบบประเมินที่นิยมและสามารถนำมาใช้วัดภาวะทุพพลภาพหรือการพึ่งพาของผู้สูงอายุไทยสร้างโดยสุทธิชัย (2541) ซึ่งแบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ เป็นแบบวัดที่ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่เป็นกิจกรรมพื้นฐาน แบบส่วนนี้เรียกว่า ดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Modified Barthel ADL Index : BAI) ซึ่งประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิว้ม การลุกนั่งจากที่นอน การใช้ส้วม การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการเดินขึ้นลงบันได 1 ชั้น สำหรับแบบวัดส่วนที่เหลือเป็นกิจกรรมเชิงปฏิบัติในการดำรงชีวิต ซึ่งถูกสร้างขึ้นมาเพื่อให้เหมาะสมกับสังคมและวัฒนธรรมความเป็นอยู่ของไทยโดยเฉพาะ เรียกแบบประเมินส่วนนี้ว่า ดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index : CAI) ซึ่งประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ การเดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน การทำหรือเตรียมอาหาร การทำความสะอาดบ้านหรือซักรีดเสื้อผ้า การถอนเงินหรือการแลกเปลี่ยน การใช้บริการรถเมล์ หรือรถสองแถว (สุทธิชัย, 2541) ซึ่งจากการศึกษาการประเมินความสามารถของผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยทัศนีย์ (2537) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความสามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด ร้อยละ 77.5 ส่วนผู้สูงอายุที่ต้องมีผู้ช่วยเหลือบางกิจกรรมและช่วยเหลือตนเองไม่ได้มีร้อยละ 21.9 และ 0.6 ตามลำดับ และจากการศึกษาการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพื่อวัดการพึ่งพาในผู้สูงอายุไทย ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 6.9 อยู่ในภาวะพึ่งพา ต้องการผู้ช่วยเหลือ (สุทธิชัย และคณะ, 2542) ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุแต่ละคนของ National Health (สุภานี, 2537) พบว่า ร้อยละ 1-4 ของผู้สูงอายุ 65 ปีและมากกว่าต้องการการช่วยเหลือทางด้านร่างกายในเรื่องกิจกรรมดังต่อไปนี้ 1) การอาบน้ำร้อยละ 3 2) การแต่งตัวร้อยละ 4 3) การรับประทานอาหารร้อยละ 1 4) การขับถ่ายร้อยละ 2 และผู้สูงอายุ 85 ปีขึ้นไป ต้องการการช่วยเหลือในกิจกรรมที่เพิ่มมากขึ้นดังนี้คือ 1) การอาบน้ำร้อยละ 11 2) การแต่งตัวร้อยละ 18 3) การรับประทานอาหารร้อยละ 4 4) การขับถ่าย

ร้อยละ 7 จากการศึกษาความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวของผู้สูงอายุในชนบท โดยโสกา (2541) พบว่าผู้สูงอายุต้องการดูแลด้านร่างกายอยู่ในระดับมาก โดยแบ่งเป็นด้าน การจัดเตรียมอาหารให้รับประทาน จัดให้มีการความสะดวกในการขับถ่าย และจัดที่นอนให้เหมาะสมสะดวกและสะอาด จากการศึกษาระยะยาวถึงการลดลงของการทำหน้าที่ทางกายและภาวะพึ่งพาในผู้สูงอายุ 75 ปีขึ้นไป พบว่าในปีสุดท้ายที่ศึกษากลุ่มตัวอย่างมีการลดลงของการทำหน้าที่ของร่างกาย และอยู่ในภาวะพึ่งพา โดยมีความต้องการช่วยเหลือ ด้านกิจวัตรประจำวัน พื้นฐานและนอกร้านสูงขึ้น (Hebert et al., 1999)

## 2. ความต้องการพึ่งพาด้านจิตใจ (psychological dependency needs)

ความต้องการด้านจิตใจเป็นสิ่งที่มองไม่เห็น สัมผัสไม่ได้ แต่รู้สึกได้ เพื่อให้เกิดความสุขสงบแก่จิตใจ ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงและการสูญเสียตามวัย ผู้สูงอายุจึงต้องการได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ความอบอุ่นใจ ความเคารพนับถือ และไม่ถูกทอดทิ้งจากบุตรหลาน (ปราณี, 2536; โสกา, 2541) เพราะความรักเป็นความต้องการพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับมนุษย์ซึ่งมนุษย์ทุกคนมีความต้องการที่จะให้และรับความรักเพื่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นแก่จิตใจ (สุรกุล, 2534) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นจะทำให้ผู้สูงอายุมีการให้และรับความรักจากบุคคลรอบข้างทำให้รู้สึกได้ว่าไม่ถูกทอดทิ้ง จากการศึกษาของริคเคลแมนและคณะ (Rickelman et al., 1994) พบว่าความผูกพันและสัมพันธภาพที่ดีของผู้สูงอายุกับบุคคลที่มีความสำคัญต่อตนเอง จะมีผลอย่างยิ่งกับคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะมีความรู้ว่าคุณค่าในตนเองลดลงจากการต้องพึ่งพาผู้อื่น อาจทำให้เกิดความรู้สึกหงุดหงิด เศร้าใจ สิ้นหวัง แยกตัว เกิดความรู้สึกไม่มั่นคง ขาดเสถียรภาพความมั่นคงทางจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์ที่แปรปรวน หงุดหงิดง่าย ใจน้อย โกรธง่าย นำไปสู่ความขัดแย้งกับบุตรได้ (เขวาลักษณ์, 2529) ดังนั้นครอบครัวของผู้สูงอายุจะต้องให้ความรัก ความเคารพนับถือ เอาใจใส่ รับฟัง และยอมรับพฤติกรรมบางอย่างที่เปลี่ยนแปลงไปตามวัย และต้องให้การดูแลไม่ให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องภายในครอบครัว นอกจากนี้ การซักชวน พูดคุย และรับฟังประสบการณ์หรือเหตุการณ์ที่ผู้สูงอายุประทับใจในอดีตอย่างเต็มที่ ให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ายังมีคนชื่นชม ความต้องการด้านสุนทรียะก็เป็นส่วนหนึ่งของความต้องการด้านจิตใจ ซึ่งเป็นความต้องการที่จะชื่นชมกับสิ่งที่สวยงาม ความบันเทิงในชีวิต (สาวิตรี, 2536) ควรจัดให้ผู้สูงอายุได้มีความสนุกสนาน เพลิดเพลินกับสิ่งบันเทิงใจ เช่น ส่งเสริมให้มีโอกาสในการฟังดนตรี เล่นดนตรี หรือการละเล่นพื้นบ้านที่ชอบ (โสกา, 2541) สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีตลอดไปจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

### 3. ความต้องการพึ่งพาด้านสังคม (social dependency needs)

การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุคคลรอบๆ ตัวและสังคมนับว่ามีความสำคัญต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง (ฉัตรทอง, 2540) สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นนอกครอบครัวก็เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุเพราะเป็นวิธีการที่จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการทางสังคม การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นของผู้สูงอายุได้แก่ การมีเพื่อนในวัยเดียวกัน ผู้สูงอายุมักเลือกคนเป็นเพื่อนที่มีอายุใกล้เคียงกันมากกว่าต่างวัยกันมากๆ เพราะสามารถปรับทุกข์สุขแก่กันและกันด้วยความเข้าใจกันดี ยิ่งกว่ากับคนต่างวัยกันมากๆ ปัจจัยหนึ่งซึ่งทำให้มีความสุขความพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ คือ การได้พบปะพูดคุยกับคนวัยเดียวกัน ความรู้สึกที่ดีจากการได้พบพูดคุยกับเพื่อนวัยเดียวกัน ดังกล่าวมีความสำคัญมากทางสังคมของผู้สูงอายุมีผลต่ออารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุด้วยนอกจากนี้การทำกิจกรรม ผู้สูงอายุที่ทำกิจกรรมต่างๆ อย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ผู้สูงอายุที่ขี้ดเหนียวจิตใจ รู้สึกว่าชีวิตยังมีค่ามีประโยชน์ และมีความหมาย ตรงกันข้ามกับผู้สูงอายุที่ไม่มีกิจกรรมจะมีความรู้สึกเบื่อหน่าย หมกมด้อย มีชีวิตที่เฉื่อยเหงา จิตใจจะเสื่อมลงอย่างรวดเร็ว

กิจกรรมที่เหมาะสมในผู้สูงอายุมีสามประเภทดังนี้ คือ 1) กิจกรรมที่มีรูปแบบ (formal activities) ได้แก่ การทำบุญ การเข้าวัด การมีกิจกรรมในสังคม เช่น งานบวช งานแต่งงาน เป็นต้น 2) กิจกรรมที่ไม่มีรูปแบบ (informal activities) ได้แก่ การมีสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนบ้าน การเดินทาง การซื้อสิ่งของต่างๆ เป็นต้น และ 3) กิจกรรมที่ทำคนเดียว (solitary activities) ได้แก่ งานอดิเรก ดูทีวี ปลูกต้นไม้ เป็นต้น (วาสนา, 2540)

จากทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วมกัน เชื่อว่าผู้สูงอายุมีกิจกรรมสูงจะมีการปรับตัวได้ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และทฤษฎีกิจกรรมยังทำนายว่าบุคคลที่สามารถดำรงกิจกรรมทางสังคมได้จะเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูง ผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตยังสามารถรักษาระดับกิจกรรมได้มากหรือทำได้อย่างสม่ำเสมอเป็นประจำ ย่อมแสดงถึงผู้สูงอายุมองตนเองอย่างมีคุณค่า มีประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม (วาสนา, 2540) พบว่าอัตมโนทัศน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุคือ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากจะมีอัตมโนทัศน์ต่อตนเองในแง่ดีมากกว่าผู้สูงอายุคือผู้สูงอายุที่เข้าร่วมในสังคมน้อย ความสุข และการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่มีความสุขมากจะมีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางสังคมที่เพิ่มขึ้น และผู้สูงอายุที่มีความสุขมากจะมีความพึงพอใจและมีความสุขในชีวิต ดังนั้น จึงควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมและเข้าร่วมในสังคม ครอบครัวควรมีการดูแลไม่ปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่เพียงผู้เดียว เมื่อมีโอกาส บุตรหลานควรสลับกันมาเยี่ยม พาออกนอกบ้านไปเยี่ยมเพื่อน บุตรหลาน ญาติสนิท ไปวัด ไปชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น เพราะเป็นการเปลี่ยนบรรยากาศ จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข เกิดความพอใจในชีวิต (ปราณี, 2536)

#### 4. ความต้องการพึ่งพาด้านเศรษฐกิจ (economic dependency needs)

เศรษฐกิจนับว่าเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ในผู้สูงอายุทุกกลุ่มทุกฐานะ มีความแตกต่างกันด้านเศรษฐกิจไม่เหมือนกัน บางคนมีรายได้ที่แน่นอนจากบำนาญ ค่าเช่า ดอกเบี้ย เงินฝาก เป็นต้น ย่อมมีอิสระในการใช้จ่ายเงินตามความต้องการและความสะดวกแต่บางคนมีรายได้ไม่แน่นอน และไม่เพียงพอ จำเป็นต้องเป็นหน้าที่ของบุตรหลาน ให้ความช่วยเหลือ (ปราณี, 2536) เศรษฐกิจจึงถือว่าเป็นปัญหาสำคัญ เพราะผู้สูงอายุที่มีอายุส่วนใหญ่ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง ในการที่จะตอบสนองความต้องการในด้านต่างๆ ทั้งในด้านเครื่องนุ่งห่ม อาหารที่มีคุณค่า ค่ารักษาพยาบาลตลอดจน การซื้อหาอุปกรณ์ในการอำนวยความสะดวกและความสุข (ธีระ, 2516; ภัทรทอง, 2540) จากการศึกษาผลกระทบทางเศรษฐกิจสังคมและประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยโดยนภาพรและคณะ (2532) พบว่าร้อยละ 62 ของผู้สูงอายุรายงานว่ามีการพึ่งพาด้านเศรษฐกิจในปัจจุบันมากกว่าเมื่ออายุอยู่ในวัยทำงาน สำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้ร้อยละ 50 รายงานว่าไม่พอแก่การเลี้ยงชีพ และพบว่าร้อยละ 75 สาเหตุที่ผู้สูงอายุไม่สามารถทำงานได้เพราะสุขภาพร่างกายไม่ไหวแม้ว่าผู้สูงอายุต้องการทำงาน และร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุดำรงชีพอยู่ด้วยการเลี้ยงดูจากบุตร ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นเท่าไรก็ต้องการเลี้ยงดูจากบุตรมากขึ้นเท่านั้นและจากการศึกษาของพีรสิทธิ์ และคณะ (2523) พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 75 เห็นว่าชีวิตจะมีความสุขได้ต้องเตรียมเศรษฐกิจไว้ดี ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจนี้ถ้าผู้สูงอายุรู้ว่าตนเองมีรายได้เพียงพอในการใช้จ่ายรู้สึกว่าคุณมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและมีความเป็นอยู่ที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจในชีวิต (ภัทรทอง, 2540) ครอบครัวจึงมีส่วนสำคัญสำหรับการพึ่งพาของผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัว (นภาพร, 2542) จากการศึกษาของมาลี (2526) ความต้องการของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 80 ต้องการลูกๆ ไว้เป็นที่พึ่งเวลาเจ็บป่วยรวมทั้งเป็นผู้ช่วยเหลือด้านเงินทอง

จากที่กล่าวมา การพึ่งพาของผู้สูงอายุเป็นสิ่งแสดงถึงความต้องการการช่วยเหลือพึ่งพจากบุคคลอื่นในการตอบสนองความต้องการของตนเองในส่วนที่ผู้สูงอายุไม่สามารถตอบสนองตนเองได้

#### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการพึ่งพา

1. เพศ เพศเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและกิจวัตรประจำวันนอกร้าน ทั้งนี้เนื่องจากเพศแสดงถึงความแตกต่างทางสรีระบุคคลโดยเพศชายจะมีโครงสร้างที่แข็งแรงมั่นคงในขณะที่เพศหญิงจะมีโครงสร้างที่บอบบางกว่า ดังนั้นการศึกษาส่วนมากเพศชายจึงมักมีภาวะสุขภาพดีกว่าและสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีกว่า (Schaffer, 1981) จากการศึกษาภาวะพึ่งพาในผู้สูงอายุในชุมชน พบว่าเพศที่แตกต่างมีความแตกต่างของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยเพศหญิง มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองใน

กิจวัตรประจำวันได้ด้อยกว่าเพศชาย (Vetter et al., 1992) การศึกษาของนภาพร และจอห์น (2539) พบว่า ผู้สูงอายุหญิงมีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุชาย โดยเฉพาะ ผู้สูงอายุหญิงมีปัญหาในการเดินไปมาในบ้านสูงกว่าผู้สูงอายุชายอย่างชัดเจน และจากการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงในผู้สูงอายุ 75 ปีขึ้นไปพบว่า ผู้สูงอายุหญิง มักมีสุขภาพแย่กว่าชาย และมีความต้องการพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันมากกว่าผู้สูงอายุชาย (Jagger, Spiers & Clarke, 1993)

2. อายุ เมื่ออายุมากขึ้นประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายและอวัยวะต่างๆ จะเริ่มถดถอยลง ซึ่งจะนำไปสู่ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองทำได้ลดลง ต้องเข้าสู่ระยะพึ่งพา (ตุทริชัย, 2541) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าอายุที่มากขึ้น ทำให้มีภาวะสุขภาพแย่ลง และจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการช่วยเหลือตนเองด้านกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและกิจวัตรประจำวันนอกร้านได้ลดลงต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (ทศนีย์, 2537; นภาพร และจอห์น, 2539; ตุทริชัย และคณะ, 2538; ตุทริชัยและคณะ, 2542; Agüero-Terres, 1998; Guralnik et al., 1993; Kranch et al., 1996; Melzer, 1999; Shetterly, Baxter, Morgenstern, Grisby & Hamman, 1998; Sarvimaki & Stenbock-Hult, 2000)

3. สถานภาพสมรส การสนับสนุนจากคู่สมรส เป็นแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีกำลังใจ มีคุณค่าในการดำเนินชีวิต ความรู้สึกเหล่านี้จะเป็นแรงผลักดันให้มีความปรารถนาที่จะดูแลช่วยเหลือตนเองให้ดีที่สุด (Orem, 1985) จากศึกษาของควิส และคณะ (Davis et al., 1997) ซึ่งศึกษาการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรส มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ดีกว่าผู้สูงอายุหญิงที่ไม่ได้อยู่กับคู่สมรส ทั้งนี้เพราะมีคู่สมรสช่วยกระตุ้นในการดูแลช่วยเหลือตนเอง นอกจากนี้ยังพบการศึกษาที่แตกต่างไปคือ การมีคู่สมรสไม่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโสดมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรส และผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย เพราะผู้สูงอายุที่เป็นโสดไม่มีผู้ช่วยเหลือดูแลจึงมีความกระตือรือร้น สนใจที่จะดูแลตนเองและช่วยเหลือตนเองมากกว่าอีก 2 กลุ่ม (Sarwari et al., 1998)

4. รายได้ รายได้เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการดำเนินชีวิต ซึ่งพบว่าผู้ที่มีฐานะเศรษฐกิจดี มักจะมีการดูแลตนเองดี ทำให้มีสุขภาพที่แข็งแรง คงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ดีกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ซึ่งมักจะมีภาวะสุขภาพแย่กว่า จากการศึกษานี้ (2537) ซึ่งศึกษาความสามารถของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) โดยอธิบายได้ว่า ภาวะเศรษฐกิจมีผลต่อสุขภาพโดยตรงคนที่ฐานะดีจะปฏิบัติดูแลสุขภาพของตนเองดี มีภาวะสุขภาพที่ดีและสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี และจากการศึกษา

ของกรูแรลนิก และคณะ (Guralnik et al., 1993) พบว่า ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำมักพบอัตราการเจ็บป่วยสูง มีผลทำให้ความสามารถทางการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันลดลง

5. การศึกษา การศึกษาทำให้คนพัฒนาและสามารถเรียนรู้ในการทำให้ตนเองมีสุขภาพดี (เกษมและกฤษยา, 2528) จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะพึ่งพาในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาในระดับต่ำกว่าจะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ลดลงมีความต้องการพึ่งพาสูง (สุทธิชัย และคณะ, 2538) จากการศึกษาของกรูแรลนิก และคณะ (Guralnik et al., 1993) พบว่าระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราการเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุชาย โดยการศึกษาคำทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ลดลง และจากการศึกษาถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้านเปรียบเทียบระหว่างผู้สูงอายุละตินอเมริกันกับอเมริกันผิวขาว พบว่าผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่มที่มีการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ดีเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีการศึกษาค่ำกว่า (Shetterly et al., 1998)

6. ภาวะการมีโรคประจำตัว การมีโรคประจำตัวมีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพโดยตรง เพราะมีผลกระทบต่อความไม่สุขสบาย ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ทำให้มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง จากการศึกษาของทสันีย์ (2537) พบว่าผู้ที่ไม่ได้มีโรคประจำตัวสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ทุกกิจกรรมโดยไม่ต้องช่วยเหลือ ส่วนผู้ที่มีโรคประจำตัวความสามารถในการช่วยเหลือตนเองจะลดลงไป เช่นเดียวกับการศึกษาของไซมอนส์ แมคคอลลัม เฟรดแลนเดอร์ และไซมอนส์ (Simons, McCallum, Friedlander & Simons, 2000) พบว่า การมีโรคประจำตัวในผู้สูงอายุจะเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคหลอดเลือดสมองและโรกระบบทางเดินหายใจ ต้องพึ่งพาในการช่วยทำกิจวัตรประจำวันอย่างน้อย 1 กิจกรรม

#### การประเมินความต้องการพึ่งพา

จากแนวคิดแอชลีย์ (Atchley, 1980) การพึ่งพาตนเองประกอบด้วยมิติพื้นฐาน 4 ประการ คือ 1) การพึ่งพาตนเองด้านร่างกาย 2) การพึ่งพาตนเองด้านจิตใจ 3) การพึ่งพาตนเองด้านสังคม และ 4) การพึ่งพาตนเองด้านเศรษฐกิจ ซึ่งประกอบด้วย

1. ความต้องการพึ่งพาด้านร่างกาย โดยแบ่งการประเมินเป็น 2 ด้านคือ

1.1 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (basic activity of daily living) ซึ่งการพึ่งพาด้านร่างกายในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานนี้สามารถประเมินได้จากดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ได้รับการทดสอบคุณค่าและเหมาะสมจะนำมาใช้กับผู้สูงอายุเพื่อประเมินภาวะสุขภาพหรือการพึ่งพา (สุทธิชัย, 2541) ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ ความสามารถในการรับประทานอาหาร ความสามารถในการล้างหน้า หวีผม

แปรงฟัน โกนหนวด ความสามารถในการถุกนั่งจากที่นอนหรือเตียงไปยังเก้าอี้ การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได 1 ชั้น การอาบน้ำ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ

1.2 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้าน (instrumental activity of daily living) เป็นกิจวัตรประจำวันที่ทำเป็นประจำสำหรับการดำรงชีวิตอย่างเป็นอิสระในชุมชน สำหรับเครื่องมือที่ใช้ประเมินกิจวัตรประจำวันนอกบ้านที่พัฒนาขึ้นมาในต่างประเทศยังไม่เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป เพราะมีความแตกต่างกันในลักษณะของสังคมแต่ละประเทศ สุทธิชัย และคณะ (2541) จึงได้พัฒนาระบบประเมินกิจวัตรประจำวันนอกบ้านเพื่อให้เหมาะสมกับสังคมและวัฒนธรรมความเป็นอยู่ของไทยโดยเฉพาะ คือแบบประเมินดัชนีจุฬาลงกรณ์ (Chula ADL index) ซึ่งได้รับการทดสอบคุณค่าแล้วเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุไทย ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ การเดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน การทำหรือเตรียมอาหาร การทำความสะอาดบ้านหรือซักผ้า การถอนเงินหรือแลกเงิน และการใช้บริการรถเมล์ หรือรถสองแถว

ซึ่งผู้วิจัยได้นำดัชนีบาร์เซลเอดีแอลและดัชนีจุฬาลงกรณ์มาใช้เป็นเครื่องมือประเมินความต้องการพึ่งพาด้านร่างกายของกลุ่มตัวอย่างเพราะเห็นว่าเหมาะสมสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้

2. ความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคม เป็นความต้องการที่จะให้และได้รับความรัก ความใกล้ชิด การเป็นที่ยอมรับของคนรอบข้างทั้งในครอบครัว และสังคม ความรู้สึกเป็นอิสระไม่เป็นภาระของผู้อื่น และเป็นความต้องการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่นในสังคม

3. ความต้องการพึ่งพาด้านเศรษฐกิจ เป็นความต้องการช่วยเหลือด้านเงิน ที่อยู่อาศัย หรือเครื่องนุ่งห่ม รวมทั้งปัจจัยที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิต

### บทที่ 3

#### วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาแบบแผนชีวิต ปัญหาสุขภาพ และความต้องการพึ่งพาของผู้สูงอายุตอนปลาย ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัญหาสุขภาพ กับแบบแผนและความต้องการพึ่งพา และศึกษาหาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับแบบแผนชีวิต ปัญหาสุขภาพ และความต้องการพึ่งพาในกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลาย

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุ อายุ 75 ปีขึ้นไป ซึ่งอาศัยอยู่ในจังหวัดตาก โดยมีวิธีการสุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนดังนี้

1. จังหวัดตากมีทั้งหมด 7 อำเภอ 1 กิ่งอำเภอ มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 75 ปีขึ้นไป 5,621 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก, 2542) กำหนดขนาดตัวอย่างตามตารางสำเร็จรูป สำหรับเลือกขนาดตัวอย่าง โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น .05 (Arkin & Colton, 1963 อ้างตาม เพชรน้อย, ศิริพร และทัศนีย์, 2539) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 303 คน ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 310 คน

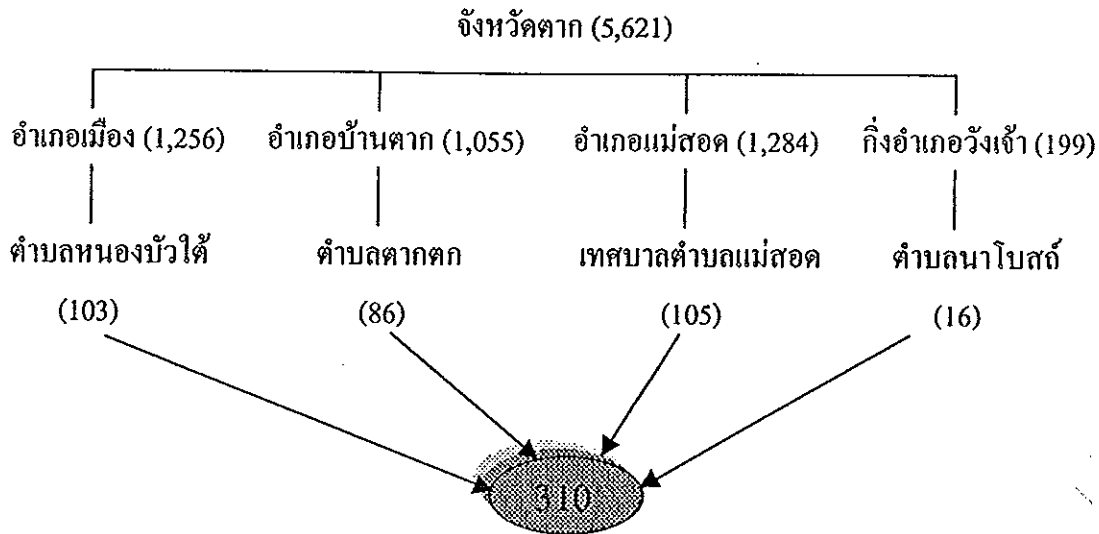
2. จับฉลากสุ่มตัวอย่าง 4 อำเภอ เพื่อเป็นตัวแทนของจังหวัดตาก ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอบ้านตาก อำเภอแม่สอด และกิ่งอำเภอวังเจ้า โดยใช้สัดส่วนของจำนวนผู้สูงอายุในแต่ละอำเภอเป็นตัวกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบลมีดังนี้ ตำบลหนองบัวใต้ 103 คน ตำบลตากตก 86 คน เทศบาลตำบลแม่สอด 105 คน และตำบลนาโบสถ์ 16 คน รวมทั้งหมด 310 คน

3. จับฉลากสุ่มตัวอย่างตำบลจาก 4 อำเภอที่สุ่มได้ขั้นที่ 2 อำเภอละ 1 ตำบลทั้งหมด 4 ตำบล ได้แก่ ตำบลหนองบัวใต้ ตำบลตากตก เทศบาลตำบลแม่สอด และตำบลนาโบสถ์

4. สำรวจรายชื่อของผู้สูงอายุ 75 ปีขึ้นไป ในแต่ละตำบล เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างได้ตามสัดส่วนที่คำนวณไว้ และจับฉลากตามบ้านเลขที่ เพื่อใช้เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างที่เลือก ต้องมีคุณสมบัติดังนี้

1. ผู้สูงอายุหญิง ชาย ที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป
2. สามารถเข้าใจภาษาไทย การรับรู้ถูกต้องและตอบแบบสัมภาษณ์ได้
3. ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้





### เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส เชื้อชาติ ศาสนา ระดับการศึกษา ความสามารถในการอ่านและเขียน อาชีพปัจจุบัน รายได้ ปัจจุบันเฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ แหล่งของรายได้ การอยู่อาศัย บุคคลที่ช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน สถานบริการสุขภาพที่เลือกใช้ ข้อมูลการใช้ยา และภาวะการมีโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุคอนปลาย ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมิน Actual Patient Assessment Questionnaire (PAQ) ของสจ๊วตและแวย์ (Stewart & Ware, 1992) โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงจาก 5 องค์ประกอบมาเป็น 3 องค์ประกอบดังนี้

1. สภาวะทางร่างกาย (physical status) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-25
  2. สภาวะทางจิตใจ (mental status) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-20
  3. สภาวะทางสังคม (social status) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-10
- ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราประเมินค่า 2 ระดับ เป็นข้อคำถามในทางลบ โดยมีความหมายในการให้คะแนนดังนี้

มี	ให้	1
ไม่มี	ให้	0
มี	หมายถึง การพบว่ามีปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ	
ไม่มี	หมายถึง การไม่พบว่ามีปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ	

คะแนนรวมของแต่ละด้านประกอบด้วย

คะแนนรวมของสภาวะทางร่างกาย อยู่ระหว่าง 0-25 คะแนน ค่าคะแนนไปในทางสูง หมายถึง มีปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกายมาก ค่าคะแนนไปทางต่ำ หมายถึงมีปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกายน้อย

คะแนนรวมของสภาวะทางจิตใจ อยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน ค่าคะแนนไปในทางสูงหมายถึง มีปัญหาสุขภาพทางด้านจิตใจมาก ถ้าคะแนนไปทางต่ำหมายถึง มีปัญหาสุขภาพทางด้านจิตใจน้อย

คะแนนรวมของสภาวะทางสังคม อยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน ค่าคะแนนไปในทางสูง หมายถึง มีปัญหาสุขภาพทางด้านสังคมมาก ถ้าคะแนนไปทางต่ำ หมายถึง มีปัญหาสุขภาพทางด้านสังคมน้อย

จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 55 ข้อ คะแนนรวมของปัญหาสุขภาพโดยรวมทุกด้านอยู่ระหว่าง 0-55 คะแนน ถ้าค่าคะแนนไปในทางสูง หมายถึง มีปัญหาสุขภาพมาก ถ้าค่าคะแนนไปทางต่ำ หมายถึง มีปัญหาสุขภาพน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุตอนปลาย ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากเครื่องมือ The Health Promoting Lifestyle Profile (HPLP) ของ วอล์คเกอร์ และคณะ (Walker et al., 1987) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุตอนปลาย ซึ่งคำถามครอบคลุมแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน คือ

1. ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต (self actualization) จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ข้อ 1-7
2. การดูแลรับผิดชอบสุขภาพ (health responsibility) จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ข้อ 8-15
3. การออกกำลังกาย (exercise) จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ข้อ 16-17
4. การรับประทานอาหาร (eating pattern) จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ข้อ 18-27
5. การสนับสนุนระหว่างบุคคล (interpersonal support) จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ข้อ 28-31
6. การจัดการกับความเครียด (stress management) จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ข้อ 32-35

รวมทั้งรวม 35 ข้อ เป็นพฤติกรรมที่มีความหมายทางบวกจำนวน 30 ข้อ ได้แก่ข้อ 1-10, 14-22, 32, 34-35 และมีความหมายทางลบ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ข้อ 11-13, 23 และ 33

คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเป็น 3 ระดับ โดยมีความหมายและการให้คะแนนดังนี้

เป็นประจำ หมายถึง ผู้ตอบกระทำข้อความนั้นเป็นประจำ หรือทุกวัน

เป็นบางครั้ง หมายถึง ผู้ตอบกระทำข้อความนั้นเป็นบางครั้ง หรือนานๆ ครั้งหรือกระทำ 3 ครั้งต่อสัปดาห์

ไม่เคยเลย หมายถึง ผู้ตอบไม่เคยกระทำข้อความนั้นเลย

### กำหนดค่าคะแนนดังนี้

#### ข้อความที่มีความหมายทางบวก

- คะแนน 1 คะแนน เมื่อตอบว่า ไม่เคย  
 คะแนน 2 คะแนน เมื่อตอบว่า เป็นบางครั้ง  
 คะแนน 3 คะแนน เมื่อตอบว่า เป็นประจำ

#### ข้อความที่มีความหมายทางลบ

- คะแนน 3 คะแนน เมื่อตอบว่า ไม่เคย  
 คะแนน 2 คะแนน เมื่อตอบว่า เป็นบางครั้ง  
 คะแนน 1 คะแนน เมื่อตอบว่า เป็นประจำ

#### คะแนนรวมของแต่ละด้านประกอบด้วย

คะแนนรวมของ แบบแผนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต อยู่ระหว่าง 7-21 คะแนน ค่าคะแนนไปทางสูง หมายถึง แบบแผนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในชีวิตดี ถ้าคะแนนไปทางต่ำ หมายถึง แบบแผนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต ไม่ดี

คะแนนรวมของ แบบแผนการดูแลรับผิดชอบสุขภาพ อยู่ระหว่าง 8-24 คะแนน ค่าคะแนนไปทางสูง หมายถึง แบบแผนการดูแลรับผิดชอบสุขภาพ ดี ถ้าคะแนนไปทางต่ำ หมายถึง แบบแผนการดูแลรับผิดชอบสุขภาพ ไม่ดี

คะแนนรวมของ แบบแผนการออกกำลังกาย อยู่ระหว่าง 2-6 คะแนน ค่าคะแนนไปทางสูง หมายถึง แบบแผนการออกกำลังกาย ดี ถ้าคะแนนไปทางต่ำ หมายถึง แบบแผนการออกกำลังกาย ไม่ดี

คะแนนรวม แบบแผนการรับประทานอาหาร อยู่ระหว่าง 10-30 คะแนน ค่าคะแนนไปทางสูง หมายถึง แบบแผนการรับประทานอาหาร ดี ถ้าคะแนนไปทางต่ำ หมายถึง แบบแผนการรับประทานอาหาร ไม่ดี

คะแนนรวมของ แบบแผนการสนับสนุนระหว่างบุคคล อยู่ระหว่าง 4-12 คะแนน ค่าคะแนนไปทางสูง หมายถึง แบบแผนการสนับสนุนระหว่างบุคคล ดี ถ้าคะแนนไปทางต่ำ หมายถึง แบบแผนการสนับสนุนระหว่างบุคคล ไม่ดี

คะแนนรวมของ แบบแผนการจัดการกับความเครียด อยู่ระหว่าง 4-12 คะแนน ค่าคะแนนไปทางสูง หมายถึง แบบแผนการจัดการกับความเครียด ดี ถ้าคะแนนไปทางต่ำ หมายถึง แบบแผนการจัดการกับความเครียด ไม่ดี

คะแนนแบบแผนชีวิตโดยรวมทุกด้าน มีค่าอยู่ระหว่าง 35-175 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่ามีแบบแผนชีวิตดี คะแนนต่ำแสดงว่ามีแบบแผนชีวิตไม่ดี

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามประเมินความต้องการพึ่งพาของผู้สูงอายุตอนปลาย เป็นแบบประเมินสร้างจากแนวคิดพื้นฐานด้านการพึ่งพาตนเองของแอชลีย์ (Atchely, 1980) โดยแบ่งออกเป็น 2 ตอน

ตอนที่ 1 แบบประเมินความต้องการพึ่งพาทางด้านร่างกาย ซึ่งแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ

1. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานดัชนีบาร์ธเอล (Barthel ADL index) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ โดยมีการให้คะแนนตามความสามารถแต่ละกิจกรรมดังนี้

1. การรับประทานอาหาร	คะแนน	0-2
2. การทำความสะอาดร่างกาย	คะแนน	0-1
3. การเคลื่อนตัวจากการลุกนั่งจากที่นอน หรือเตียงไปยังเก้าอี้	คะแนน	0-3
4. การใช้ห้องส้วม	คะแนน	0-2
5. การเดินบนพื้นราบ	คะแนน	0-3
6. การแต่งตัว	คะแนน	0-2
7. การอาบน้ำด้วยตัวเอง	คะแนน	0-1
8. ความสามารถในการขึ้นลงบันได 1 ชั้น	คะแนน	0-2
9. การควบคุมการถ่ายอุจจาระ	คะแนน	0-2
10. การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ	คะแนน	0-2

เกณฑ์การให้คะแนนแสดงในภาคผนวก ข

คะแนนรวมทั้งหมดยังมีค่า 0-20 คะแนน ผู้สูงอายุตอนปลายที่มีคะแนนรวมสูงจะแสดงถึง  
การมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานสูงกว่าผู้ที่มีคะแนนรวมต่ำกว่า

2. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้านดัชนีจุหา  
เอคิแอล (Chular ADL index) ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ โดยมีการให้คะแนนตามความสามารถ  
แต่ละกิจกรรมดังนี้

1. เดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน	0-3
2. ทำหรือเตรียมอาหาร/หุงข้าว	0-2
3. ทำความสะอาดบ้าน/ซักรีดเสื้อผ้า	0-1
4. ทอนเงิน/แลกเงิน	0-1
5. ใช้บริการรถเมล์ รถสองแถว	0-2

เกณฑ์การให้คะแนนแสดงในภาคผนวก ข

คะแนนรวมทั้งหามีค่า 0-9 คะแนน ผู้สูงอายุตอนปลายที่มีคะแนนรวมสูงจะแสดงถึง  
การมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้านสูงกว่าผู้ที่มีคะแนนรวมต่ำกว่า

ตอนที่ 2 แบบประเมินความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจ จำนวน 15 ข้อ ดังนี้

1. ความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคม จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ข้อ 16-27
2. ความต้องการพึ่งพาด้านเศรษฐกิจ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 28-30

คำตอบเป็นมาตราส่วน 3 ระดับ โดยมีความหมายและการให้คะแนนดังนี้

มาก หมายถึง ผู้ตอบต้องการพึ่งพามากหรือต้องการความช่วยเหลือ  
เป็นประจำ

น้อย หมายถึง ผู้ตอบต้องการพึ่งพาเพียงเล็กน้อยหรือต้องการความ  
ช่วยเหลือเป็นบางครั้ง

ไม่ต้องการ หมายถึง ผู้ตอบไม่ต้องการพึ่งพา

กำหนดค่าคะแนนดังนี้

คะแนน 3 คะแนน เมื่อตอบว่ามาก

คะแนน 2 คะแนน เมื่อตอบว่าน้อย

คะแนน 1 คะแนน เมื่อตอบว่าไม่ต้องการ

คะแนนรวมของข้อคำถามแต่ละด้านประกอบด้วย

คะแนนความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคม อยู่ระหว่าง 12-36 คะแนน ค่าคะแนนไปทางสูง  
หมายถึง ความต้องการพึ่งพามาก ค่าคะแนนไปทางต่ำ หมายถึงความต้องการพึ่งพาน้อย

คะแนนความต้องการพึ่งพาด้านเศรษฐกิจ อยู่ระหว่าง 3-9 คะแนน ค่าคะแนนไปทางสูง  
หมายถึง ความต้องการพึ่งพามาก ค่าคะแนนไปทางต่ำ หมายถึง ความต้องการพึ่งพาน้อย

คะแนนความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจ โดยรวมทุกด้าน อยู่ระหว่าง 15-45  
คะแนน คะแนนไปทางสูง แสดงว่ามีความต้องการพึ่งพาในระดับมาก ค่าคะแนนไปทางต่ำ แสดงว่า  
มีความต้องการพึ่งพาในระดับน้อย

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

#### 1. การหาความตรงด้านเนื้อหา (content validity)

การหาความตรงด้านเนื้อหาของแบบสอบถามปัญหาสุขภาพ แบบแผนชีวิต และ  
ความต้องการพึ่งพาในผู้สูงอายุตอนปลาย ผู้วิจัยนำแบบสอบถามส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน  
เพื่อตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความสอดคล้องของเนื้อหาที่ครอบคลุมแนวคิดใน

การสร้างแบบสอบถาม ความชัดเจนของภาษา ความเหมาะสมของการนำไปใช้กับผู้สูงอายุ  
ตอนปลาย ผู้วิจัยต้องนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนที่จะนำไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

## 2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ ปัญหาสุขภาพ แบบแผนชีวิต และความต้องการพึ่งพาของผู้สูงอายุตอนปลายไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย เพื่อทดสอบความเข้าใจในคำถามของแบบสอบถามและระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามแต่ละชุด จากนั้นจึงนำคะแนนที่ได้ไปคำนวณหาความเชื่อมั่น แบบสอบถามปัญหาสุขภาพหาความเชื่อมั่นโดยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest method) โดยได้ค่าความเชื่อมั่น 0.95 แบบสอบถามแบบแผนชีวิตหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.85 แบบสอบถามความต้องการพึ่งพาทางด้านร่างกายทั้ง 2 ส่วนคือแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและนอกบ้าน หาความเชื่อมั่นโดยวิธีความเที่ยงของการสังเกต (interrater reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.79 แบบสอบถามความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจ หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.82

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

### ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยขอหนังสือขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ถึงนายกเทศมนตรีและนายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดตาก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย โดยขอสำรวจรายชื่อและขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยขอสำรวจรายชื่อและที่อยู่ของผู้สูงอายุตอนปลายในทะเบียนราษฎร์รวมทั้งขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. คัดเลือกผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลระดับต้นเป็นผู้มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดตาก มีความคุ้นเคยกับภูมิประเทศ ประเพณี วัฒนธรรม ตลอดจนภาษาของกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยอบรมผู้ช่วยวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และตอบแบบสอบถามและคู่มือการใช้แบบสอบถาม พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดของแบบสอบถาม จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยร่วมกันสัมภาษณ์ผู้สูงอายุตอนปลายตามแบบสอบถามจนมีความเข้าใจตรงกันทุกคำตอบ

## ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยดำเนินการในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. ตุ่มเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ เป็นผู้สูงอายุหญิงชายที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป สามารถเข้าใจภาษาไทย การรับรู้ถูกต้องและตอบแบบสัมภาษณ์ได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้
2. ติดต่อกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย และให้การพิทักษ์สิทธิก่อนเก็บข้อมูล โดยบอกให้ผู้สูงอายุทราบสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ หรือยกเลิกการเก็บข้อมูลได้ตามต้องการ
3. สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยตามแบบสัมภาษณ์ทั้ง 4 ส่วน
4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ ก่อนนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์โดยวิธีการทางสถิติต่อไปนี้

## การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW (statistical package for social science for window) ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. แจกแจงความถี่และคำนวณ หาค่าร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล
2. คำนวณค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเบ้และค่าสัมประสิทธิ์ความแปรผันของคะแนนแบบแผนชีวิต ปัญหาสุขภาพ ความต้องการพึ่งพา
3. ทดสอบหาความสัมพันธ์ของคะแนนปัญหาสุขภาพกับคะแนนแบบแผนชีวิต และคะแนนความต้องการพึ่งพาโดยวิธีคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05
4. ทดสอบความสัมพันธ์รายคู่ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคะแนนแบบแผนชีวิต ปัญหาสุขภาพและความต้องการพึ่งพา ดังนี้
  - 4.1 ทดสอบหาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับคะแนนแบบแผนชีวิต ปัญหาสุขภาพ และความต้องการพึ่งพา โดยใช้วิธีคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05
  - 4.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิต ปัญหาสุขภาพ และความต้องการพึ่งพา ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และภาวะการมีโรคประจำตัวแตกต่างกัน โดยใช้สถิติทดสอบที (t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคะแนนแบบแผนชีวิต ปัญหาสุขภาพ และความต้องการพึ่งพาโดยใช้สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05



## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

#### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพกับแบบแผนชีวิตและความต้องการพึ่งพา และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับแบบแผนชีวิต ปัญหาสุขภาพและความต้องการพึ่งพาของผู้สูงอายุตอนปลาย จำนวน 310 คน ผู้วิจัยได้เสนอผลการวิจัยด้วยตารางประกอบคำบรรยาย ตามลำดับดังนี้

#### 1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุตอนปลายทั้งหมด 310 คน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2 เท่า อายุระหว่าง 75 – 96 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 79.35 ปี (SD = 4.91) โดยมีอายุระหว่าง 75 – 79 ปี ร้อยละ 63.2 อายุระหว่าง 80 – 84 ปี ร้อยละ 17.4 และอายุมากกว่า 85 ปี ขึ้นไปร้อยละ 19.4 ทุกรายมีเชื้อชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสเป็นหม้าย รับการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 56.5 พ้อ่านออกเขียนได้ ร้อยละ 88.4 ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพใดเป็นอาชีพหลัก ร้อยละ 83.5 มีรายได้ปัจจุบันน้อยกว่า 1,000 บาทต่อเดือน โดยมีความเพียงพอของรายได้อยู่ในระดับพอใช้ และแหล่งของรายได้ ส่วนใหญ่มาจากบุตรหลาน ร้อยละ 66.1 อาศัยอยู่กับบุตรหลาน และส่วนใหญ่บุตรหลานเป็นคนช่วยเหลือดูแล กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 82.6 เวลาเจ็บป่วยเลือกไปรักษาสถานบริการสุขภาพของรัฐ นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 83.9 มีโรคประจำตัว โดยร้อยละ 59.3 มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป โรคประจำตัวที่พบมาก คือ ปวดหลังและเอว ร้อยละ 63.4 ใจข้ออักเสบ ข้อเสื่อม ร้อยละ 51.9 และโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 32.3 ตามลำดับ (ตาราง 1 และ 2)

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 310)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	103	33.2
หญิง	207	66.8
<b>อายุ</b>		
75 – 79 ปี	196	63.2
80 – 84 ปี	54	17.4
85 ปีขึ้นไป	60	19.4
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	21	6.8
คู่	108	34.8
หม้าย/หย่า/แยก	181	58.4
<b>เชื้อชาติ</b>		
ไทย	310	100
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	310	100
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	85	27.4
ประถมศึกษา	206	66.5
สูงกว่าระดับประถมศึกษาขึ้นไป	19	6.1
<b>ความสามารถในการอ่านและเขียน</b>		
อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้	90	29.0
พออ่านออกเขียนได้	175	56.5
อ่านได้คล่อง เขียนได้คล่อง	45	14.5
<b>อาชีพปัจจุบัน</b>		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	274	88.4
ประกอบอาชีพ	36	11.6

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 310)	ร้อยละ
<b>รายได้</b>		
น้อยกว่า 1,000 บาท ต่อเดือน	259	83.5
1,000 – 3,000 บาทต่อเดือน	37	11.9
3,000 บาทต่อเดือนขึ้นไป	14	4.6
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>		
พอใช้จ่าย	162	52.3
ไม่พอใช้จ่าย	135	43.5
เหลือใช้มีไว้เก็บ	13	4.2
<b>แหล่งของรายได้</b>		
จากอาชีพ	36	11.6
จากบุตรหลาน	257	82.9
อื่นๆ (บำนาญ/สวัสดิการรัฐ/ญาติ)	17	5.5
<b>สภาพการเป็นอยู่ปัจจุบัน</b>		
อยู่กับบุตร/หลาน	205	66.1
อยู่กับคู่สมรส	66	21.3
อื่นๆ (อยู่คนเดียว/ญาติ/เพื่อนบ้าน)	39	12.6
<b>การได้รับความช่วยเหลือ</b>		
จากบุตรหลาน	243	78.4
จากคู่สมรส	39	12.6
อื่นๆ (ญาติ/เพื่อนบ้าน/ช่วยเหลือตัวเอง)	28	9.0
<b>สถานบริการสุขภาพที่เลือกไปรักษา</b>		
สถานบริการของรัฐ	256	82.6
สถานบริการของเอกชน/คลินิก	47	15.2
อื่นๆ (แพทย์โบราณ/ซื้อยารับประทานเอง)	7	2.2

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 310)	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
มี	260	83.9
ไม่มี	50	16.1

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่าง

โรคประจำตัว	จำนวน (n = 260)	ร้อยละ
ปวดหลัง และเอว	165	63.4
ไขข้ออักเสบ ข้อเสื่อม	135	51.9
โรคความดันโลหิตสูง	84	32.3
โรคเกี่ยวกับตา	53	20.4
โรคกระเพาะอาหาร	33	12.7
โรคเกี่ยวกับหู	22	8.4
โรคหัวใจ	17	6.5
โรคเบาหวาน	7	2.7
โรคอัมพาต	6	2.3
โรคเกี่ยวกับปอด	4	1.5

หมายเหตุ : ผู้สูงอายุ 1 คน มีโรคประจำตัวได้มากกว่า 1 โรค

## 2. ข้อมูลแบบแผนชีวิต ปัญหาสุขภาพ และความต้องการพึ่งพา

จากตาราง 3 แสดงช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์ความแปรผัน และค่าความเบ้ ของคะแนนแบบแผนชีวิต ปัญหาสุขภาพ และความต้องการพึ่งพา โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 แบบแผนชีวิต พบว่าการกระจายของคะแนนแบบแผนชีวิตโดยรวมมีการกระจายของคะแนนค่อนข้างน้อยโดยการกระจายไปในทางคะแนนต่ำ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าแบบแผนชีวิตทุกด้านมีการกระจายของข้อมูลค่อนข้างน้อยเช่นกัน แบบแผนชีวิตด้านการจัดการกับความเครียด การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการดูแลรับผิชอบสุขภาพ มีการกระจายของคะแนนไปทางคะแนนต่ำ แบบแผนชีวิตด้านการสนับสนุนระหว่างบุคคลมีการกระจายของคะแนนไปทางคะแนนสูง ส่วนแบบแผนชีวิตด้านความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิตมีการกระจายของคะแนนปกติ

แบบแผนชีวิตจำแนกเป็นรายข้อดังแสดงรายละเอียดไว้ในตารางภาคผนวก ก. 2

ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 41.9 มีความรู้สึกภูมิใจในตนเอง และมีการปฏิบัติธรรมอยู่ที่บ้านอยู่ในระดับมาก และพบอีกว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 31.9 สามารถไปปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่วัดได้น้อย

ด้านการดูแลรับผิชอบสุขภาพตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 70 ขึ้นไป ไม่เคยดื่มสุราและสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 74.8 มีการดูแลตัดเล็บมือและเท้าให้สั้นสะอาดเป็นประจำ และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 56.3 ไม่เคยไปรับการตรวจร่างกายกับแพทย์อย่างน้อยปีละครั้ง

ด้านการออกกำลังกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30.3 ไม่เคยออกกำลังกาย อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์เลย

ด้านการรับประทานอาหาร พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 85 ขึ้นไป รับประทานอาหารครบทั้ง 3 มื้อ และรับประทานอาหารผักและผลไม้เป็นประจำ ร้อยละ 51.9 รับประทานอาหารเนื้อปลาเป็นประจำ มีเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 13.9) ที่รับประทานอาหารเครื่องดื่มบำรุง เช่น โอวัลติน นม หรือน้ำเต้าหู้เป็นประจำ การรับประทานอาหารวิตามินหรือผลิตภัณฑ์อาหารเสริมนั้นพบว่ายังมีน้อย โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 70.6 ไม่เคยรับประทานเลย

ด้านการสนับสนุนระหว่างบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80 ขึ้นไป เข้ากับบุตรหลานและบุคคลอื่นได้ดีและได้รับความรักความห่วงใยและการดูแลจากบุตรหลานอยู่ในระดับดีมาก ส่วนความสามารถในการไปร่วมกิจกรรมที่ชุมชนจัด พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 22.6 ไม่เคยไปร่วมกิจกรรมเลย

ด้านการจัดการกับความเครียด พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 27.4 ใช้สมาธิหรือวิธีผ่อนคลายปฏิบัติเวลามีเรื่องไม่สบายใจ และยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 21.9 ไม่เคยระบายความรู้สึกหรือปรึกษาบุคคลใกล้ชิดเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจเลย

2.2 ปัญหาสุขภาพ พบว่า การกระจายของคะแนนปัญหาสุขภาพโดยรวม มีการกระจายของคะแนนค่อนข้างมาก โดยการกระจายไปในทางคะแนนต่ำ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม มีการกระจายของคะแนนไปทางคะแนนต่ำ

ปัญหาสุขภาพจำแนกเป็นรายข้อดังแสดงรายละเอียดไว้ในภาคผนวก ก. 2 พบว่า

ปัญหาสุขภาพด้านร่างกายพบว่า ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยได้แก่ อาการปวดหลัง (ร้อยละ 70) ปวดตามข้อ (ร้อยละ 63.9) ตามัว (ร้อยละ 59) และอาการเหนื่อยง่าย (ร้อยละ 55.8) ปัญหาสุขภาพด้านจิตใจ ปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยได้แก่ ปัญหาสุขภาพในเรื่อง หุดและทำสิ่งต่างๆ ได้ช้าลง (ร้อยละ 75.2) มีอาการหลงลืมง่าย (ร้อยละ 60) การเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ช้าลง (ร้อยละ 46.1) วิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ (ร้อยละ 43.5) และรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว (ร้อยละ 40.3) ปัญหาสุขภาพด้านสังคม พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 47.1 ไม่สามารถไปวัดได้เหมือนเดิม ร้อยละ 45.2 ไม่สามารถไปร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ และร้อยละ 44.2 สมาชิกครอบครัวไม่เคยปรึกษาความคิดเห็นเลย

2.3 ความต้องการพึ่งพาด้านร่างกาย แบ่งออกเป็น

2.3.1 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน พบว่า มีการกระจายของคะแนนค่อนข้างน้อย โดยการกระจายไปในทางคะแนนสูง

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ดังแสดงรายละเอียดไว้ในตารางภาคผนวก ก. 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 85 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้เองได้หมดทุกข้อ โดยข้อที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุดคือ การรับประทานร้อยละ 97.7 การทำความสะอาดร่างกาย ร้อยละ 97.4 การอาบน้ำด้วยตนเอง ร้อยละ 96.5 ส่วนข้อที่ต้องการผู้ช่วยเหลือมากที่สุดคือ ความสามารถในการขึ้นลงบันได 1 ชั้น พบว่า สามารถปฏิบัติได้เองร้อยละ 85.5 ต้องการความช่วยเหลือ ร้อยละ 9

2.3.2 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกร้าน พบว่า มีการกระจายของคะแนนค่อนข้างมาก โดยมีกระจายไปในทางคะแนนสูง

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ดังแสดงรายละเอียดไว้ในตารางภาคผนวก ก. 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 70 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกร้านได้เอง โดยข้อที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุดคือ การเดินหรือเคลื่อนที่นอกร้าน สามารถเดินได้เองร้อยละ 86.1 การทอนเงิน แลกเงิน สามารถทำได้เอง ร้อยละ 77.4 การทำหรือเตรียมอาหารทำได้เอง ร้อยละ 77.1

ส่วนการใช้บริการรถเมล์ รถเมล์รถสองแถวเป็นข้อที่ต้องการผู้ช่วยเหลือมากที่สุด โดยสามารถทำได้เองร้อยละ 56.5 ทำได้แต่ต้องมีคนช่วยดูแลร้อยละ 21.6

2.4 ความต้องการพึ่งพาค้นจิตสังคม และเศรษฐกิจ พบว่ามีการกระจายของคะแนนค่อนข้างน้อย โดยมีการกระจายไปในทางคะแนนสูง

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ดังแสดงรายละเอียดไว้ในตารางภาคผนวก ก. 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 ขึ้นไป มีความต้องการพึ่งพามากในเรื่องต่อไปนี้ การมีบุคคลดูแลปรนนิบัติเวลาเจ็บป่วย (ร้อยละ 69.4) การให้ความช่วยเหลือทุกครั้งที่ต้องการ (ร้อยละ 62.6) การมีเวลาพบปะพูดคุยกับบุตรหลานอย่างสม่ำเสมอ (ร้อยละ 59.7) การมาเยี่ยมเยียนอย่างสม่ำเสมอจากบุตรหลาน (ร้อยละ 57.4) การให้ค่าใช้จ่ายไว้สำหรับค่ารักษาพยาบาลเวลาเจ็บป่วย (ร้อยละ 56.1) และการให้เงินไว้ใช้จ่ายอย่างเพียงพอประจำวัน (ร้อยละ 51.6) และยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.3 ไม่ต้องการพึ่งพาในเรื่องการหาไปเที่ยว และร้อยละ 42.9 ไม่ต้องการพึ่งพาในการจัดหาเสื้อผ้าหรือสิ่งของที่จำเป็นมาให้

ตาราง 3 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์ความแปรผัน และค่าความเบ้ของคะแนนแบบแผนชีวิต ปัญหาสุขภาพ และความต้องการพึ่งพา จำแนกตามคะแนนรายด้านและโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง

	ช่วงคะแนน		$\bar{X}$	SD	C.V.	skewness
	แบบวัด	กลุ่มตัวอย่าง				
แบบแผนชีวิตโดยรวม	35-105	58-102	79.88	9.00	0.11	.302
แบบแผนชีวิตรายด้าน						
ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในชีวิตรวม	7-21	7-21	15.56	3.26	0.20	.009
การดูแลรับผิดชอบสุขภาพ	8-24	14-24	19.29	2.27	0.11	.033
การออกกำลังกาย	2-6	2-6	3.92	1.47	0.37	.031
การรับประทานอาหาร	10-30	15-30	22.77	2.66	0.11	.120
การสนับสนุนระหว่างบุคคล	4-12	4-12	10.03	1.66	0.16	-.470
การจัดการกับความเครียด	4-12	5-12	8.29	1.51	0.18	.548
ปัญหาสุขภาพโดยรวม	0-55	0-41	17.22	9.22	0.53	.318
ปัญหาสุขภาพรายด้าน						
ด้านร่างกาย	0-25	0-21	8.12	4.45	0.55	.324
ด้านจิตใจ	0-20	0-19	6.26	4.90	0.78	.779
ด้านสังคม	0-10	0-10	3.43	2.83	0.82	.447

ตาราง 3 (ต่อ)

	ช่วงคะแนน		$\bar{X}$	SD	C.V.	skewness
	แบบวัด	กลุ่มตัวอย่าง				
ความต้องการพึ่งพาด้านร่างกาย						
ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน	0 – 20	0 – 20	19.19	2.69	0.14	-4.80
ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้าน	0-9	0-9	7.26	2.70	0.71	-1.53
ความต้องการพึ่งพาด้านจิตใจสังคมและเศรษฐกิจโดยรวม	15 – 45	15 – 45	32.69	6.96	0.21	-6.79

### 3. ความสัมพันธ์ของปัญหาสุขภาพกับแบบแผนชีวิตและความต้องการพึ่งพา

จากการวิเคราะห์โดยคำนวณสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ระหว่างปัญหาสุขภาพกับแบบแผนชีวิตและความต้องการพึ่งพา ซึ่งแสดงรายละเอียดดังตาราง 4 พบว่า

คะแนนแบบแผนชีวิตโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนปัญหาสุขภาพโดยรวมในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.44, p < .01$ ) กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่มีแบบแผนชีวิตดีมีแนวโน้มมีปัญหาน้อย

ปัญหาสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้าน ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.18, p < .01$ ) กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพมาก มีแนวโน้มมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้านได้น้อย

ปัญหาสุขภาพโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจ



ตาราง 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของแบบแผนชีวิตโดยรวม ปัญหาสุขภาพโดยรวม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้าน และความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคม และเศรษฐกิจโดยรวม

	1	2	3	4	5
1. แบบแผนชีวิตโดยรวม	1				
2. ปัญหาสุขภาพโดยรวม	-0.44**	1			
3. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน	0.29**	-0.04 <sup>NS</sup>	1		
4. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้าน	0.46**	-0.18**	0.60**	1	
5. ความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจโดยรวม	-0.36**	0.04 <sup>NS</sup>	-0.12**	-0.15**	1

\*\*  $p < .01$  NS = non significant

#### 4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับแบบแผนชีวิต

##### 4.1 การวิเคราะห์เป็นรายคู่ (Bivariate analysis)

4.1.1 เปรียบเทียบแบบแผนชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ และภาวะการมีโรคประจำตัวที่แตกต่างกันโดยใช้สถิติการทดสอบที (t-test) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 พบว่า เพศ และสถานภาพสมรสที่แตกต่างไม่มีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิต ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษา และรายได้ที่แตกต่างกัน จะมีคะแนนเฉลี่ยของแบบแผนชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) โดยที่คะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ที่เรียนหนังสือจะสูงกว่าไม่ได้เรียน และคะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ ตั้งแต่ 1,000 บาท ต่อเดือนขึ้นไปสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาทต่อเดือน และภาวะการมีโรคประจำตัวที่แตกต่างมีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) โดยที่กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัวจะมีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตสูงกว่าตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว (ตาราง 5)

ตาราง 5 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง  
จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัย	จำนวน (คน)	แบบแผนชีวิตโดยรวม		t-value
		$\bar{X}$	(SD)	
เพศ				
ชาย	103	80.28	(8.88)	0.55 <sup>NS</sup>
หญิง	207	79.68	(9.07)	
สถานภาพสมรส				
คู่	108	80.47	(9.54)	0.84 <sup>NS</sup>
โสด-หม้าย-หย่า-แยก	202	79.57	(8.70)	
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียนหนังสือ	85	76.42	(8.03)	-4.27 <sup>***</sup>
เรียนหนังสือ	225	81.19	(9.01)	
รายได้				
น้อยกว่า 1,000 บาทต่อเดือน	259	78.53	(8.35)	-6.34 <sup>***</sup>
มากกว่า 1,000 บาทต่อเดือน	51	86.76	(9.08)	
โรคประจำตัว				
ไม่มี	50	83.18	(8.59)	2.86 <sup>**</sup>
มี	260	79.25	(8.95)	

\*\* p < .01    \*\*\* p < .001    NS = non significant

#### 4.1.2 ความสัมพันธ์ของอายุกับแบบแผนชีวิต

จากการใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ทดสอบความสัมพันธ์ของอายุกับแบบแผนชีวิตของกลุ่มตัวอย่างพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับแบบแผนชีวิตในระดับค่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.26$ ,  $p < .01$ ) อธิบายได้ว่าอายุที่สูงขึ้น แบบแผนชีวิตจะมีคะแนนต่ำลง นั่นคือ ถ้ามีอายุมากขึ้น จะมีแบบแผนชีวิตที่แย่ลง

#### 4.2 การวิเคราะห์พหุคูณ (Multivariate analysis)

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน โดยมีแบบแผนชีวิตเป็นตัวแปรตาม และปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ และภาวะการมีโรคประจำตัว เป็นตัวแปรอิสระพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตคือ รายได้ และอายุ อธิบายความแปรปรวนของแบบแผนชีวิตได้ร้อยละ 11 และ 5 ตามลำดับ และปัจจัยทั้ง 2 ร่วมอธิบายความแปรปรวนของแบบแผนชีวิตได้ร้อยละ 16 ( $R^2 = 16$ ) โดยที่รายได้อธิบายความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนชีวิต ส่วนอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับแบบแผนชีวิต กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้สูงมีแนวโน้มมีแบบแผนชีวิตที่ดี ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมาก มีแนวโน้มมีแบบแผนชีวิตไม่ดี (ตาราง 6)

ตาราง 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างปัจจัยทำนายกับแบบแผนชีวิต

ตัวแปร	Beta	R square change	Total R <sup>2</sup>	t
รายได้	0.31	0.11	0.11	5.84***
อายุ	-0.22	0.05	0.16	-4.11***

\*\*\*  $p < .001$

#### 5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับปัญหาสุขภาพ

##### 5.1 การวิเคราะห์เป็นรายคู่ (Bivariate analysis)

5.1.1 เปรียบเทียบปัญหาสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ และภาวะการมีโรคประจำตัว ที่แตกต่างกันโดยใช้สถิติการทดสอบที (t-test) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 พบว่า เพศที่แตกต่างกันจะมีคะแนนเฉลี่ยของปัญหาสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) สถานภาพสมรสที่แตกต่างกันจะมีคะแนนเฉลี่ยของปัญหาสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) การศึกษา รายได้ ภาวะการมีโรคประจำตัวที่แตกต่างกันจะมีคะแนนเฉลี่ยของปัญหาสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) โดยเพศชายจะมีคะแนนเฉลี่ยปัญหาสุขภาพต่ำกว่าเพศหญิง กลุ่มตัวอย่างสถานภาพสมรสคู่ ได้รับการศึกษา มีรายได้มากกว่า 1,000 บาทต่อเดือน และไม่มีโรคประจำตัวจะมีคะแนนเฉลี่ยปัญหาสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างสถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่า แยก ไม่ได้รับการศึกษามีรายได้น้อยกว่า 1,000 บาทต่อเดือน และมีโรคประจำตัว (ตาราง 7)

ตาราง 7 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยปัญหาสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัย	จำนวน (คน)	ปัญหาสุขภาพโดยรวม		t-value
		$\bar{X}$	(SD)	
เพศ				
ชาย	103	15.40	(8.66)	-2.45*
หญิง	207	18.12	(9.38)	
สถานภาพสมรส				
คู่	108	14.98	(8.54)	-3.17**
โสด-หย่า-หย่า-แยก	202	18.41	(9.37)	
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียนหนังสือ	85	21.85	(8.89)	5.69***
เรียนหนังสือ	225	15.47	(8.50)	
รายได้				
น้อยกว่า 1,000 บาทต่อเดือน	259	18.44	(8.88)	5.47***
มากกว่า 1,000 บาทต่อเดือน	51	11.04	(8.47)	
โรคประจำตัว				
ไม่มี	50	13.64	(9.30)	-3.04**
มี	260	17.90	(9.06)	

\*  $p < .05$     \*\*  $p < .01$     \*\*\*  $p < .001$

### 5.1.2 ความสัมพันธ์ของอายุกับปัญหาสุขภาพ

จากการใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ทดสอบความสัมพันธ์ของอายุกับปัญหาสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพ

### 5.2 การวิเคราะห์พหุคูณ (Multivariate analysis)

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน โดยมีปัญหาสุขภาพเป็นตัวแปรตาม และปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ และภาวะการมีโรคประจำตัวเป็นตัวแปรอิสระ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหา

สุขภาพ คือ รายได้ การศึกษา และสถานภาพสมรส อธิบายความแปรปรวนปัญหาสุขภาพได้ร้อยละ 9, 6 และ 2 ตามลำดับ และปัจจัยทั้ง 3 ร่วมอธิบายความแปรปรวนปัญหาสุขภาพได้ร้อยละ 17 ( $R^2 = 0.17$ ) โดยที่รายได้ การศึกษา และสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาสุขภาพ กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้น้อยกว่า 1,000 บาทต่อเดือน ไม่ได้เรียนหนังสือและมีสถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่า แยก มีแนวโน้มพบปัญหาสุขภาพมากหรือมีภาวะสุขภาพไม่ดี (ตาราง 8)

ตาราง 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างปัจจัยทำนายกับปัญหาสุขภาพโดยรวม

ตัวแปร	Beta	R square change	Total R <sup>2</sup>	t
รายได้	-0.25	0.09	0.09	-4.72***
การศึกษา	-0.23	0.06	0.15	-4.17**
สถานภาพสมรส	-0.12	0.02	0.17	-2.31*

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$

## 6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความต้องการที่พึงพา

### 6.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน

#### 6.1.1 การวิเคราะห์เป็นรายคู่ (Bivariate analysis)

1. เปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ และภาวะการมีโรคประจำตัวที่แตกต่างกัน โดยใช้สถิติการทดสอบที (t-test) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 พบว่า เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ และภาวะการมีโรคประจำตัวที่แตกต่างกันไม่มีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ตาราง 9)

ตาราง 9 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน  
พื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัย	จำนวน (คน)	ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันพื้นฐาน		t-value
		$\bar{X}$	(SD)	
เพศ				
ชาย	103	19.56	(1.75)	1.72 <sup>NS</sup>
หญิง	207	19.00	(3.04)	
สถานภาพสมรส				
คู่	108	19.63	(1.66)	2.11 <sup>NS</sup>
โสด-หม้าย-หย่า-แยก	202	19.95	(3.08)	
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียนหนังสือ	85	19.17	(2.87)	-0.23 <sup>NS</sup>
เรียนหนังสือ	225	19.25	(2.17)	
รายได้				
น้อยกว่า 1,000 บาทต่อเดือน	259	19.22	(2.65)	0.38 <sup>NS</sup>
มากกว่า 1,000 บาทต่อเดือน	51	19.06	(2.92)	
โรคประจำตัว				
ไม่มี	50	19.52	(2.06)	0.94 <sup>NS</sup>
มี	260	19.12	(2.79)	

NS = non significant

2. ความสัมพันธ์ของอายุกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานจากการใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ทดสอบความสัมพันธ์ของอายุกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.17, p < .01$ ) อธิบายได้ว่าอายุที่สูงขึ้น ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานจะมีคะแนนต่ำลง นั่นคือถ้ามีอายุมากขึ้นจะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานลดลง

### 6.1.2 การวิเคราะห์พหุคูณ (Multivariate analysis)

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นคอน โดยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานเป็นตัวแปรตาม และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้และภาวะการมีโรคประจำตัว เป็นตัวแปรอิสระ ผลการศึกษา พบว่าอายุเป็นเพียงปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวน ได้ร้อยละ 3 ( $R^2 = 0.03$ , Beta = -0.17) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมาก มีแนวโน้มปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ลดลง (ตาราง 10)

ตาราง 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างปัจจัยทำนายกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน

ตัวแปร	Beta	R square change	Total R <sup>2</sup>	t
อายุ	-0.17	0.03	0.03	-3.02**

\*\* p < .01

## 6.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้าน

### 6.2.1 การวิเคราะห์เป็นรายคู่ (Bivariate analysis)

1. เปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้านของกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ และภาวะการมีโรคประจำตัวที่แตกต่างกัน โดยใช้สถิติการทดสอบที (t-test) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 พบว่า เพศ สถานภาพสมรส และภาวะการมีโรคประจำตัวที่แตกต่างกันจะมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) โดยกลุ่มตัวอย่างเพศชาย สถานภาพสมรสคู่ และไม่มีโรคประจำตัวมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้านสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิง สถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่า แยก และมีโรคประจำตัว ส่วนการศึกษา และรายได้ที่แตกต่างกันไม่มีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้าน (ตาราง 11)

ตาราง 11 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน  
นอกร้านของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัย	จำนวน (คน)	ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันนอกร้าน		t-value
		$\bar{X}$	(SD)	
เพศ				
ชาย	103	7.88	(2.21)	2.90**
หญิง	207	6.94	(2.87)	
สถานภาพสมรส				
คู่	108	7.85	(2.37)	2.85**
โสด-หม้าย-หย่า-แยก	202	6.94	(2.83)	
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียนหนังสือ	85	7.43	(2.71)	1.84 <sup>NS</sup>
เรียนหนังสือ	225	6.80	(2.60)	
รายได้				
น้อยกว่า 1,000 บาทต่อเดือน	259	7.19	(2.73)	-0.89 <sup>NS</sup>
มากกว่า 1,000 บาทต่อเดือน	51	7.57	(2.66)	
โรคประจำตัว				
ไม่มี	50	8.16	(1.88)	2.59**
มี	260	7.08	(2.80)	

\*\*  $p < .01$  NS = non significant

2. ความสัมพันธ์ของอายุกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกร้าน  
จากการใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ทดสอบความสัมพันธ์ของอายุกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกร้านของกลุ่มตัวอย่างพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกร้านในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.45, p < .01$ ) อธิบายได้ว่า อายุที่สูงขึ้นความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกร้านจะมีคะแนนต่ำลง กล่าวคือ ถ้ามีอายุมากขึ้นจะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกร้านได้น้อยลง



### 6.2.1 การวิเคราะห์พหุคูณ (Multivariate analysis)

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน โดยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้านเป็นตัวแปรตาม และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ และภาวะการมีโรคประจำตัว เป็นตัวแปรอิสระ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้าน คือ อายุ เพศ และภาวะการมีโรคประจำตัว สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 21, 1 และ 1 ตามลำดับ และปัจจัยทั้ง 3 ร่วมอธิบายความแปรปรวนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้าน ได้ร้อยละ 23 ( $R^2 = 0.23$ ) โดยที่อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้าน ส่วนเพศและภาวะการมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้าน กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากมีแนวโน้มมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้านได้น้อย ส่วนกลุ่มตัวอย่างเพศชาย และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัว มีแนวโน้มมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้านได้ดี (ตาราง 12)

ตาราง 12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างปัจจัยทำนายกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้าน

ตัวแปร	Beta	R square change	Total R <sup>2</sup>	t
อายุ	-0.43	0.21	0.21	-8.58***
เพศ	0.11	0.01	0.22	2.21*
ภาวะการมีโรคประจำตัว	0.11	0.01	0.23	2.13*

\*p < .05      \*\*\* p < .001

### 6.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจ

#### 6.3.1 การวิเคราะห์เป็นรายคู่ (Bivariate analysis)

##### 1. เปรียบเทียบความแตกต่างความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจ

โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ และภาวะการมีโรคประจำตัวที่แตกต่างกัน โดยใช้สถิติการทดสอบที (t-test) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 พบว่า เพศ สถานภาพสมรส และการศึกษาที่แตกต่างกันไม่มีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจโดยรวม ส่วนรายได้และภาวะการมีโรคประจำตัวที่แตกต่างกันมี

คะแนนเฉลี่ยความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) โดยรายได้น้อยกว่า 1,000 บาทต่อเดือน และการมีโรคประจำตัวมีคะแนนเฉลี่ยความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคม และเศรษฐกิจสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้มากกว่า 1,000 บาทต่อเดือน และไม่มีโรคประจำตัว (ตาราง 13)

ตาราง 13 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคม และเศรษฐกิจ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัย	จำนวน (คน)	ความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคม และเศรษฐกิจ		t-value
		$\bar{X}$	(SD)	
เพศ				
ชาย	103	32.77	(7.32)	0.15 <sup>NS</sup>
หญิง	207	32.65	(6.79)	
สถานภาพสมรส				
คู่	108	32.33	(7.58)	-0.66 <sup>NS</sup>
โสด-หม้าย-หย่า-แยก	202	32.88	(6.62)	
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียนหนังสือ	85	32.21	(5.85)	-0.74 <sup>NS</sup>
เรียนหนังสือ	225	32.87	(7.33)	
รายได้				
น้อยกว่า 1,000 บาทต่อเดือน	259	33.20	(6.37)	2.99 <sup>**</sup>
มากกว่า 1,000 บาทต่อเดือน	51	30.05	(9.00)	
โรคประจำตัว				
ไม่มี	50	29.88	(9.12)	3.16 <sup>**</sup>
มี	260	33.23	(6.34)	

\*\*  $p < .01$  NS = non significant

## 2. ความสัมพันธ์ของอายุกับความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจ

จากการใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน(Pearson's product moment correlation coefficient) ทดสอบความสัมพันธ์ของอายุกับระดับความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจของกลุ่มตัวอย่างพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคม และเศรษฐกิจ

### 6.3.2 การวิเคราะห์พหุคูณ (Multivariate analysis)

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน โดยมีความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคม และเศรษฐกิจโดยรวมเป็นตัวแปรตาม และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ และการมีโรคประจำตัวเป็นตัวแปรอิสระ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจโดยรวม คือภาวะการมีโรคประจำตัวและรายได้ ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจโดยรวมได้ร้อยละ 3 และ 2 ตามลำดับ และปัจจัยทั้ง 2 ร่วมอธิบายความแปรปรวนความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจโดยรวมได้ร้อยละ 5 ( $R^2 = 0.05$ ) โดยภาวะการมีโรคประจำตัวและรายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจโดยรวม กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัวและมีรายได้สูงกว่า 1,000 บาทต่อเดือน มีแนวโน้มมีความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจโดยรวมต่ำ (ตาราง 14)

ตาราง 14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรทำนายกับความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคม และเศรษฐกิจโดยรวม

ตัวแปร	Beta	R square change	Total R <sup>2</sup>	t
ภาวะการมีโรคประจำตัว	-0.18	0.03	0.03	-2.57*
รายได้	-0.14	0.02	0.05	-2.36*

\*  $p < .05$

## การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแบบแผนชีวิต ปัญหาสุขภาพและความต้องการพึ่งพาของผู้สูงอายุคนปลาย รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัญหาสุขภาพกับแบบแผนชีวิต และความต้องการพึ่งพา และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับแบบแผนชีวิต ปัญหาสุขภาพ และความต้องการพึ่งพา ซึ่งมีประเด็นสำคัญที่อภิปรายดังนี้

### 1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป มีอายุระหว่าง 75-96 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 79.35 ปี มีจำนวนเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งเป็นไปตามลักษณะโครงสร้างทางอายุของประชากรผู้สูงอายุไทย ที่พบว่าองค์ประกอบของประชากรสูงอายุ จะประกอบด้วยเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย ยิ่งในกลุ่มอายุมาก สัดส่วนประชากรสูงอายุเป็นหญิงจะมากขึ้น สำหรับกลุ่มอายุ 75 ปีขึ้นไป พบว่าสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่เป็นหญิงเท่ากับ 59 ต่อ 100 (นภาพร, 2542) นอกจากนี้ ส่วนใหญ่ในกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสโดยรวม หม้าย หย่า และแยก เมื่อเปรียบเทียบสถานภาพสมรสของผู้สูงอายุชายและหญิงจะเห็นว่า ผู้สูงอายุหญิงเป็นหม้ายสูงกว่าชาย ทั้งนี้เนื่องจาก ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุชาย เสียชีวิตก่อนผู้สูงอายุหญิง จึงพบว่าผู้สูงอายุหญิงเป็นหม้ายเป็นจำนวนมาก ซึ่งเป็นไปตามอายุขัยเฉลี่ยของประชากรคือ เพศหญิงสูงกว่าเพศชาย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2540) ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาเช่นเดียวกับลักษณะทางประชากรที่พบในหลายงานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทย เนื่องจากการศึกษาภาคบังคับในอดีตกำหนดไว้ให้การศึกษาขั้นต่ำอยู่ในระดับประถมศึกษา ส่วนการประกอบอาชีพ รายได้ และแหล่งที่มาของรายได้ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ ทั้งนี้เห็นว่าเป็นวัยที่พ้นจากการทำงานต้องการพักผ่อน และความสามารถในการทำกิจกรรมเพื่อประกอบอาชีพทำได้น้อยหรือไม่สามารถทำได้จากสภาพร่างกายที่เสื่อมลงตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น (สุทธิชัย, 2541) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบรรลุและคณะ (2531) พบว่า สาเหตุที่เลิกประกอบอาชีพผู้สูงอายุมาจากสุขภาพไม่แข็งแรง สำหรับรายได้ พบว่ามีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 1,000 บาท แต่พบว่ามีความเพียงพอต่อการใช้จ่ายประจำวัน และแหล่งที่มาของรายได้ ส่วนใหญ่มาจากบุตรหลาน ทั้งนี้เนื่องมาจากประเพณีและวัฒนธรรมไทยผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ได้รับการเกื้อหนุนจากครอบครัวและบุตรหลาน จึงมีความเพียงพอของรายได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนภาพร (2542) ที่ศึกษาสถานการณผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการเกื้อหนุนด้านการเงินและวัตถุจากบุตรหลาน โดยร้อยละ 87 ได้รับเงินจากบุตรไว้ใช้จ่ายประจำวันด้านการอยู่อาศัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่กับบุตรหลาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนภาพร (2542)

พบว่า การเกื้อหนุนโดยครอบครัวของผู้สูงอายุไทยที่พบมากที่สุดคือ การได้อยู่กับครอบครัว ซึ่งเป็นรูปแบบที่พบทั่วไปที่บุตรจะให้การดูแลบิดามารดาสูงอายุด้วยการอยู่ร่วมบ้านเดียวกัน โดยพบว่า ร้อยละ 98 ของผู้สูงอายุไทยอยู่กับครอบครัว

## 2. แบบแผนชีวิต ปัญหาสุขภาพและความต้องการพึ่งพาของผู้สูงอายุตอนปลาย

### 2.1 แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุตอนปลาย

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุตอนปลายโดยรวมมีการกระจายของคะแนนน้อย ค่าความเบ้ของคะแนนไปทางคะแนนต่ำ แสดงว่าผู้สูงอายุตอนปลายมีแบบแผนชีวิตไปในทางระดับไม่ดี เพื่อพิจารณารายละเอียดแต่ละด้านมีดังนี้

ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 41.9) มีความภาคภูมิใจในตนเองอยู่ในระดับมาก เนื่องจากผู้สูงอายุตอนปลายส่วนใหญ่ มีความภาคภูมิใจจากการประสบความสำเร็จในการเลี้ยงดูบุตร โดยเชื่อว่าตนเองเลี้ยงดูบุตรมาด้วยความสามารถ และมีความภูมิใจในประสบการณ์ของตนเอง ที่มีมากขึ้นตามอายุได้พบเห็นอะไรมามากสามารถใช้ประสบการณ์แก้ปัญหาลดข้อบกพร่องหลานได้ รวมทั้งพบว่าผู้สูงอายุตอนปลายส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัว มีบทบาทให้คำปรึกษาแก่บุตรหลานสามารถช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลเด็กและทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ ซึ่งก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ ที่ยังมีความสามารถช่วยเหลือครอบครัว ทำให้รู้ว่าตนเองมีคุณค่าอยู่สอดคล้องกับการศึกษาของปรีชา สุริย์ วัฒนา และมัลลิกา (2541) ซึ่งศึกษาสถานภาพ และบทบาทผู้สูงอายุไทย พบว่า สิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุไทยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าในชีวิตคือ มีความภาคภูมิใจในการเป็นผู้เลี้ยงดูบุตรมาจนโต และสร้างฐานะความมั่นคงแก่บุตรหลาน และยังคงความสามารถทำงานเพื่อช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 41.9) มีการปฏิบัติธรรม โดยการอ่านหนังสือ ฟังเทศน์ หรือฟังบรรยายเกี่ยวกับธรรมะอยู่ในระดับมาก เนื่องจากวัยนี้เป็นวัยที่ให้ความสนใจทางศาสนามากขึ้น ใช้ศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ (สมพร, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาความสุขความทุกข์ของผู้สูงอายุไทยในชนบท พบว่า ความสุขของผู้สูงอายุได้มาจากศาสนามากที่สุด (ทวี และคณะ, 2518) อ้างตามสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2541) และสอดคล้องกับการศึกษาปรากฏการณ์การมีอายุยืนของผู้สูงอายุ โดยพบว่าการมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต (Pascucci & Loving, 1997) และนอกจากนี้ยังพบว่าลักษณะทางสังคมของผู้สูงอายุตอนปลายส่วนใหญ่เป็นสังคมชนบทภาคเหนือ ประชาชนมีชีวิตเรียบง่าย มีการช่วยเหลือพึ่งพาท่าสัจกัน ให้ความเคารพผู้อาวุโส ดังนั้นผู้สูงอายุจึงเป็นบุคคลที่มีคุณค่าและมีความสำคัญต่อครอบครัวและชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าในชีวิต (ปาลีรัตน์, 2541)

การดูแลรับผิดชอบต่อสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุตอนปลาย ร้อยละ 56.3 ไม่เคยไปรับการตรวจร่างกายกับแพทย์อย่างน้อยปีละครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของวันดี (2538) ซึ่งพบว่า

ผู้สูงอายุมีคะแนนการรับผิชอบต่อสุขภาพค่อนข้างต่ำ และผู้สูงอายุจะไปตรวจสุขภาพกับแพทย์หรือเจาะเลือดเพื่อหาระดับไขมันเพียงนานๆ ครั้ง จากการศึกษาพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่อายุยืนยาวและแข็งแรง โดยบรรลุ และคณะ (2531) พบว่าร้อยละ 80.1 ไม่เคยตรวจเช็คร่างกายตนเองเลย การศึกษาการประเมินความสามารถของผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตประจำวันโดยทัศนีย์ (2537) พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุตัวอย่างร้อยละ 36.1 ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเขวาลักษณ์ (2529) พบว่า ผู้สูงอายุทั้งหมดร้อยละ 100 ไม่เคยไปรับการตรวจสุขภาพประจำปี และการศึกษาแบบแผนสุขภาพของผู้สูงอายุโดยวันเทัญ (2539) พบว่า ผู้สูงอายุไม่เคยไปตรวจสุขภาพประจำปีถึงร้อยละ 87.3 ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้สูงอายุตอนปลายมีความคิดเห็นว่าจะไม่มีความจำเป็นที่จะต้องไปตรวจสุขภาพ จะไปตรวจรักษาจากแพทย์เมื่อมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงเท่านั้น เพราะจากแบบแผนทางวัฒนธรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของคนไทยยังเน้นซ่อมสุขภาพมากกว่าสร้างสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่ยังมีความเชื่อว่าเมื่อตนเองยังมีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีอาการเจ็บป่วยก็ไม่จำเป็นต้องไปตรวจสุขภาพ ส่วนใหญ่จะไปพบแพทย์เมื่อรักษาตนเองแล้วไม่หาย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง (เบญจา, จรรยา และกฤตยา, 2529) รวมถึงข้อมูลจากการสัมภาษณ์ยังพบว่าผู้สูงอายุตอนปลาย ส่วนใหญ่รู้สึกว่าการไปโรงพยาบาลเป็นเรื่องยุ่งยาก ต้องใช้เวลาอรอนาน จึงมีความต้องการไปรับบริการน้อย นอกจากจำเป็นจริงๆ

การออกกำลังกาย พบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 30.3 ไม่เคยออกกำลังกายเลย อาจเนื่องมาจากอายุที่มากขึ้นทำให้มีข้อจำกัดด้านร่างกายจากความเสื่อม มีอาการปวดหลังและเอว โรคข้อและกระดูก ทำให้มีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของข้อและกล้ามเนื้อ จึงเป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย เพราะกลัวจะเป็นอันตรายต่อร่างกายจึงไม่สนใจในกิจกรรมออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา (2540) พบว่าอุปสรรคต่อการออกกำลังกายได้แก่สุขภาพไม่แข็งแรง การดูหนังไม่สะดวก ไม่มีเวลา และขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของการออกกำลังกาย การศึกษาของวันดี (2538) พบว่ามีการออกกำลังกายต่ำเนื่องจากขาดแรงจูงใจ และอ่อนเพลีย และการศึกษาของฐิติมาน (2539) พบว่าผู้สูงอายุไม่ออกกำลังกายมีสาเหตุเนื่องมาจากมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อและข้อ และกลัวการบาดเจ็บ การเกิดอันตรายต่อร่างกาย การมีโรคเรื้อรัง ทำให้ผู้สูงอายุมีร่างกายทรุดโทรม จากมีอาการอ่อนเพลียทำให้ออกกำลังกายน้อย การศึกษาของบรรลุ และคณะ (2531) พบว่า ผู้สูงอายุไทยร้อยละ 67.1 ไม่ชอบออกกำลังกาย และปัจจุบันผู้สูงอายุไม่ออกกำลังกายเลย ให้เหตุผลว่า การออกกำลังกายทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย และคิดว่าการทำงานบ้านเพียงเล็กน้อยถือว่าเป็นการออกกำลังกายเพียงพอแล้ว สำหรับการศึกษาของต่างประเทศ ซึ่งศึกษาถึงแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่ามีพฤติกรรม

การออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ เช่นกัน (Resnick, 2000; Riffle et al., 1989; Speake, Cowart & Pellet, 1989)

การรับประทานอาหารเช้า พบว่าผู้สูงอายุตอนปลายส่วนใหญ่ร้อยละ 85 ขึ้นไป รับประทานอาหารเช้าครบทั้ง 3 มื้อ และรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำ ทั้งนี้เนื่องจากสังคมของผู้สูงอายุตอนปลาย ส่วนใหญ่เป็นสังคมชนบท จะปลูกผักและผลไม้ไว้รับประทานเอง ประกอบกับเป็นอาหารที่หาง่าย และราคาไม่แพง สามารถหารรับประทานได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษา ปาลีรัตน์ (2541) และศิริมา (2542) ซึ่งศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานครบทั้ง 3 มื้อ และรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำ เนื่องจากผู้สูงอายุปลูกไว้รับประทานเอง และหาง่ายมีราคาถูก และนอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างเพียง ร้อยละ 13.9 ที่รับประทานเครื่องดื่มบำรุงเป็นประจำ และไม่เคยรับประทานวิตามินหรือผลิตภัณฑ์อาหารเสริมเลย ถึงร้อยละ 70.6 ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุตอนปลายส่วนใหญ่อยู่ร่วมกับครอบครัว ครอบครัวจะมีหน้าที่ในการดูแลจัดเตรียมอาหารให้รับประทาน ผู้สูงอายุไม่สามารถเลือกหรือจัดหาอาหารเสริมมารับประทานได้เอง และข้อมูลจากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ยังขาดความเอาใจใส่ในการดูแลหาอาหารเสริมหรือวิตามินมาให้รับประทาน เพราะเห็นว่าอาหารที่ให้ผู้สูงอายุรับประทานแต่ละวันก็มีประโยชน์เพียงพอแล้ว แตกต่างจากการศึกษาของสุดา (2536) และวันดี (2538) ซึ่งศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโอกาสในการเลือกและจัดหาอาหารที่มีคุณค่าและมีประโยชน์ต่อร่างกายมารับประทานเอง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น ยังสามารถจัดซื้ออาหารและประกอบอาหารรับประทานได้เอง

การสนับสนุนระหว่างบุคคล พบว่าผู้สูงอายุตอนปลายส่วนใหญ่ร้อยละ 82.9 เข้ากับบุตรหลานได้คืออยู่ในระดับมาก และร้อยละ 81 ได้รับความรัก ความห่วงใย และการดูแลจากบุตรหลานอยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่า จากสภาพสังคมไทย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัว บุตรหลานยังให้ความสำคัญในฐานะเป็นที่ปรึกษา รวมทั้งทัศนคติและวัฒนธรรมไทยเกี่ยวกับผู้สูงอายุว่าเป็นบุคคลที่ควรให้ความเคารพนับถือและให้การช่วยเหลือดูแล และลักษณะความเป็นอยู่ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุตอนปลายยังเป็นสังคมในชนบท จะพบว่าผู้สูงอายุในชนบทจะมีความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านสูงทั้งนี้เป็นเพราะขนาดของชุมชนเล็กกว่าในเมือง ทำให้มีโอกาสพบปะสร้างความสัมพันธ์กับคนในชุมชนมากกว่า (เกริกศักดิ์ และคณะ, 2533) สอดคล้องกับการศึกษาของปาลีรัตน์ (2541) พบว่าแบบแผนชีวิตด้านการสนับสนุนระหว่างบุคคลอยู่ในระดับดี ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว ให้คำปรึกษาแก่บุตรหลานเมื่อมีปัญหา จึงทำให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรี พัทสนันท์ และกันยา (2539) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพในครอบครัวกับในสังคมของผู้สูงอายุ จำนวน 132 ราย

พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ทั้งนี้เพราะสังคมไทย อบรมให้บุตรหลานรักและเคารพผู้สูงอายุในครอบครัว และจากการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาในการค้นหาความจริงเกี่ยวกับการทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีพบว่า การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นทั้งภายในครอบครัวและสังคมเป็นสิ่งที่สำคัญมากสำหรับผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกว่าตนเองว่าเหงาเดียวดาย (Pascucci & Loving, 1997)

การจัดการกับความเครียด พบว่าผู้สูงอายุตอนปลายส่วนใหญ่ร้อยละ 72.1 จะทราบสาเหตุที่ทำให้เครียดเป็นบางครั้งและพบว่าร้อยละ 21.9 ไม่เคยระบายความรู้สึกรหรือปรึกษาบุคคลใกล้ชิดเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ จะใช้ชีวิตจัดการกับความเครียด โดยวิธีวางเฉย ปล่อยให้ปัญหาคลี่คลายไปเอง อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุตอนปลายส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสหย่าทำให้ขาดที่ปรึกษา รับฟังและให้กำลังใจเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ เพราะคู่สมรสเป็นบุคคลในสังคมปฐมนิคมของผู้สูงอายุ เป็นบุคคลที่ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุยาวนานที่สุดในครอบครัว จึงมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด และมีความผูกพันอย่างลึกซึ้งกับผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีความไว้วางใจที่จะพูดคุยปรึกษามากกว่าผู้อื่น (Baines & Ogesby, 1992) จากการศึกษาความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และสนับสนุนจากสังคม และการดูแลสุขภาพ พบว่าคู่สมรสจะมีหน้าที่ช่วยแบ่งเบาภาระ ลดระดับความเครียดและความวิตกกังวลตลอดจนให้คำปรึกษา ทำให้เกิดความผาสุกในชีวิต (Muhlenkamp & Sayles, 1986) และ การศึกษาของวอล์กเกอร์และคณะ (Walker et al., 1988) พบว่า การมีคู่สมรสทำให้มีโอกาสได้รับความช่วยเหลือแนะนำให้กำลังใจทำให้ลดความเครียดและความมั่นคงในอารมณ์ แตกต่างจากการศึกษาของปาตีรัตน์ (2541) และวันดี (2538) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแบบแผนชีวิตด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับดี เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้นจะมีสถานภาพสมรสคู่ และยังสามารถไปพบปะพูดคุยกับเพื่อนในวัยเดียวกันทำให้มีความเข้าใจ ได้ระบายความรู้สึกร ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีและช่วยลดความเครียดในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้สูงอายุตอนปลายส่วนใหญ่มีเรื่องเครียด และกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุตอนปลายส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว อันเนื่องมาจากความเสื่อมถอยตามธรรมชาติ

## 2.2 ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุตอนปลาย

ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุตอนปลายโดยรวมมีการกระจายของคะแนนมาก ค่าความเบ้ของคะแนนไปทางคะแนนต่ำ แสดงว่าผู้สูงอายุตอนปลายมีปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมไปในทางที่มีน้อย เมื่อพิจารณารายละเอียดแต่ละด้านมีดังนี้

ปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย พบว่าผู้สูงอายุตอนปลายส่วนใหญ่มีค่าความเบ้ของคะแนนไปในทางคะแนนต่ำ แสดงว่าอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติของร่างกายภายใน 1 เดือน ที่ผ่านมานั้นมีน้อย โดยเมื่อพิจารณา รายชื่อ อาการและอาการแสดงที่ผิดปกติ พบมากที่สุดคือ อาการปวดหลัง



ร้อยละ 70 และปวดตามข้อร้อยละ 63.9 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนพวรรณ และคณะ (2541) นภาพร และจอห์น (2539) สุทธิชัย และคณะ (2542) คราช และคณะ (Krach et al., 1996) และ มุคชิต และคณะ (Musil et al., 1998) ที่พบว่าปัญหาทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุที่พบมากที่สุดคือ ปวดหลังและปวดข้อ อาการปวดหลังและปวดข้อของผู้สูงอายุเป็นผลเนื่องมาจาก เมื่ออายุมากขึ้นมีการสลายของกระดูกมากกว่าการสร้าง ทำให้กระดูกมีลักษณะบางลงเมื่ออายุมากขึ้น กระดูกอ่อน บริเวณข้อต่างๆ จะเสื่อมมากขึ้น น้ำไขข้อลดลง ทำให้กระดูกสัมผัสกันมากขึ้น ทำให้เกิดการเสียดของข้อมาก กล้ามเนื้อจะมีการฝ่อและเล็กลง บริเวณต่อของเส้นประสาทกับกล้ามเนื้ออกลดลง กล้ามเนื้อเกร็งตัวได้ไม่นานเมื่อเทียบกับคนอายุน้อยกว่า จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดอาการปวดหลังและปวดตามข้อได้ (สุทธิชัย, 2541) และนอกจากนี้ยังพบอาการที่กลุ่มตัวอย่างพบว่ามีปัญหารองลงมา คือ ตามัว ร้อยละ 59 เหนื่อยง่าย ร้อยละ 55.8 และเป็นหวัดน้ำมูกไหล ร้อยละ 55.5 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการสำรวจสุขภาพประชากรไทยวัย 50 ปีขึ้นไป ซึ่งพบว่าปัญหาสุขภาพที่พบ 15 อันดับแรกในผู้สูงอายุไทย ส่วนใหญ่คือ เป็นหวัดน้ำมูกไหล อ่อนเพลียง่าย และตามัวจากต้อกระจก (จันทร์เพ็ญ, 2540)

ปัญหาสุขภาพด้านจิตใจ พบว่า ผู้สูงอายุตอนปลายส่วนใหญ่มีค่าความเบี่ยงของคะแนนไปทางคะแนนต่ำ แสดงว่าอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติด้านจิตใจ ภายใน 1 เดือนมีน้อย เนื่องมาจากผู้สูงอายุตอนปลายกลุ่มนี้ถือว่าเป็นผู้มีอายุยืน ซึ่งการมีอายุยืนยาวได้ต้องมีสุขภาพกาย และจิตดี รวมทั้งประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้นทำให้มีความมั่นคงทางจิตใจ จึงทำให้มีสุขภาพจิตดี และเนื่องจากผู้สูงอายุตอนปลายทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ใช้ศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ซึ่งการปฏิบัติธรรมส่งผลโดยตรงต่อบุคคลที่ปฏิบัติให้เกิดความสงบในใจ มีสติไม่ทุกข์ร้อนจากการกระทำ ไม่มีความวิตกกังวล ทำให้มีชีวิตที่สุขสบาย เกิดความผาสุกทางจิตใจ และจิตวิญญาณ (อุไรวรรณ, 2543) สอดคล้องกับการศึกษาสถานภาพและบทบาทผู้สูงอายุ โดยปรีชา และคณะ (2541) พบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขและมีชีวิตที่ดี มีสุขภาพจิตดี คือ การได้เข้าวัดทำบุญทำทาน การไปวัดทำบุญเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุเชื่อว่าเป็นการสั่งสมและหล่อหลอมจิตใจให้นิ่งไม่วุ่นวายกับโลก โดยการสวดมนต์ รักษาศีล และเชื่อว่าการทำบุญทำทานรักษาศีลเป็นความสุข ทำให้เกิดพลังใจ การปฏิบัติธรรม และยึดธรรมะอยู่ในใจ ทำให้เกิดความสุขที่แท้จริงของชีวิต รวมถึงข้อมูลจากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้สูงอายุตอนปลายส่วนใหญ่ยอมรับกับสภาพที่เปลี่ยนแปลงในชีวิตได้ ทั้งสภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรง และจากสภาพสังคมบุตรหลานมีเวลาใกล้ชิดน้อยกว่าเดิม ซึ่งอาจเนื่องจากวัยที่มากขึ้น ทำให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ ยอมรับกับสถานการณ์เปลี่ยนแปลงต่างๆ ซึ่งถ้าผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับภาวะนี้ได้ปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปได้ ทำให้เกิดปัญหาด้านจิตใจน้อย (เกริกศักดิ์ และคณะ, 2533; โสกา, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของสุรีย์ และคณะ (2538) ซึ่งศึกษาภาวะสุขภาพอนามัยและการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ โดย

พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตดีเพราะมีความพึงพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ปัจจุบันมีความสุขได้อยู่กับครอบครัว ไม่รู้สึกว่าคุณทัก โดยเมื่อพิจารณารายชื่อ อาการ และอาการแสดงที่ผิดปกติ พบมากที่สุดคือ หุดและทำได้ช้าลง ร้อยละ 75.2 อาการหลงลืม ร้อยละ 60 ทั้งนี้เนื่องจากพบว่า เมื่ออายุมากขึ้น การเรียนรู้และความจำของผู้สูงอายุเริ่มบกพร่อง การเรียนรู้ของผู้สูงอายุจะช้าลงกว่าในวัยหนุ่มสาว ความจำจะเปลี่ยนแปลงไป ตามอายุ โดยพบว่าความจำระยะสั้นของผู้สูงอายุจะค่อยลง ส่วนความจำทันที และความจำระยะยาวยังคงปกติอยู่ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ประสาท (วิกาวิ, 2537; สุทธิชัย, 2541; Rabbit, 1998) สอดคล้องกับการศึกษาการติดตามระยะยาวเพื่อดูการรู้ความสามารถในผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มอายุมาก มีการรับรู้และความจำบกพร่องร้อยละ 38 (Melzer, 1999)

ปัญหาสุขภาพทางด้านสังคม พบว่าผู้สูงอายุตอนปลายส่วนใหญ่มีค่าความเบ้ของคะแนนไปทางคะแนนต่ำ แสดงว่ามีปัญหาทางด้านสังคมอยู่ในระดับน้อย เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่า ที่มีปัญหาน้อยที่สุดหรืออยู่ในระดับดีที่สุด คือ ผู้สูงอายุตอนปลายประเมินตนเองว่าสามารถเข้ากับบุตรหลานได้ดี โดยพบถึงร้อยละ 92.6 ทั้งนี้อาจเนื่องจากสังคมไทยยังอบรมให้บุตรหลานรักเคารพผู้สูงอายุในครอบครัว ทำให้ไม่เกิดช่องว่างความรักความเข้าใจระหว่างผู้สูงอายุและบุตรหลาน โดยสอดคล้องกับการศึกษาของปรีชา และคณะ (2541) ซึ่งศึกษาสถานภาพและบทบาทผู้สูงอายุไทย โดยศึกษาสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในผู้สูงอายุ จำนวน 88 คน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เชื่อว่า ตนเองได้รับการเคารพยกย่องจากครอบครัว โดยให้เหตุผลว่า เป็นเพราะประพฤติดีเหมาะสม เป็นผู้มีประสพการณ์อยู่ในศีลในธรรม มีน้ำใจดีและประสบความสำเร็จในการเลี้ยงดูลูกจึงทำให้บุตรหลานรักและเคารพ นอกจากนี้ยังได้ข้อมูลเพิ่มเติมจากการสัมภาษณ์โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ชอบที่จะอยู่ในบ้านมากกว่าการออกไปสังสรรค์นอกบ้าน โดยให้เหตุผลว่าคุยกับบุตรหลานสบายใจกว่า สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพในครอบครัวกับสัมพันธ์ภาพในสังคมของผู้สูงอายุพบว่า สัมพันธ์ภาพภายในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ในขณะที่สัมพันธ์ภาพกับสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ควรปรับปรุง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุมีความคุ้นเคยและผูกพันกับสมาชิกในครอบครัวมากกว่าคนนอกครอบครัว (พัชรี และคณะ, 2539) นอกจากนี้ยังพบว่า ในข้อที่ผู้สูงอายุปฏิบัติน้อย คือ ผู้สูงอายุไปปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่วัดได้น้อยลง จากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า นั่งพับเพียบนานๆ ไม่ได้เพราะปวดหลังและปวดตามข้อรวมทั้งเดินไปวัดไม่ไหว มีอาการเหนื่อยถ้าเดินไกลๆ ต้องให้บุตรหลานไปส่งถึงจะไปได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากสภาวะทางร่างกายที่เปลี่ยนแปลงทำให้มีปัญหาสุขภาพ และมีผลต่อการมีสัมพันธ์ภาพทางสังคมซึ่งจะมีน้อยลงกว่าตอนหนุ่มสาว สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดจันทบุรีโดยอารีวรรณ (2541) พบว่า อายุที่มากขึ้นทำให้ความสามารถทางร่างกายลดลง เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน การเดินทางไปมาไม่สะดวก การพบปะผู้อื่น

เป็นไปได้ยากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เครื่องช่วยทางสังคม และความรู้สึกว่าหวงในผู้สูงอายุ พบว่า การมีข้อจำกัดทางร่างกายมีอิทธิพลในการทำให้เกิดความหวงในผู้สูงอายุ เพราะมีการไปพบปะพูดคุยกับผู้อื่นได้น้อยลงกว่าเดิม (Bondevik & Skogstad, 1998)

### 2.3 ความต้องการพึ่งพาของผู้สูงอายุตอนปลาย

ความต้องการพึ่งพาของผู้สูงอายุตอนปลายแบ่งเป็นความต้องการพึ่งพาด้านร่างกายได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้าน ความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคมและความต้องการด้านเศรษฐกิจ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ความต้องการพึ่งพาด้านร่างกาย ได้แก่

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าความแข็งของกระดูกสันหลังไปทางกระดูกสันหลังสูง แสดงว่าสามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ดี โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 85.5 ขึ้นไป สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทุกกิจกรรม (ตารางภาคผนวก ก. 3) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพน้อย ซึ่งแสดงว่ายังมีสุขภาพดีอยู่ (ตาราง 3) จึงสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ทักษิณี (2537) บรรลุ และคณะ (2531) และนิรนาท (2534) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินตนเองมีสุขภาพแข็งแรง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั่วไปอยู่ในระดับสูง และมีการเคลื่อนไหวได้ดี สามารถดูแลตนเองได้ตามต้องการ สำหรับกิจกรรมที่ต้องการผู้ช่วยเหลือในการปฏิบัติมากที่สุดคือ การขึ้นลงบันได 1 ชั้น เนื่องจากความสามารถนี้ในการทำกิจกรรมนั้นอยู่กับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและข้อ (สุทธิชัย, 2541) จากการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัญหาปวดหลังและข้อ โดยเฉพาะข้อเข่า ซึ่งมีผลทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมนี้ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาภาวะพึ่งพาในผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปจำนวน 308 ราย ในสถานรับดูแลผู้สูงอายุ โดยชลลิส และคณะ (Challis et al., 2000) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 50 สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด ไม่ต้องการผู้ดูแล ส่วนกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือมากที่สุดคือ การขึ้นลงบันได 1 ชั้น โดยมีความต้องการช่วยเหลือถึงร้อยละ 83

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าความแข็งของกระดูกสันหลังไปทางกระดูกสันหลังสูง แสดงว่า ส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้านได้ดี เมื่อพิจารณาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้านในแต่ละกิจกรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70 ขึ้นไป สามารถช่วยเหลือตนเองได้หมดทุกกิจกรรม ยกเว้นเพียงกิจกรรมในเรื่อง การใช้บริการขนส่งสาธารณะ ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้เองร้อยละ 56.5 โดยกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำได้มากที่สุดคือ การเดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 86.1 เดินได้เอง ไม่ต้องช่วยเหลือสอดคล้องกับการศึกษาของ

สุทธิชัย และคณะ (2542) ซึ่งใช้แบบประเมินเดียวกับผู้วิจัยคือ คัชนีจุฬาเอเค้แอล ผลการศึกษาพบว่า การเดินภายนอกบริเวณบ้านเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุไทยสามารถปฏิบัติเองได้สูง มีเพียงร้อยละ 11.5 ที่ต้องการความช่วยเหลือ สอดคล้องกับการศึกษาของวิลด์ (2539) ซึ่งประเมินสภาวะร่างกายในผู้สูงอายุไทยพบว่า ร้อยละ 68 ของกลุ่มตัวอย่างสามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน นอกบ้าน และพบว่าร้อยละ 63 สามารถเดินได้ โดยไม่ต้องใช้เครื่องช่วยใดๆ เลย และสอดคล้องกับการศึกษาการประเมินภาวะสุขภาพและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้านของผู้สูงอายุ พบว่า กิจกรรมที่ปฏิบัติได้เองสูงที่สุดคือ การเดินนอกบ้าน (Whittle & Goldenberg, 1996) ส่วนกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถทำได้มากที่สุดคือ การใช้บริการรถเมล์ รถสองแถว โดยไม่สามารถทำได้เลย ร้อยละ 21.9 ทำได้แต่ต้องมีคนช่วยดูแลร้อยละ 21.6 ทั้งนี้เนื่องจากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้านเป็นกิจกรรมต้องใช้ทักษะในการปฏิบัติมากจึงต้องการผู้ช่วยเหลือดูแล (วิลด์, 2539) รวมถึงสภาพร่างกายอาจเป็นอุปสรรคในการเดินทาง เพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการปวดหลัง ปวดข้อและตามัว (ร้อยละ 70, 63.9 และ 59 ตามลำดับ) ทำให้มีการเคลื่อนไหวลำบาก ทั้งขณะขึ้นและลงจากรถโดยสารจึงต้องมีผู้ช่วยเหลือดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธิชัย และคณะ (2542) พบว่า การใช้รถขนส่งสาธารณะ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 45 ไม่สามารถเดินทางได้โดยลำพัง เมื่อพิจารณาตามอายุ พบว่า อายุ 70-79 ปี มีอัตราพึ่งพาในการใช้ขนส่งสาธารณะร้อยละ 49.9 และอายุ 80 ปีขึ้นไป จะมีอัตราพึ่งพาสูงขึ้น โดยมีอัตราพึ่งพาถึงร้อยละ 72.2 ทั้งนี้เนื่องจากสภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรงจากความเสื่อมตามวัยเป็นอุปสรรคต่อการเดินทางตามลำพัง

ความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าความเบ้ของคะแนนไปในทางคะแนนสูง แสดงว่าส่วนใหญ่มีความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคมสูง โดยพบว่าความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคมที่ต้องการจากครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 50 ขึ้นไป ต้องการการแสดงความรักนับถือดูแลเอาใจใส่ใกล้ชิด การดูแลปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วย ให้ความช่วยเหลือทุกครั้งที่ต้องการ และการมีเวลาพบปะพูดคุยและเยี่ยมเยียนจากบุตรหลานอย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ถึงแม้อยู่กับครอบครัวแต่มีเวลาอยู่พร้อมหน้ากันทั้งครอบครัวน้อย สมาชิกครอบครัวส่วนใหญ่จะออกไปทำงานนอกบ้านในเวลากลางวันให้ผู้สูงอายุเป็นผู้เฝ้าบ้านและบางรายต้องดูแลเด็กเล็กตามลำพังจะมีเวลาอยู่พร้อมหน้ากันเฉพาะตอนเย็นและส่วนหนึ่งพบว่าอยู่บ้านคนละหลังกับสมาชิกครอบครัว โดยปลูกอยู่ตามลำพังหรืออยู่กับคู่สมรส สมาชิกครอบครัวจะมีเวลาพบปะพูดคุยดูแลอย่างใกล้ชิดน้อย และนอกจากนี้ยังพบว่าถึงแม้มีบุตรหลานมากแต่ต้องไปทำงานในเมือง จะกลับมาเยี่ยมเฉพาะเทศกาลสำคัญ เช่น วันสงกรานต์ หรือวันปีใหม่ จะอยู่กับบุตรผู้ดูแลเพียง 1-2 คน จะเห็นได้ว่าครอบครัวเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุ ความสุขส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุเป็นความสุขภายในครอบครัว การได้รับความรัก การดูแลใกล้ชิด ความนับถือ และการยกย่องจากผู้อื่น โดยเฉพาะครอบครัวจึงเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการ สอดคล้องกับการศึกษา

องค์ประกอบด้านครอบครัวที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพภายในครอบครัวดี จะทำให้มีภาวะสุขภาพจิตดี (พรพจน์, 2538) และการศึกษาของริคเคลแมน และคณะ (Rickelman et al., 1994) พบว่าความผูกพันและสัมพันธภาพที่ดีของผู้สูงอายุกับบุคคลที่มีสำคัญต่อตนเอง จะมีผล อย่างมากกับคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

ความต้องการพึ่งพาด้านเศรษฐกิจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าความเบ้คะแนนไปทางคะแนนสูงแสดงว่าส่วนใหญ่มีความต้องการพึ่งพาด้านเศรษฐกิจสูง โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่า ร้อยละ 50 ต้องการให้บุตรหลานให้เงินใช้จ่ายอย่างเพียงพอประจำวัน และให้ค่าใช้จ่ายสำหรับค่ารักษาพยาบาล เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่ได้ประกอบอาชีพทำให้ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ รายได้มาจากบุตรหลาน ภาระในการใช้จ่ายประจำวันของผู้สูงอายุตอนปลายเป็นหน้าที่ของบุตรหลานรับผิดชอบ สอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน โดยนภาพร (2542) ผู้สูงอายุไทยมีชีวิตอยู่ในภาวะยากจนไม่ว่าจะ 10 ปีที่แล้วหรือปัจจุบัน แหล่งของรายได้มาจากบุตรหลานแม้รายได้ของผู้สูงอายุไทยจะค่อนข้างต่ำ แต่สัดส่วนความไม่เพียงพอของรายได้มีต่ำ เพราะบุตรหลานเป็นจะดูแลรับผิดชอบในชีวิตประจำวันให้ผู้สูงอายุ และจากการศึกษาสภาวะทางเศรษฐกิจจากการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่ารายได้ของผู้สูงอายุต่ำและลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน แหล่งของรายได้ส่วนใหญ่มาจากบุตรหลานโดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 64 มีรายได้จากบุตรเป็นหลัก และจากการศึกษาของมาลี และสุทธิศรี (2538) พบว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจหรือรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจและคุณภาพชีวิต ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีความต้องการสนับสนุนด้านเงินทองเพื่อใช้จ่ายในชีวิตประจำวันและเป็นหลักมั่นคงในชีวิตต่อไป

#### ข้อมูลเพิ่มเติม

ในการรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมจากการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการพึ่งพาเพิ่มเติมนอกจากคำถามข้างต้น ดังนี้

การได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับความช่วยเหลือตามที่ต้องการจากครอบครัวทุกครั้งและส่วนใหญ่ จะให้ความเห็นว่า ไม่ได้ต้องการอะไรจากบุตรหลานเท่าที่บุตรหลานให้และดูแลก็เพียงพออยู่แล้ว แต่มีเวลามาพูดคุยด้วยก็เพียงพอแล้ว “แม่หลวง บ่ อยากรได้อะหยังอะอย่างจากลูกหลานที่ดูแลก็ดีแล้ว แค่มารูมาโดยหากก็ใจแล้ว” ซึ่งสิ่งที่ได้รับจากครอบครัวส่วนใหญ่จะเป็นการดูแลเรื่องความเป็นอยู่ทั่วไป เช่น การเตรียมและจัดหาอาหารให้รับประทานการทำความสะอาดเสื้อผ้า การพาไปนอกบ้าน เช่น ไปวัด ไปงานบุญ เป็นต้น “เป็นก็หาฮือฮือกัน ก่อนจะไปทำงานก็จะหาไว้ให้

ทำเอง บ่อยไหมแล้วตาบ่อยดี พวกเสื้อผ้า อาบน้ำก็ซักเองไปเลย บางทีก็ให้อี้น้อย (หลาน) ซักให้เดินไปไหนไกลๆ บ่ไหวก็ให้มันไปส่งกัน” นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุจำนวน 18 ราย ต้องทำเองทั้งหมด ซึ่งจะเป็นผู้สูงอายุที่ยังไม่แก่มาก จะมีอายุระหว่าง 75-79 ปี เป็นส่วนใหญ่ ทั้งนี้ที่ต้องทำเอง เนื่องจากอยู่คนเดียว เพราะบุตรหลานไปทำงานต่างถิ่น โดยจะส่งเงินมาให้เป็นบางครั้ง รายได้จะได้มาจากการปลูกและเก็บผักขาย และจากรัฐให้สวัสดิการเดือนละ 300 บาท สิ่งที่ต้องการของผู้สูงอายุเหล่านี้ จะเป็นความต้องการให้บุตรหลานมาเยี่ยมเยียนมากกว่าความต้องการด้านเงิน “ลูกหลานไปอยู่ไกลบ้านหมด นานๆ จะส่งเงินมาให้ แต่ก็ไม่อยากได้ของมันหรอก มันก็ต้องเอาไว้เลี้ยงดูครอบครัวมัน สงกรานต์ที่ก็พากันมาเยี่ยม มากันครบทุกปีแหละ”

ส่วนสิ่งที่ไม่ได้รับจากครอบครัว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบว่าไม่มี โดยจะได้รับความที่ต้องการทุกอย่าง จะมีบ้างที่ไม่ได้คือ การมีเวลามาดูแลใกล้ชิด และการมาเยี่ยมเยียนมาพุดคุย “อยากให้เป็นมาอยู่ มาโดยหา แต่เป็นที่ต้องทำงานกัน กลางวันก็เฝ้าบ้าน ให้เป็น ก็อยู่กับหลานเล็กๆ” “อยากให้มาพุดคุยกันบ้างก็จะดีเจอกันตอนเอาข้าวมาให้กิน เค้าไม่ค่อยมีเวลากันต้องออกไปทำงาน”

### 3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพกับแบบแผนชีวิตและความต้องการพึ่งพา

#### แบบแผนชีวิตกับปัญหาสุขภาพ

คะแนนแบบแผนชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนปัญหาสุขภาพในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.44, p < .01$ ) อธิบายได้ว่าการมีแบบแผนชีวิตไปในทางที่ดี จะพบว่ามีปัญหาสุขภาพน้อย การที่บุคคลมีแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพจะช่วยให้อายุยืนซึ่งสุขภาพและยังทำให้สุขภาพดีขึ้นกว่าเดิมอีกด้วย (Pender & Pender, 1987) แบบแผนชีวิตที่ถูกต้องในการดำเนินชีวิตจึงมีความสำคัญกับผู้สูงอายุ เพราะสามารถป้องกันการเกิดโรค ชะลอความเสื่อมถอยทั้งสุขภาพร่างกาย จิตใจ รวมทั้งคงไว้ซึ่งการมีสัมพันธ์ทางสังคมได้เหมือนเดิม (Acton & Malathum, 2000; Andrews, 2001; Boland, 1998; Speake et al., 1989; Viverais-Dresler & Richardson, 1991; Wang, 1999) สอดคล้องกับการศึกษาของสุดา (2536) ที่พบว่าพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และพบว่าพฤติกรรมสุขภาพด้านการนอนหลับ การออกกำลังกาย และการรับประทานอาหาร สามารถทำนายภาวะสุขภาพไปในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001, p < .01$  และ  $p < .05$  ตามลำดับ) และสอดคล้องกับการศึกษาของบรรลุ และคณะ (2531) พบว่าภาวะโภชนาการที่ดีอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีมีส่วนทำให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวและแข็งแรง จากการศึกษาของแอคตัน และมาลาธัม (Acton & Malathum, 2000) พบว่า แบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสภาพร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) โดยการมีแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพจะสัมพันธ์กับการ

ชะลอความเสื่อมของสภาพร่างกาย จากการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย ในผู้สูงอายุ พบว่า ผลของการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพร่างกายและจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายโดยการแอโรบิกครั้งละ 20 นาทีขึ้นไป อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์อย่างสม่ำเสมอ มีสุขภาพกายและจิตดี (Resnick et al., 2000) จากการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาสิ่งที่ทำให้มีสุขภาพแข็งแรงและอายุยืนยาวในผู้สูงอายุ พบว่า การมีแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ อันได้แก่ การให้ความหมายของอายุขึ้นไปในทางบวก การให้ความสำคัญแก่สุขภาพเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง การมีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวและผู้อื่น ความรู้สึกว่าตนเองยังมีค่าและมีประโยชน์ และยึดมั่นในสิ่งที่ศรัทธา เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีและมีอายุยืนยาว (Pascucci & Loving, 1997) เช่นเดียวกับการศึกษาชาติพรรณวรรณ พบว่าการประสบความสำเร็จในชีวิตของผู้สูงอายุ เกิดจากการมีแบบแผนชีวิตที่ดี ได้แก่ การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี รับประทานผักและผลไม้เป็นประจำ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ไม่เคร่งเครียดกับชีวิตและสนุกกับงานหรือการได้ใช้กำลัง (Laferriere & Hamel-Bissell, 1994) และการศึกษาผู้สูงอายุสุขภาพดีในเมืองและชนบทเปรียบเทียบ จากการออกกำลังกายและการรับประทาน อาหารพบว่า การมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุในชนบทคือ การรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำ ส่วนผู้สูงอายุในเมืองการมีสุขภาพที่ดีเกิดจากการออกกำลังกายเป็นประจำ (Morgan et al., 2000) แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) จึงไม่สามารถให้ข้อสรุปได้ว่า แบบแผนชีวิตที่ดี เป็นเหตุให้มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น หรือเพราะภาวะสุขภาพดีทำให้มีการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมได้

#### ปัญหาสุขภาพกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน

ปัญหาสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน โดยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้เอง ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นที่เป็น เช่นนี้อาจเนื่องจากปัญหาสุขภาพที่พบในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น โรคเรื้อรังที่เจ็บป่วยไม่รุนแรง เช่น ปวดหลัง ปวดตามข้อ ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงจากการมีอายุ เป็นภาวะที่ผู้สูงอายุต้องประสบอยู่นานแล้ว จึงทำให้สามารถปรับตัวอยู่กับอาการที่เป็นได้ และอาจเนื่องจากมีข้อจำกัดทางการวิจัย คือได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างต้องเป็นผู้ที่มีการรับรู้ถูกต้องแบบสอบถามได้ จึงอาจทำให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยรุนแรง ที่หลงลืม ไม่มีโอกาสเป็นผู้ให้ข้อมูล จึงทำให้ข้อมูลที่ได้ส่วนใหญ่ จะได้จากผู้สูงอายุตอนปลายที่เจ็บป่วยไม่รุนแรง ยังมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ด้วยตนเอง แตกต่างจากการศึกษาของไซมอนส์ และคณะ (Simons et al., 2000) ซึ่งศึกษาการเกิดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี โดยการเฝ้าติดตามทุก 2 ปี พบว่า ปัญหาสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรพื้นฐานและโรคที่เป็นปัญหาส่วนใหญ่ที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน คือ โรคหลอดเลือด-

สมอง โรคระบบทางเดินหายใจ โรคสมองเสื่อม และการมีภาวะเจ็บป่วยทางจิต และจากการศึกษา ระยะยาวโดยติดตามทุก 3 ปี เพื่อดูว่าโรคสมองเสื่อมซึ่งเป็นสาเหตุหลักของภาวะพึ่งพาในผู้สูงอายุ 75 ปีขึ้นไป พบว่า นอกจากโรคสมองเสื่อมและภาวะคิดปกคิตทางสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับภาวะ พึ่งพาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานแล้วยังพบอีกว่า การมีโรคประจำตัว เช่น โรคหลอดเลือด สมอง โรคหัวใจ และกระดูกสะโพกหักเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ที่ต้องพึ่งพาในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันพื้นฐาน (Agüero-Torres et al., 1998)

#### ปัญหาสุขภาพกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้าน

ปัญหาสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันนอกบ้านในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.18, p < .01$ ) อธิบายได้ว่าการมี ปัญหาสุขภาพที่มากขึ้น จะทำให้มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้านได้น้อยลง อาจเนื่องจาก เมื่อมีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้น เกิดความเจ็บป่วย จะมีผลทำให้ความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันนอกบ้านได้ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของวิล (2539) พบว่า ผู้สูงอายุที่มี ปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะกลุ่มโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ จะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันนอกบ้านได้ลดลง และสอดคล้องกับการศึกษาของเซาเทอร์รี และคณะ (Shetterry et al., 1998) ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพมีโรคเรื้อรัง จะทำให้มีความสามารถปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันนอกบ้านลดลง

#### ปัญหาสุขภาพกับความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจ

ปัญหาสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจอาจ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจใกล้เคียงกันคือ พบว่ามีความต้องการพึ่งพาสูง ดังนั้นปัญหาสุขภาพไม่มีผลต่อความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคมและ เศรษฐกิจ นอกจากนั้นความต้องการด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องได้รับจาก ครอบครัวอยู่แล้วเพราะการดูแลผู้สูงอายุเป็นวัฒนธรรม เป็นหน้าที่ของบุตรหลานที่จะต้องดูแลบิดา มารดาไม่ว่าจะเจ็บป่วยหรือเป็นปกติ เพื่อเป็นการตอบแทนบุญคุณ (ปรีชา และคณะ, 2541) แต่กต่าง จากการศึกษารีวิววรรณ (2541) พบว่า เมื่อความสามารถทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุลดลง ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง การเดินทางไปมาไม่สะดวก ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น การ พบปะพูดคุยกับผู้อื่นเป็นไปได้ยาก ความสามารถในการประกอบอาชีพทำได้น้อยลงหรือทำไม่ได้ ต้องพึ่งพบุตรหลานด้านค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน และจากการศึกษาของปรีชา และคณะ (2541) พบว่า สุขภาพร่างกายที่อ่อนแอและเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตด้านจิตใจ ได้แก่ อาการหงุดหงิด โกรธง่าย กังวลใจ ด้านสังคมทำให้ไม่มีโอกาสไปร่วมกิจกรรมทางสังคมกับ เพื่อนๆ ญาติ ด้านเศรษฐกิจทำให้ทำงานไม่ได้เหมือนเดิม ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้ต้องการความช่วยเหลือจาก ครอบครัวและให้ความช่วยเหลือตามที่ต้องการ



#### 4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับแบบแผนชีวิต ปัญหาสุขภาพและความต้องการพึ่งพา

##### 4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับแบบแผนชีวิต

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์รายคู่และวิเคราะห์ด้วยสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนได้ผลแตกต่างกันกล่าวคือ ในการวิเคราะห์รายคู่พบว่า อายุ การศึกษา รายได้ และภาวะการมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตโดยรวม จากการวิเคราะห์โดยใช้สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า รายได้ และอายุ มีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตโดยรวม อธิบายความแปรปรวนของแบบแผนชีวิตโดยรวม ได้ร้อยละ 11 และ 5 ตามลำดับ และปัจจัยทั้งสองร่วมอธิบายความแปรปรวนของแบบแผนชีวิตโดยรวม ได้ร้อยละ 16 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้สูงและมีอายุน้อยกว่า มีแนวโน้ม มีแบบแผนชีวิตที่ดี การไม่พบความสัมพันธ์ของการศึกษาและภาวะการมีโรคประจำตัวกับแบบแผนชีวิตโดยรวม เมื่อวิเคราะห์ด้วยสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนอาจเป็นเพราะว่าการศึกษาและภาวะการมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับรายได้ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2 = 14.23$  และ  $16.57$  ตามลำดับ  $p < .001$ ) โดยอธิบายรายละเอียดแต่ละปัจจัยได้ดังนี้

รายได้ มีความสัมพันธ์กับคะแนนแบบแผนชีวิตโดยกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้สูงมีคะแนนแบบแผนชีวิตสูงกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากรายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจดีย่อมมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เอื้ออำนวยให้เข้าถึงบริการสุขภาพรวมทั้งสามารถจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ เพื่ออำนวยความสะดวกและส่งเสริมการดูแลตนเอง (Pender, 1996) สอดคล้องกับการศึกษาของหงษ์เหิญ (2538) รสสุคนธ์ (2537) วันดี (2538) วรณวิมล (2535) ศิริมา (2542) และแอคตันและมาลาธรรม (Acton & Malathum, 2000) ซึ่งศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยที่กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้สูง จะมีการดูแลตนเองด้านส่งเสริมสุขภาพดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำ เพราะการมีรายได้สูงมีโอกาสในการที่แสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์แก่ตัวเองมากกว่าผู้มีรายได้น้อย

อายุ มีความสัมพันธ์กับคะแนนแบบแผนชีวิต โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากมีคะแนนแบบแผนชีวิตต่ำกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนปลาย ซึ่งเมื่อมีอายุมากขึ้นมักพบความเสื่อมถอยของร่างกายและมีความแข็งแรงลดลง (ฤทธิชัย, 2541) ร่างกายจึงเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพซึ่งเพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายเป็นปัจจัยอย่างหนึ่งต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของหงษ์เหิญ (2538) และศิริมา (2542) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากจะมี

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแยกจากกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของโคเฮน และคณะ (Cohen et al., 1990) เรสเน็ค (Resnick, 2000) เรสเน็ค และคณะ (Resnick et al., 2000) และริฟเฟิ้ล และคณะ (Riffle et al., 1989) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเนื่องจากการที่มีอายุมากขึ้นมักมีข้อจำกัดทางร่างกายจากความเสื่อมของวัย จึงทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้น้อยลง เช่น พฤติกรรมการออกกำลังกาย รวมทั้งเมื่ออายุมากขึ้นมีการขาดความสนใจในการดูแลตนเอง แตกต่างจากการศึกษาของนิชกานต์ (2543) เขวาลักษณ์ (2529) รสสุคนธ์ (2537) วันดี (2538) และแอคตัน และมาลาธรัม (Acton & Malathum, 2000) พบว่า อายุไม่มีความแตกต่างในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพราะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุคอนลัน มีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้เหมือนๆ กัน จึงทำให้ผลการศึกษานี้แตกต่างกัน

เพศ ผลการศึกษาพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนแบบแผนชีวิต เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งชายและหญิงมีแบบแผนชีวิตที่คล้ายคลึงกัน อาจเนื่องจากอยู่ในภูมิภาคเดียวกัน ทำให้มีชีวิตความเป็นอยู่และวัฒนธรรมประเพณีที่คล้ายคลึงกัน รวมทั้งจากความก้าวหน้าด้านสื่อสารต่างๆ ทำให้กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและหญิงมีโอกาสได้รับข้อมูล ข่าวสาร ที่เป็นประโยชน์ได้เท่าเทียมกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิชกานต์ (2543) พวงเพ็ญ (2538) รสสุคนธ์ (2537) และศิริมา (2542) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตหรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาความต้องการพื้นฐานและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดย แอคตัน และมาลาธรัม (Acton & Malathum, 2000) พบว่า การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเพศหญิงและชายไม่แตกต่างกัน แตกต่างจากการศึกษาของคิม และคณะ (Kim et al., 1998) พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) โดยพบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าชาย และแตกต่างจากการศึกษาของคลาร์ก (Clark, 1999) พบว่าเพศหญิงมีการออกกำลังกายมากกว่าชาย เพราะเพศหญิงให้ความสำคัญในการดูแลตนเองมากกว่า ผลการศึกษาที่แตกต่างกันนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาและเครื่องมือมีความแตกต่างกัน

สถานภาพสมรส พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนแบบแผนชีวิต ทั้งนี้เนื่องจากส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัว ครอบครัวมีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุทั้งที่อยู่อาศัย การเงิน อาหาร สิ่งของเครื่องใช้ และดูแลเมื่อยามเจ็บป่วย ซึ่งการดูแลบิดามารดาที่สูงอายุเป็นสิ่งที่สังคมไทยยังยึดถือปฏิบัติสืบต่อกันมานานเพื่อเป็นการตอบแทนพระคุณที่เคยเลี้ยงดู (ปรีชา และคณะ, 2541) ดังนั้นสถานภาพสมรสที่แตกต่างจึงไม่ได้ทำให้มีแบบแผนชีวิตที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของนิชกานต์ (2543) พวงเพ็ญ (2538) ศิริมา (2542) และแอคตันและมาลาธรัม (Acton & Malathum, 2000) พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความแตกต่างในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุหญิงชนกลุ่มน้อยใน

ได้หวั่น โดยหวาง (Wang, 1999) พบว่า ผู้สูงอายุหญิงชาวโกลและชาวอะบอริจินที่มีสถานภาพสมรสคู่มีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าหม้าย เพราะมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมในการช่วยกระตุ้นให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

การศึกษา เมื่อวิเคราะห์รายคู่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เรียนหนังสือ มีคะแนนแบบแผนชีวิตสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (ตาราง 7) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่เรียนหนังสือมีแบบแผนชีวิตดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เรียนหนังสือ สอดคล้องกับการศึกษาของสปีค และคณะ (Speake et al., 1989) พบว่าการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) โดยผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงจะมีแบบแผนชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาค่ำกว่า แต่อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์ในสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนแบบแผนชีวิต เนื่องจากการศึกษามีความสัมพันธ์กับรายได้ (ตารางภาคผนวก ก. 5) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่เรียนหนังสือมีรายได้สูงมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เรียนหนังสือ อธิบายได้ว่า ผู้ที่มีสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจดี มักมีโอกาสที่ได้เรียนหนังสือ ซึ่งการศึกษามีส่วนช่วยให้พัฒนาความรู้ ตลอดจนทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง (Pender, 1996) ดังนั้น นอกจากรายได้แล้ว การศึกษาอาจเป็นปัจจัยร่วมที่มีความสัมพันธ์ทางอ้อมกับแบบแผนชีวิต

ภาวะการมีโรคประจำตัว เมื่อวิเคราะห์รายคู่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัว มีคะแนนแบบแผนชีวิตสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัวมีแบบแผนชีวิตดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว สอดคล้องกับการศึกษาของเรสนิก (Resnick, 2000) ซึ่งศึกษาการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพภายในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว มีการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีโรคประจำตัว เนื่องจากร่างกายไม่เป็นอุปสรรค แต่เมื่อวิเคราะห์ในสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่าภาวะการมีโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนแบบแผนชีวิต เนื่องจกภาวะการมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับรายได้ (ตารางภาคผนวก ก. 5) กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัวมีรายได้สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีมักจะแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง มีการดูแลคนที่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้ชะลอความเสื่อมและป้องกันการเกิดโรคได้ (บุญพา, 2538) ดังนั้นภาวะการมีโรคประจำตัวอาจเป็นปัจจัยร่วมที่มีความสัมพันธ์ทางอ้อมกับแบบแผนชีวิต

#### 4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับปัญหาสุขภาพ

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์รายคู่และวิเคราะห์ด้วยสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ได้ผลแตกต่างกัน กล่าวคือ ในการวิเคราะห์รายคู่พบว่า เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ และภาวะการมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพโดยรวม จากการวิเคราะห์โดยใช้สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า รายได้ การศึกษา และสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับปัญหา

สุขภาพโดยรวม อธิบายความแปรปรวนของปัญหาสุขภาพโดยรวมได้ร้อยละ 9, 6 และ 2 ตามลำดับ และปัจจัยทั้งสามรวมอธิบายความแปรปรวนของปัญหาสุขภาพโดยรวมได้ร้อยละ 17 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำไม่ได้เรียนหนังสือ และมีสถานภาพสมรสโสด ม่าย หย่า แยก มีแนวโน้มพบปัญหาสุขภาพมาก การที่ไม่พบความสัมพันธ์ของเพศ และภาวะการมีโรคประจำตัวกับปัญหาสุขภาพเมื่อวิเคราะห์ด้วยสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน อาจเป็นเพราะว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2 = 19.27, p < .001$ ) และภาวะการมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับรายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2 = 16.57, p < .001$ )

รายได้ มีความสัมพันธ์กับคะแนนปัญหาสุขภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้สูงมีคะแนนปัญหาสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่มีสถานภาพสังคมและเศรษฐกิจดีมีโอกาสหาแหล่งประโยชน์ที่จะทำให้ตนเองมีสุขภาพดีกว่าผู้ที่ขาดเงินที่จะนำมาเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อการดูแลสุขภาพจึงทำให้ผู้ที่มีฐานะยากจนเกิดโรคและเจ็บป่วยได้ง่ายกว่า สอดคล้องกับการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์และนอกสถานสงเคราะห์ในจังหวัดยะลา โดยมีลี (2539) พบว่าภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับรายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า และสอดคล้องกับการศึกษาของโฮ (Ho, 1991) ซึ่งศึกษาภาวะสุขภาพและปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่ออัตราการตายในผู้สูงอายุชาวจีน พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีรายได้ต่ำมีฐานะยากจน จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอัตราตายสูง เพราะพบว่ามีอัตราการเจ็บป่วยสูงและการดูแลตนเองไม่ดี

การศึกษา มีความสัมพันธ์กับคะแนนปัญหาสุขภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างที่เรียนหนังสือมีคะแนนปัญหาสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่ไม่เรียนหนังสือ ทั้งนี้เนื่องจากระดับการศึกษาสูงจะช่วยให้บุคคลมีความรู้ความสามารถในการดำเนินชีวิต เรียนรู้ที่จะทำให้อาชีพตนเองมีสุขภาพดี (Pender, 1996) สอดคล้องกับการศึกษาความแตกต่างระหว่างบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงจะมีสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาค่ำกว่า (Veenstra, 2000) การศึกษามุมมองสุขภาพของผู้สูงอายุชนเผ่าโดยเฟอร์เรโร (Ferraro, 1993) พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) โดยผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงจะมีอัตราการเจ็บป่วยต่ำกว่า เพราะมีการดูแลตนเองได้ดีกว่า และสอดคล้องกับการศึกษาภาวะสมดุทางสุขภาพกับอัตราการเจ็บป่วย โดย เบคเคทท์ (Beckett, 2000) พบว่าการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความบกพร่องของร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ยิ่งมีการศึกษาสูงจะพบว่ามีอัตราการบกพร่องน้อยและสอดคล้องกับการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับปัจจัยส่วนบุคคล โดยสุพรรณิ (2534) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาค่ำกว่าจะมีภาวะสุขภาพที่ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า

สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับคะแนนปัญหาสุขภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสคู่มักจะคะแนนปัญหาสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่มีสถานภาพ โสด หม้าย หย่า แยก ทั้งนี้อาจเนื่องจากการมีคู่สมรสมีโอกาสได้รับการกระตุ้นและช่วยเหลือในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของบุคคลให้มีความพยายามในการดูแลตนเองให้มีสุขภาพดี (Walker et al., 1988) ผู้สูงอายุที่ขาดคู่สมรสมักจะมีความรู้สึกว่าเหว่ ความผาสุกทางด้านจิตใจลดลงและมักจะพบปัญหาสุขภาพตามมา (Sarwari et al., 1998) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ต้องดำเนินชีวิตโดยลำพังซึ่งจะมีสถานภาพสมรสหม้ายมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีสุขภาพแย่ลงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่อยู่กับคู่สมรส และจากการศึกษาการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตในผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า ผู้สูงอายุที่ต้องอาศัยกับบุคคลอื่น ที่ไม่ใช่คู่สมรสจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอัตราตายสูง เพราะได้รับการเอาใจใส่น้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีคู่สมรส (Davis et al., 1997) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการดำเนินชีวิตและความผาสุกทางกาย และจิตใจในผู้สูงอายุหญิงซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นโสดดำเนินชีวิตอยู่คนเดียวไม่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสุขภาพทางกายไม่ดี เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุหญิงที่อยู่กับคู่สมรส และยังพบอีกว่ามีสุขภาพจิตดีกว่าด้วย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโสดมีความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง มีโอกาสแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์และได้ออกไปพบปะกับบุคคลอื่นได้เสมอ มากกว่าผู้สูงอายุหญิงที่มีคู่สมรส (Michael et al., 2001) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษานี้ เนื่องจากวิธีวิจัยที่ใช้ในการศึกษามีความแตกต่างกันโดยในการศึกษานี้เป็นการศึกษาระยะยาว โดยมีการติดตามเป็นเวลา 4 ปี รวมทั้งศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเฉพาะเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์มีความแตกต่างกัน จึงทำให้ผลการวิจัยไม่สอดคล้องกัน

อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนปัญหาสุขภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอยู่ในกลุ่มอายุเดียวกันคือ ผู้สูงอายุตอนปลาย ซึ่งมีลักษณะการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน โดยการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลงตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น จึงทำให้พบว่ามีปัญหาสุขภาพเหมือนกัน แต่ต่างจากการศึกษาระดับของสุขภาพในผู้สูงอายุ กลุ่ม 65-74 ปี กับอายุ 75 ปี ขึ้นไป โดยเฟอร์เรโร (Ferraro, 1980) พบว่า กลุ่มตัวอย่าง อายุ 75 ปีขึ้นไป ประเมินตนเองว่ามีปัญหาสุขภาพมากกว่ากลุ่มตัวอย่างอายุ 65-74 ปี เนื่องจากมีสุขภาพแย่ลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น

เพศ เมื่อวิเคราะห์รายคู่ พบว่าเพศหญิงมีปัญหาสุขภาพมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาปัญหาสุขภาพ และอาการแสดงทางสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า เพศหญิง มีปัญหาสุขภาพมากกว่าเพศชาย โดยเฉพาะอาการปวดศีรษะ โรคระบบทางเดินหายใจส่วนบนและอาการอ่อนเพลียเหนื่อยง่ายจะพบว่าเป็นมาก (Mulzil et al., 1998) และสอดคล้องกับการศึกษารายภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุไทย พบว่า เพศหญิงมีสุขภาพแย่กว่าเพศชาย โดยจะพบว่ามีโรคประจำตัว

มากกว่า (นภาพร และจอห์น, 2539) แต่เมื่อวิเคราะห์ในสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนปัญหาสุขภาพ เนื่องจากเพศ มีความสัมพันธ์กับการศึกษา (ตารางภาคผนวก ก. 6) กล่าวคือ เพศหญิงมีการศึกษาค่ากว่าเพศชาย ทั้งนี้เนื่องจากเพศชายได้รับการยกย่องให้มีสถานภาพทางสังคมสูงกว่าเพศหญิง มีโอกาสได้รับการศึกษามากกว่าเพศหญิง (ปรีชา และคณะ, 2541) เพศหญิงที่ไม่ได้รับการศึกษาจึงมีมากกว่าเพศชาย ซึ่งการศึกษามีผลต่อการดูแลตนเอง การที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือมีการศึกษาค่าทำให้มีทัศนคติต่อการดูแลตนเองไม่ดี (Orem, 1985) การขาดความสนใจเอาใจใส่ในสุขภาพของตนเอง จึงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ มีภาวะสุขภาพไม่ดีได้ ดังนั้นเพศอาจเป็นปัจจัยร่วมที่มีความสัมพันธ์ทางอ้อมกับปัญหาสุขภาพ

ภาวะการมีโรคประจำตัว เมื่อวิเคราะห์เป็นรายคู่พบว่า การมีโรคประจำตัวทำให้มีปัญหาสุขภาพมากกว่า การไม่มีโรคประจำตัว สอดคล้องกับการศึกษาของเฟอร์เรโร (Ferraro, 1980) พบว่าการมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวมีสุขภาพแย่กว่าและพบภาวะทุพพลภาพได้มากกว่า แต่เมื่อวิเคราะห์ในสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ภาวะการมีโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนปัญหาสุขภาพ เนื่องจากภาวะการมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับรายได้ กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัวมีรายได้สูงมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว เนื่องจากผู้ที่มีรายได้สูงมีฐานะทางเศรษฐกิจดี ย่อมมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์มาดูแลตนเองได้มากกว่าผู้ที่มีฐานะยากจน จึงทำให้ผู้ที่มีฐานะยากจน มักจะเกิดโรคได้มากกว่า (Pender, 1996) ดังนั้น นอกจากรายได้แล้วการมีโรคประจำตัวอาจเป็นปัจจัยร่วมที่มีความสัมพันธ์ทางอ้อมกับปัญหาสุขภาพ

#### 4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์รายคู่และวิเคราะห์ด้วยสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่าอายุเป็นปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน โดยอธิบายความแปรปรวนได้เพียงร้อยละ 3 ( $R^2 = 0.03$ ,  $Beta = -0.17$ ) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากขึ้นมีแนวโน้มมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานลดลง ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อมีอายุมากขึ้นเซลล์ต่างๆ ในร่างกายเสื่อมลงทำให้สมรรถภาพการทำงานของร่างกายลดลง (สุทธิชัย, 2541) เมื่อสมรรถภาพร่างกายลดลงย่อมเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุ โดยทัศนีย์ (2537) การศึกษาภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุที่บ้าน โดยเวตเตอร์ และคณะ (Vetter et al., 1992) และการศึกษาของนภาพร และจอห์น (2539) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงความต้องการพึ่งพาสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธิชัย และคณะ (2538) ซึ่งศึกษาถึงปัจจัยของภาวะพึ่งพาในผู้สูงอายุสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่า

ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นความสามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันจะลดลง การศึกษาการมีโรคสมองเสื่อมต่อภาวะพึ่งพาในผู้สูงอายุ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความต้องการพึ่งพาในกิจวัตรประจำวัน อายุมากต้องการพึ่งพามาก (Agüero-Terres et al., 1998) และสอดคล้องกับการศึกษาเฝ้าติดตามภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุโดยเมลเซอร์ (Melzer, 1999) และการศึกษาปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทยโดย สุทธิชัย และคณะ (2542) โดยพบว่า ในผู้สูงอายุที่มีอายุมากมีความต้องการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันมากขึ้นโดยต้องการความช่วยเหลืออย่างน้อย 1 กิจกรรม

ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ และภาวะการมีโรคประจำตัว อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ทั้งมวลใกล้เคียงกัน (ตาราง 3) เพราะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานเป็นกิจกรรมพื้นฐานของบุคคลที่จำเป็นต้องปฏิบัติเพื่อตนเอง ดังนั้นไม่ว่าจะเป็นเพศหญิงหรือชายมีสถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ และภาวะการมีโรคประจำตัวที่แตกต่างกันจำเป็นต้องคงความสามารถของคนไว้ คราบโคกยังรู้สึกว่าคุณปฏิบัติได้อยู่ (ทัศนีย์, 2537) สอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ (2537) พบว่า เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน

#### 4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน นอกบ้าน

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์รายคู่และวิเคราะห์ด้วยสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ได้ผลแตกต่างกัน กล่าวคือในการวิเคราะห์รายคู่พบว่า อายุ เพศ สถานภาพสมรส และภาวะการมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้าน จากการวิเคราะห์โดยใช้สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า อายุ เพศ และภาวะการมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้าน อธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้านได้ร้อยละ 21, 1 และ 1 ตามลำดับ และปัจจัยทั้งสามรวมอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้านได้ร้อยละ 23 โดยที่กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อย เพศชาย และไม่มีโรคประจำตัว มีแนวโน้มมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้านได้ดี การที่ไม่พบความสัมพันธ์ของสถานภาพสมรสกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้าน เมื่อวิเคราะห์ด้วยสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนอาจเป็นเพราะว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2 = 13.44, p < .001$ ) โดยอธิบายรายละเอียดแต่ละปัจจัยดังนี้

อายุ มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้านโดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้านได้ถึงร้อยละ 21 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยจะมีแนวโน้มมีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

นอกร้านได้ดี ทั้งนี้อายุเนื่องจากกิจวัตรประจำวันนอกร้านเป็นกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติเพื่อดำรงอยู่ในชุมชน มีความยุ่งยากกว่าการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ซึ่งผู้สูงอายุที่มีอายุมากมักจะมี ความเสื่อมถอยของสมรรถภาพมาก จึงทำให้มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกร้านได้ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุทธิชัย และคณะ (2542) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นมีอัตรา พึ่งพาในกิจวัตรประจำวันนอกร้านมากกว่าผู้สูงอายุที่ยังมีอายุไม่มาก และสอดคล้องกับการศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกร้านในผู้สูงอายุละตินอเมริกันและอเมริกันผิวขาวพบว่าผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่มเมื่อมีอายุมากขึ้นมีความต้องการพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันนอกร้านสูงขึ้น โดยต้องมีผู้ช่วยเหลืออย่างน้อย 1 กิจกรรม (Shettery et al., 1998) และสอดคล้องกับการศึกษาของซาวารีและคณะ (Sarwari et al., 1998) พบว่าผู้สูงอายุหญิงที่มีอายุมากขึ้นทั้งกลุ่มที่อยู่คนเดียวและที่อยู่กับคู่สมรสจะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกร้านลดลง เพราะมีสภาพร่างกายที่เสื่อมลงจึงต้องการการพึ่งพา

เพศ มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกร้าน โดยกลุ่มตัวอย่างเพศชายจะมีแนวโน้มมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกร้านได้ดีกว่าเพศหญิง ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเพศชายส่วนใหญ่พบปัญหาสุขภาพน้อยกว่าเพศหญิง (เพศชาย  $\bar{X} = 15.40$ , เพศหญิง  $\bar{X} = 18.12$ ) จึงยังคงมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ดีกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธิชัย และคณะ (2542) พบว่า ผู้สูงอายุหญิงมีอัตรา พึ่งพา ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกร้านสูงกว่าเพศชาย และเนื่องจากวัฒนธรรม บังคับให้เพศชายมีกิจกรรมนอกร้านมากกว่าเพศหญิง เพราะเพศชายมีหน้าที่รับผิดชอบในครอบครัว ต้องทำงานหาเลี้ยงครอบครัว ส่วนใหญ่ต้องออกไปทำงานนอกร้าน ซึ่งอาจทำให้เพศชายมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกร้านได้มากกว่าเพศหญิง (ปรีชา และคณะ, 2541; เขวาลักษณ์, 2529) สอดคล้องกับการศึกษาของเบนเนทท์ (Bennett, 1998) ซึ่งพบว่าเพศมีความแตกต่างในการปฏิบัติกิจกรรม โดยพบว่าเพศชายมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมนอกร้าน เช่น การเดิน การไปจ่ายตลาดสูงกว่าเพศหญิงอย่างชัดเจน

ภาวะการมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกร้าน โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัวมีแนวโน้ม มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกร้านได้ดี ทั้งนี้ การมีโรคประจำตัว มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยตรง เพราะมีผลกระทบต่อความไม่สุขสบาย ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ทำให้มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง (ทักษิณี, 2537) สอดคล้องกับการศึกษาไวทเทิลด์ และโกลด์เบิร์ก (Whittle & Goldenberg, 1996) ซึ่งศึกษาการทำหน้าที่ของร่างกาย และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกร้านของ ผู้สูงอายุในชุมชน พบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง จะส่งผลให้การทำงานที่ของร่างกายลดลง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกร้านลดลง ต้องการผู้ช่วยเหลือดูแล



สำหรับปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน นอกบ้าน คือ การศึกษา และรายได้ สอดคล้องกับการศึกษาระดับของการศึกษาและอายุกับผลของ ภาวะสุขภาพ โดยโรส และวู (Ross & Wu, 1996) และการศึกษาความแตกต่างของระดับการศึกษา กับอัตราตายในผู้สูงอายุ โดยเฟลด์แมน และคณะ (Feldman et al., 1989) พบว่าการศึกษาสูงทำให้ มีการดูแลตนเองดี พบความเจ็บป่วยน้อย ส่งผลให้มีความสามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตร ประจำวันนอกบ้านได้ดี

ส่วนสถานภาพสมรส เมื่อวิเคราะห์เป็นรายคู่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้านได้สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่า แยก (ตาราง 11) สอดคล้องกับการศึกษาของซาวารี และคณะ (Sarwari et al., 1998) พบว่า ผู้สูงอายุหญิงที่มีอายุมากและมีสถานภาพสมรสคู่ มีความต้องการพึ่งพิงด้านกิจวัตร ประจำวัน นอกบ้านน้อยกว่า และมีความสามารถช่วยเหลือตนเองได้สูงกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุหญิงที่มี สถานภาพสมรสเป็นหม้าย แต่เมื่อวิเคราะห์ในสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้าน เนื่องจาก สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับอายุ (ตารางภาคผนวก ก. 7) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มี สถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่า แยก มีอายุมากกว่าสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งเมื่อมีอายุมากขึ้นมักมี ความเสื่อมถอยของสภาพร่างกายและมีผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน นอกบ้านได้ (สุทธิชัย, 2541) ดังนั้นสถานภาพสมรสอาจเป็นปัจจัยร่วมที่มีความสัมพันธ์ทางอ้อม กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้าน

#### 4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความต้องการพึ่งพิงด้านจิตสังคมและ เศรษฐกิจ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์รายคู่และวิเคราะห์ด้วยสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนได้ ผลสอดคล้องกัน โดยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการพึ่งพิงด้านจิตสังคมและ เศรษฐกิจคือ ภาวะการมีโรคประจำตัวและรายได้ อธิบายความแปรปรวนของความต้องการพึ่งพิง ด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจได้ร้อยละ 3 และ 2 ตามลำดับ และปัจจัยทั้งสองร่วมอธิบายความ แปรปรวนได้เพียงร้อยละ 5 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวและมีรายได้ต่ำ มีแนวโน้มมีความ ต้องการพึ่งพิงด้านจิตสังคม และเศรษฐกิจสูง อธิบายได้ดังนี้

ภาวะการมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับความต้องการพึ่งพิงด้านจิตสังคมและ เศรษฐกิจโดยกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวมีแนวโน้มมีความต้องการพึ่งพิงด้านจิตสังคมและ เศรษฐกิจสูง ทั้งนี้อาจเนื่องจากการมีโรคประจำตัวเป็นปัญหาที่มีผลกระทบต่อร่างกายทำให้เกิด ความไม่สุขสบายจากอาการหรืออาการแสดงของโรค ซึ่งจะมีผลต่อสภาพจิตใจเกิดความเครียดและ จิตกังวล และมีผลต่อการดำเนินชีวิตในสังคม ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการได้รับการ

ดูแลการดำเนินชีวิตในสังคม โดยต้องการดูแลจากบุตรหลานทั้งเมื่อยามเจ็บป่วยหรือทั้งยามเป็นปกติ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองไม่ได้ถูกทอดทิ้งและจากโรคประจำตัวที่มีอยู่อาจมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ต้องการพึ่งพาบุตรหลานในการดูแล เช่น การพาไปวัด หรือพาไปพบปะเพื่อนฝูง นอกจากนี้การมีโรคประจำตัวยังมีผลกระทบต่อความต้องการพึ่งพาด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากต้องพึ่งพาค่าใช้จ่ายจากบุตรหลานเมื่อมีการเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพ สถานภาพและบทบาทผู้สูงอายุไทย โดย ปรีชา และคณะ (2541) พบว่า ผู้สูงอายุคิดว่าการเจ็บป่วยมีโรคประจำตัวเป็นอุปสรรคบั่นทอนสถานภาพและบทบาทโดยตรงต่อการดำรงชีวิตทำให้ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพา คือต้องให้บุตรหลานเป็นผู้ดูแลทั้งด้านการเงิน การให้ความเอาใจใส่ดูแลอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะการดูแลด้านจิตใจโดยการมาพบปะพูดคุยเยี่ยมเยียนจากบุตรหลานเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุมีความต้องการมากกว่าด้านอื่นๆ เพราะเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีความสุข จากการศึกษาของ นงเยาว์ (2543) พบว่า การได้รับการดูแลด้านจิตใจจากบุตรหลานมาเยี่ยมเยียนให้เงินไว้ใช้จ่ายอย่างเพียงพอมีผลทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตสูง

รายได้ มีความสัมพันธ์กับความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำมีแนวโน้มมีความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจสูง ทั้งนี้อาจเนื่องจาก เมื่อมีอายุมากขึ้นสมรรถภาพร่างกายลดความสามารถในการทำงานลดลง (บรรณ และคณะ, 2531) จะพบว่าผู้สูงอายุไม่มีรายได้ต้องพึ่งพาบุตรหลาน ซึ่งมีการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ หรือไม่มีรายได้ ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการในเรื่องต่างๆ ได้เต็มที่ ไม่ว่าจะเป็นที่อยู่อาศัย การรักษาพยาบาล และโอกาสที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง ซึ่งมีผลทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตไม่ดี (ยุพาพรรณ, 2539) จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการดูแลจากบุตรหลานเพื่อตอบสนองความพึงพอใจในชีวิต ทั้งทางด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจ โดยเฉพาะด้านเศรษฐกิจมีการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความต้องการพึ่งพาด้านนี้สูง (นภาพร, 2542; นภาพร และ จอห์น, 2539; โสกา, 2541) การได้รับความช่วยเหลือทางการเงินจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่ที่ดี และดำรงชีวิตอย่างมีความสุข

สำหรับปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา และอายุ ทั้งนี้อาจเนื่องจากความต้องการด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจ เป็นความต้องการที่จะได้รับมาเพื่อตอบสนองความพึงพอใจและความสุขในชีวิตของบุคคลทุกคน ดังนั้นไม่ว่าเพศหญิงหรือชาย สถานภาพสมรส และการศึกษาที่แตกต่างกันย่อมมีความต้องการด้านนี้คล้ายคลึงกันจึงไม่พบความแตกต่างซึ่งมีการศึกษาพบว่าความพึงพอใจในชีวิตของบุคคลจะประกอบด้วย การมีสุขภาพกายแข็งแรง ไม่เจ็บป่วย มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ ได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจจากคนใกล้ชิด การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลอื่น และมี

ความเพียงพอของรายได้ (Ferrans & Power , 1985) ซึ่งถ้าได้รับการตอบสนองสิ่งเหล่านี้จะทำให้มีความพึงพอใจในชีวิตสูงมีคุณภาพชีวิตที่ดี

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพกับแบบแผนชีวิตและความต้องการพึ่งพา และศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับแบบแผนชีวิต ปัญหาสุขภาพ และความต้องการพึ่งพาในกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลาย ซึ่งมีอายุ 75 ปีขึ้นไป จำนวน 310 ราย โดยเลือกใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วนคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามปัญหาสุขภาพ แบบสอบถามแบบแผนชีวิต แบบสอบถามความต้องการพึ่งพาด้านร่างกาย ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้าน และแบบสอบถามความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคม และเศรษฐกิจ

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW โดยวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนปัญหาสุขภาพกับแบบแผนชีวิตและความต้องการพึ่งพา และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์รายคู่และสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคะแนนแบบแผนชีวิต ปัญหาสุขภาพ และความต้องการพึ่งพา

#### ผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนแบบแผนชีวิตโดยรวม และปัญหาสุขภาพโดยรวม มีการกระจายของคะแนนไปทางคะแนนต่ำ ส่วนคะแนนความต้องการพึ่งพาด้านร่างกาย จิตสังคม และเศรษฐกิจ มีการกระจายของคะแนนไปทางคะแนนสูง โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแบบแผนชีวิตด้านการออกกำลังกายน้อย และไปรับการตรวจสุขภาพประจำปีน้อย ส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพไม่มาก มีความต้องการพึ่งพาด้านร่างกายน้อย ยกเว้นการเดินทางนอกบ้านโดยการใช้บริการขนส่งสาธารณะ และพบว่ามีความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคม และเศรษฐกิจสูง

2. ปัญหาสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับแบบแผนชีวิตและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้าน ( $r = -0.44$  และ  $-0.18$  ตามลำดับ,  $p < .01$ ) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคม และเศรษฐกิจ

3. การวิเคราะห์ด้วยสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับแบบแผนชีวิต ปัญหาสุขภาพ และและความต้องการพึ่งพา พบว่า

3.1 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตคือ รายได้ และอายุ โดยรายได้มากกว่า 1,000 บาทต่อเดือน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนชีวิต ส่วนอายุมากมีความสัมพันธ์ทางลบกับแบบแผนชีวิต โดยรายได้และอายุอธิบายความแปรปรวนของแบบแผนชีวิตได้ร้อยละ 11 และ 5 ตามลำดับ และปัจจัยทั้ง 2 รวมอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 16 อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้มากกว่า 1,000 บาทต่อเดือน มีแนวโน้มมีแบบแผนชีวิตที่ดี ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากขึ้น มีแนวโน้มมีแบบแผนชีวิตที่ไม่ดี

3.2 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพคือ รายได้ การศึกษา และสถานภาพสมรส โดยรายได้มากกว่า 1,000 บาทต่อเดือน มีการศึกษาและสถานภาพสมรสดี มีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาสุขภาพ ซึ่งรายได้ การศึกษาและสถานภาพสมรสอธิบายความแปรปรวนของปัญหาสุขภาพได้ ร้อยละ 9, 6 และ 2 ตามลำดับ โดยมีปัจจัยทั้ง 3 รวมอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 17 อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้มากกว่า 1,000 บาทต่อเดือน ได้รับการศึกษาและสถานภาพสมรสดี มีแนวโน้มมีปัญหาสุขภาพน้อย

3.3 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พื้นฐาน คือ อายุ โดยอายุมากมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พื้นฐาน ซึ่งอายุอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ ร้อยละ 3 อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากขึ้น มีแนวโน้มมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ลดลง

3.4 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน นอกบ้าน คือ อายุ เพศ และภาวะการมีโรคประจำตัว โดยอายุมากมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้าน ส่วนเพศชาย และการไม่มีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้าน ซึ่งอายุ เพศ และภาวะการมีโรคประจำตัวรวมอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 21, 1 และ 1 ตามลำดับ อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากขึ้น มีแนวโน้มมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้านได้ลดลง ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชาย และไม่มีโรคประจำตัวมีแนวโน้มมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้านได้ดี

3.5 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจในสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ได้แก่ ภาวะการมีโรคประจำตัว และรายได้ โดยการมีโรคประจำตัว และรายได้น้อยกว่า 1,000 บาทต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งภาวะการมีโรคประจำตัวและรายได้ อธิบายความแปรปรวน

ได้ร้อยละ 3 และ 2 ตามลำดับ อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว และมีรายได้น้อยกว่า 1,000 บาทต่อเดือน มีแนวโน้มมีความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจสูง

#### ข้อจำกัดในการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติที่มีการรับรู้ปกติและสามารถตอบแบบสอบถามได้ จึงเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะการรับรู้บกพร่อง เช่น ภาวะสมองเสื่อม หรือมีการเจ็บป่วยที่บกพร่องทางการสื่อสาร เช่น โรคอัมพาต ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเฉพาะของข้อมูลด้านประชากร ซึ่งอาจไม่เป็นตัวแทนของประชากรผู้สูงอายุตอนปลายได้ทั้งหมด และผลการศึกษาอาจแตกต่างจากผลการศึกษาคั้งนี้ หากลักษณะกลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลายมากขึ้น

2. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์จากแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างเพียงครั้งเดียว ซึ่งสะท้อนแบบแผนชีวิต ปัญหาสุขภาพ และความต้องการพึ่งพาในขณะนั้น จึงไม่สามารถให้ข้อสรุปความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษาในเชิงเหตุ และผลกลับได้

#### ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยคั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้คั้งนี้

##### 1. ด้านการปฏิบัติ

1.1 ส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายแบบการใช้แรงกระแทกต่ำ และเคลื่อนไหวอย่างสม่ำเสมอ โดยควรจัดให้มีโครงการส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุในชุมชน โดยเน้นให้ครอบครัวมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการออกกำลังกาย รวมทั้งได้ตระหนักเห็นประโยชน์ของการออกกำลังกายที่มีต่อชุมชนผู้สูงอายุ เพื่อที่ครอบครัวจะได้ดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง

1.2 จัดโปรแกรมพิเศษเพื่อตรวจสอบสุขภาพผู้สูงอายุประจำปี โดยขอความร่วมมือจากครอบครัว และผู้นำชุมชน

1.3 ให้ความสนใจผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและมีอายุมากเป็นพิเศษ เนื่องจากเป็นปัจจัยที่ทำให้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติ

1.4 ควรจัดโปรแกรมให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัวเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยอันได้ อากาการปวดหลัง ปวดตามข้อ เป็นต้น โดยที่เนื้อหาสามารถนำไปปฏิบัติได้และคั้งถึงรายได้ และการศึกษาของผู้สูงอายุเป็นหลักด้วย

1.5 ควรจัดให้มีบริการตรวจเยี่ยมสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน เพราะการเดินทางไปยังสถานบริการสุขภาพของผู้สูงอายุทำได้ลำบาก

1.6 ควรส่งเสริมให้ครอบครัวเน้นความสำคัญเอาใจใส่แก่ผู้สูงอายุ เพราะเป็นความต้องการและเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข และมีการประสานงานกับชุมชน หรือหน่วยงานของรัฐในการกำหนดมาตรการดูแลผู้สูงอายุที่ยากไร้และไม่มีครอบครัว

## 2. ด้านการศึกษา

ควรมีการสอดแทรกเนื้อหาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ แบบแผนชีวิต และความต้องการพึ่งพาของผู้สูงอายุตอนปลายที่แตกต่างจากผู้สูงอายุตอนต้น

## 3. ด้านการวิจัย

3.1 ศึกษาการจัดการรูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ

3.2 ศึกษาการจัดการกับปัญหาสุขภาพ และความต้องการช่วยเหลือของผู้สูงอายุ

3.3 ศึกษาเปรียบเทียบแบบแผนชีวิต ปัญหาสุขภาพ ความต้องการพึ่งพาของผู้สูงอายุตอนต้น ตอนกลาง และตอนปลายของผู้สูงอายุในเขตเมือง และเขตชนบท

3.4 การศึกษาภาวะพึ่งพาและภาวะทุพพลภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งที่มีการรับรู้ปกติและมีการรับรู้ที่บกพร่องเพื่อให้ได้ข้อมูลอันจะเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

3.5 ศึกษาติดตามระยะยาวถึงแบบแผนชีวิต ปัญหาสุขภาพและความต้องการพึ่งพาของผู้สูงอายุ ซึ่งจะช่วยให้ทราบการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนและสามารถสรุปลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาในเชิงเหตุและผลกลับได้

3.6 ศึกษาเปรียบเทียบแบบแผนชีวิตและภาวะการพึ่งพาในผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวกับผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว

## บรรณานุกรม

- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2543). การใช้ SPSS for windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดซีเคแอนด์เอส โฟโต้สตุดีโอ.
- เกริกศักดิ์ บุญญานพวงศ์, สุรีย์ บุญญานพวงศ์, และสมศักดิ์ ถิ่นทะ. (2533). ชีวิตคนชราในจังหวัดเชียงใหม่. สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- เกษม ตันติผลาชีวะ และกฤษยา ตันติผลาชีวะ. (2528). การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: อรุณการพิมพ์.
- ไกรสิทธิ์ ตันติสิรินทร์ และอุรวรรณ แยมบริสุทธิ์. (2540). โภชนาการกับสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 20, 48 – 45.
- เขมิกา ยามะรัต. (2527). ความพึงพอใจในชีวิตคนชรา: ศึกษากรณีข้าราชการบำนาญกระทรวงเกษตรและสหกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- คณะกรรมการการดำเนินการจัดกิจกรรมปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุ ด้านวิชาการ. (2542). ผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ. บทความประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ วันที่ 22 – 24 พฤศจิกายน 2542. กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, สมาคมพฤฒวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทยและสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย.
- จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ตันสิริ. (บรรณาธิการ). (2536). การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: รุ่งเรืองธรรม.
- จันทร์ฉาย ฉายากุล. (2538). ประสบการณ์ของการให้ความรู้เรื่องการฝึกออกกำลังกายและการสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัวในการส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนวัดมะกอก เขตพญาไทและเคหะชุมชนทุ่งสองห้อง เขตดอนเมือง. กรุงเทพมหานคร.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2540). การสำรวจสุขภาพประชากรวัย 50 ปี ขึ้นไป: ประเทศไทยปี พ.ศ. 2538. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ฉัตรทอง อินทร์นอก. (2540). พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.



ฉันทนา พ่องคำพันธ์. (2537). ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสิงห์บุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

จิตติมาน แก้วขาว. (2539). การปรับตัวของผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

ณิชกานต์ ชันขาว. (2543). การเข้าร่วมกิจกรรมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

ทัศนีย์ ระย้า. (2537). การประเมินความสามารถของผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตำบลริมเหนือ อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

ธีระ รามสูต. (2515). ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ. วารสารสุขภาพ, 1(8), 67 – 68.

นงเยาว์ ชัยทอง. (2542). การได้รับการดูแลและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

นิตยา บุญมาเลิศ. (2542). การให้ความหมายสุขภาพการรับรู้ความสามารถของตนและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

นิตยา สออารีย์. (2535). โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 12 (1), 8-29.

นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ. (2534). ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

นพวรรณ จงรักษา, เกื้อ วงศ์บุญสิน, และรุ่งรัตน์ โกววรรณกุล. (2541). แบบแผนการเจ็บป่วยและนโยบายเกี่ยวกับสวัสดิการการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุในประเทศไทย.

กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นภาพร ชโยภรณ์ และจอห์น โนเดล. (2539). รายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นภาพร ชโยวรรณ, มาลินี วงษ์สิทธิ์, และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย. (2532). สรุปผลการวิจัยและผลกระทบทางเศรษฐกิจสังคม และประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นภาพร ชโยวรรณ. (2542). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน ในคณะกรรมการการดำเนินการจัดกิจกรรมปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุด้านวิชาการ, บทความประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุวันที่ 22 - 24 พฤศจิกายน 2542. (หน้า 53 - 92). กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, สมาคมพฤฒวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย.

บุญพา ณ นคร. (2538). รายงานการวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. ศึกษานุกรณ: โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

บรรณ ศิริพานิช และคณะ. (2531). พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่ยืนและแข็งแรง. กรุงเทพมหานคร: สามสีการพิมพ์.

เบญจา ยอดดำเนิน, จรรยา เศรษฐบุตร, และกฤตยา อาชวนิจกุล. (2529). ทฤษฎีและการศึกษาทางสังคมวิทยา มานุษยวิทยาการแพทย์. สำนักพิมพ์โอเคียนสโตร์: กรุงเทพมหานคร.

ประคอง อินทรสมบัติ. (2539). การประเมินสุขภาพในผู้สูงอายุ. งามาธิบดีพยาบาลสาร 2, 44 - 56.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2537). การวัดสถานะทางสุขภาพ: การสร้างมาตราส่วนประมาณค่าและแบบสอบถาม. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักพิมพ์ภาพพิมพ์.

ประยงค์ ถิ่นตระกูล. (2541). รายงานการวิจัยภาวะสุขภาพอนามัยและความจำเป็นพื้นฐานของชาวเขาในพื้นที่ปฏิบัติงานโครงการหลวงปางคำ ตำบลผาช้างน้อย อำเภอปางงิ้ว จังหวัดพะเยา. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ปรีชา อุโยคิน, สุรีย์ กาญจนวงศ์, วิภา ศิริสุข, และมัลลิกา มัติโก. (2541). ไม้ไผ่ฝ่ง: สถานภาพและบทบาทผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: เจริญดีการพิมพ์.

ปราณี จาคินกุล. (2536). การเตรียมตัวรับภาวะสุดท้ายของชีวิต. ใน จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี คันศิริ (บรรณาธิการ). การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: รุ่งเรืองธรรม.

ปาลีรัตน์ พรทวีกันหา. (2541). แบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพในจังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

พรวิชัย อินทรโกเศศ. (2536). รายงานการวิจัย: ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและปัจจัยต่างๆ ทางครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลเลิศสิน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

พรพจน์ กิ่งแก้ว. (2538). องค์ประกอบทางด้านครอบครัวที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ตำบลช้างเผือก อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

พัชรี ต้นศิริ, พัสนนธ์ คุ้มทวีพร, และกันยา ออประเสริฐ. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับสัมพันธภาพในสังคมของผู้สูงอายุ. สารสภากาการพยาบาล, 11(3), 65-71.

พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์, สินี กมลนาวิน, และ ประเสริฐ ไทรักดี. (2523). รายงานการวิจัย เรื่องความทันสมัยสภาพพจน์เกี่ยวกับตัวเองและปัญหาบางประการของคนชรา. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานวิจัยสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

พวงเพ็ญ เพ็ญสวัสดิ์. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ศิริพร ชัมภลิจิต, และทัศนีย์ นะแสง. (2539). วิจัยทางการพยาบาล: หลักการและกระบวนการ. สงขลา: เหมการพิมพ์.

เพ็ญกลดา เคนไชยวงศ์. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาของผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมและภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่

มาลินี วงษ์สิทธิ์ และศิริวรรณ ศิริบุญ. (2537). สัมภาษณ์ของผู้สูงอายุในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ: ข้อมูลจากการวิจัย. วารสารประชากรศาสตร์, 10 (1), 43 - 57.

มาลินี วงษ์สิทธิ์, ศิริวรรณ ศิริบุญ, และอัจฉรา เอ็นซ์. (2541). การมีส่วนร่วมของชุมชน ในการให้การดูแลให้บริการและกิจกรรมต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ: รายงานเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มาลี ธรรมลิขิตกุล. (2526). การศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่มารับบริการ ด้านการรักษายาบาล. กรุงเทพมหานคร: โครงการวิจัยเสริมหลักสูตร คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

มาลี เลิศมาลีวงศ์ และอุทิศศรี ตระกูลสิทธิโชค. (2538). ความสามารถในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. ราชบัณฑิตยบาลสาร, 1(1), 24-32.

มัลลี อุดตมางกูร. (2539). ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์และนอกสถานสงเคราะห์ในจังหวัดยะลา. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาศึกษาศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

ยุพาพรรณ ไชยศิริ. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในเขตอำเภอกระบวน จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. (2529). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายจิตสังคมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

ราตรี โอภาส, กรรณิการ์ พงษ์สนธิ, ชมนาด พงนามาตร์, และชูศรี วงษ์เครือวัลย์. (2538). แบบแผนสุขภาพ ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในเขตหมู่ 2 ตำบลช้างเผือก อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. พยาบาลสาร, 22(3), 41-48.

รสสุคนธ์ แสงมณี. (2537). การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุและแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

ลินจง ไปธิบาล. (2539). ระบบบริการสุขภาพและการเตรียมบุคลากรทางการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ. ราชบัณฑิตยสาร, 2(3), 127-133.

ฤดีดาว ช่างสาน. (2542). ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่น: กรณีศึกษาเทศบาลนครหาดใหญ่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

วชิราภรณ์ สุนนวงศ์. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

วารินี คัชมาตย์. (2540). อาการทุกข์ทรมาน และการพึ่งพาทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

วาสนา เกื้อนวงษ์. (2540). พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

วิภาวี คงอินทร์. (2537). การพยาบาลผู้สูงอายุ. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

วิลิต คุปต์นิริตติชัยกุล. (2539). การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุไทย. สารศิริราช, 48, 976-982.

วันดี เลหะวงศ์. (2538). แบบแผนการนอนหลับของผู้สูงอายุในเขตเมือง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

วันดี ชารมาศ, สมพิศ สมจิต, และรัชสุรี จันทระเพชร. (2538). การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในโครงการส่งเสริมสุขภาพเพื่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี. กรุงเทพมหานคร: สถาบันพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข.

วันดี โภคะกุล, นงนุช วิกาลินีวรรณ, อุบลพรรณ จุฑาสมิต, ศาคร สุวรรณ, และประสิทธิ์ ธรรมพิมาย. (2541). รายงานการศึกษาวิจัยเรื่องการศึกษาคูณลักษณะผู้สูงอายุไทยที่มีอายุยืนเกิน 100 ปี พ.ศ. 2539. กรุงเทพมหานคร: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

วันดี แยมจันทร์ฉาย. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

วันเพ็ญ วงศ์จันทร์. (2539). แบบแผนสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านธรรมปกรณ จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

วรรณวิมล เบญจกุล. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม กับแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

ศิริพร ชัมภลิจิต. (2539). แบบแผนสุขภาพ: การเก็บรวบรวมข้อมูล. สงขลา: อัสลาดีเพรส.

ศิริมา วงศ์แหลมทอง. (2542). ปัจจัยส่วนบุคคลการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

ศรีจิตรา บุญนาค และ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). สถานการณ์ของผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน ปัญหาทางสุขภาพ ภาวะพึ่งพาและแนวนโยบายทางการแพทย์และสาธารณสุข. ใน คณะกรรมการการดำเนินการจัดกิจกรรมปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุด้านวิชาการ, บทความประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุวันที่ 22 - 24 พฤศจิกายน 2542. (หน้า 23 - 42).

กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, สมาคมพฤฒวิทยา และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย.

ศรีสุดา แซ่อึ้ง. (2542). พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ บ้านช่าง ตำบลขี้เหล็ก อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่, การค้นคว้าแบบอิสระสาขารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

สาวิตรี ถิมชัยอรุณเรือง. (2536). ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต. วิทยานิพนธ์ดุขฎีบัณฑิต สาขาพัฒนาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, กรุงเทพมหานคร.

สุดา วิไลเลิศ. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2541). หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: อัสถายด์เพรส.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ, วิพุธ พลเจริญ, และไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. (2542). ปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย, กรุงเทพมหานคร: โสสิงติก พับลิชชิ่ง.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัญลักษณ์ หอบรรลือกิจ, ภิรมย์ กมลรัตนกุล, และสุชัย สุเทพารักษ์. (2538). ปัจจัยของภาวะพึ่งพาในผู้สูงอายุที่ทำงานอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราธรรมปกรณ์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร, 39 (1), 733-741.

สุพรรณิ นันทชัย. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างความว่าเหวและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

สุภาณี กาญจนจारी. (2537). การพยาบาลผู้สูงอายุ. ในสมจิต หนูเจริญกุล. (บรรณาธิการ), การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 1. (หน้า 227-254). กรุงเทพมหานคร: อัสถายด์เพรส.

สุรกุล เจนอบรม. (2534). วิทยสารผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุรีย์ กาญจนวงศ์, ปรีชา อุปโยคิน, วิภา ศิริสุข, และมัลลิการ มัติโก. (2538). รายงานการวิจัยภาวะสุขภาพอนามัยและการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: บริษัทแอลที เพรสจำกัด.

โสภา หอยสังข์. (2541). ความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวของผู้สูงอายุในชนบท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

แสงจันทร์ ทองมาก. (2541). ในคณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก. การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุเล่ม 1. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: ยูทรมินท์การพิมพ์.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2538). กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2533 – 2568. กรุงเทพมหานคร.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ, สำนักนายกรัฐมนตรื. (2540). สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก. (2542). สถิติข้อมูลด้านสาธารณสุขจังหวัดตาก. อัดสำเนา.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2541). รวบทคัดย่องานวิจัยและวิทยานิพนธ์เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุใน พ.ศ. 2530-2540. กรุงเทพมหานคร: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สมพร รัตนพันธ์. (2541). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

อารีวรรณ คุณเจตน์. (2541). คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดจันทบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยบูรพา, กรุงเทพมหานคร.

อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติธรรมกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

Acton, G.J., & Malathum, P. (2000). Basic need status and health-promoting self-care behavior in adults. *Western Journal of Nursing Research*, 22(7), 796-811.

Abbais, A. (1998). Nutrition. In E.H. Duthie & P.R. Katz (Eds.), *Practice of Geriatrics*. (3rd ed., pp. 145-157). Philadelphia: W.B. Saunders Company.

Agüero-Torres, H., et al. (1998). Dementia is the major cause of functional dependence in the elderly: 3 year follow-up data from a population-based study. *American Journal of Public Health*, 88(10), 1452-1456.

Ancoli-Israel, S., & Kripke, D.F. (1998). Sleep and aging. In E.H. I Duthie, & P.R. Katz. (Eds.), *Practice of Geriatrics*. (3 rd ed., pp. 237-243). Philadelphia: W.B. Saunders Company.

Andrews, G.R. (2001). Promoting health and function in an ageing population. *BMJ*, *322*, 728-729.

Atchley, R.C. (1980). *The social forces in later life*. (3 rd ed.). California: Wadworth Publishing Company.

Baines, E.M., & Oglesby, F.M. (1992). The elderly as caregivers of the elderly. *Holistic Nursing Practice*, *7*(1), 61-69.

Batehup, L., & Squires, A. (1991). Mobility. In S.J. Redfern (Ed.), *Nursing elderly people*. (pp. 115-145). Edinburgh: Churchill Livingstone.

Beckett, et al. (1996). Analysis of change in self-reported physical function among older persons in four population studies. *American Journal of Epidemiology*, *143*(8), 766-778.

Beckett, M. (2000). Converging health inequalities in later life an artifact of mortality selection. *Journal of Health and Social Behavior*, *41*(March), 106-119.

Bennett, K.M. (1998). Gender and longitudinal changes in physical activities in later life. *Age and Ageing*, *27*, 24-28.

Boland, C.S. (1996). Parish nursing: Addressing the significance of social support and spirituality for sustained health-promoting behaviors in the elderly. *JOURNAL OF HOLISTIC NURSING*, *16*(3), 355-388.

Bondevik, M., & Skogstad, A. (1998). The oldest old, ADL, social network, and loneliness. *Western Journal of Nursing Research*, *20*(3), 325-343.

Brunner, L.S., & Suddarth, D.S. (1982). *The Lippincott manual of nursing practice*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.

Burke, M.M., & Walsh, M.B. (1992). *Gerontologic Nursing: Care of the frail elderly*. St. Louis: Mosby Year Book.

Butler, F.R. (1987). Minority wellness promotion: A behavioral self management approach. *Journal of Gerontological Nursing*, *13*, 23 – 28.

Carnevali, D.L., & Patrick. (1993). *Nursing Management for the Elderly*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.



Carpenter, G.I., & Demopoulos, G.R. (1990). Screening the elderly in the community: Controlled trial of dependency surveillance using a questionnaire administered by volunteers. *BMJ*, *300*, 1253-1256.

Challis, D., et al. (2000). Dependency in older people recently admitted to care homes. *Age and Ageing*, *29*, 255-260.

Chandler, J., & Studenski, S. (1998). Exercise. In E.H. Duthie & P.R. Katz. (Eds.), *Practice of Geriatrics* (3 rd ed., pp. 131-144). New York: W.B. Saunders Company.

Clark, D. (1999). Physical activity and its correlates among urban primary care patients age 55 year and older. *Journal of Gerontology*, *54*, 41-48.

Cohen, R., Brownell, K., & Felix, M. (1995). Age and sex difference in health habit and beliefs of school children. *Health Psychology*, *9*, 208-224.

Conn, V.S. (1998). Older woman's beliefs about physical activity. *Public Health Nursing*, *15*(5), 370-378.

Davis, M.A., et al. (1997). Living arrangements, change in living arrangement, and survival among community dwelling older adults. *American Journal Public Health*, *87*, 371-377.

Dunlop, D.D., Hughes, S.L., & Manheim, L.M. (1997). Disability in activities of daily living: Patterns of change and a hierarchy of disability. *American Journal of Public Health*, *87*(3), 378-383.

Duthie, E.H. (1998). History and physical examination. In E.H. Duthie & P.R. Katz (Eds.), *Practice of geriatrics* (3 rd ed., pp. 3-14). Philadelphia: W.B. Saunders Company.

Eliopoulos, C. (1993). *Gerontological Nursing*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.

\_\_\_\_\_. (1997). *Gerontological Nursing*. (4 th). Philadelphia: J.B. Lippincott Company.

Ellis, J.K., & Newlis, E., A. (1994). *Nursing: A human needs approach*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.

Feldman, J.J., Makuc, D.M., Kleinman, J.C., & Cornoni-Huntley, J. (1989). National trends in educational differentials in mortality. *American Journal of Epidemiology*, *129*, 913-933.

- Ferrans, C.E., & Powers, M.J. (1985). Quality of life index: Development and psychometric properties. *Advanced in Nursing Science*, 8(10), 15-42.
- Ferraro, K.F. (1980). Self-rating of health among the old and the old-old. *Journal of Health and Social Behavior*, 21,371-383.
- Ferraro, K.F. (1993). Are black older adults health pessimistic?. *Journal of Health and Social Behavior*, 34, 201-214.
- Foster, M.F. (1992). Health promotion and life satisfaction in elderly black adults. *Western Journal of Nursing Research*, 14(4), 444-463.
- Frantz, R.A, & Kinney, C. K. (1986). Variable associated with skin dryness in the elderly. *Nursing reseach*, 35, 98 – 100.
- Fraser, G.E., & Sharlik, D.J. (1997). Risk factor for all-cause and coronary heart disease mortality in the oldest-old. *ARCH Intern Med*, 157, 2249-2258.
- Freedman, V.A., & Martin, L.G. (1998). Understanding trends in functional limitations among older American. *American Journal of Public Health*, 88(10), 1457-1461.
- Glass, T.A., Leon, C.M., Marttoli, R.A., & Berkman, L.F. (1999). Population based of social and productive activities as predictors of survival among elderly American. *BMJ*, 319, 478-483.
- Gochman, D.S. (1988). *Health behavior: Emerging research perspective* . New York: Plenn press.
- Guralnik, et al. (1993). Maintaining mobility in late life demographic characteristics and chronic conditions. *American Journal of Epidemiology*, 137(8), 845-857.
- Hass, J.E., et al. (1992). Simultaneous concept analysis of spiritual perspective hope acceptance and self transcendence. *IMAGE Journal of Nursing Scholarship*, 24, 141-147.
- Hay, D.P., Franson, K.L., Hay, L., & Grossberg, G.T. (1998). Depression. In E.H. Duthie & P.R. Katz. (Eds.), *Practice of Geriatrics*. (3 rd ed., pp. 286-294). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Hebert, R., Brayne, C., & Spiegelhelter, D. (1997). Incidence of functional decline and improvement in community-dwelling, very elderly population. *American Journal of Epidemiology*, 145(10), 935-944.

Hebert, R., Brayne, C., & Spiegelhalter, D. (1999). Factors associated with functional decline and improvement in a very elderly community-dwelling population. *American Journal of Epidemiology*, *150*(5), 501-510.

Henderson, V., & Nite, G. (1978). *Principles and practice of nursing* (6th ed.). New York: MacCamilla.

Heriot, C.S. (1992). Spiritual and aging. *Holistic Nursing Practice*, *7*(1), 22-31.

Hershey, L.A. (1998). Cerebrovascular disease. In E.H. Duthie, & P.R. Katz. (Eds.), *Practice of Geriatrics*. (3rd ed., pp. 328-335). Philadelphia: W.B. Saunders Company.

Ho, S.C. (1991). Health and social predictors of mortality in an elderly Chinese cohort. *American Journal of Epidemiology*, *133*(9), 907-921.

Jagger, C., Spiers, N.A., & Clarke, M. (1993). Factors associated with decline in function, institutionalization and mortality of elderly people. *Age and Ageing*, *22*, 190-197.

Kaplan, G.A., Seeman, T.E., Cohen, R.D., Knudsen, L.P., & Guralnik, J. (1987). Mortality among the elderly in the Alameda county study: Behavioral and demographic risk factors. *American Journal of Public Health*, *77*(3), 307-312.

Kim, J., Bramlett, M.H, Wrigh, L. K., & Poon, L. W. (1998). Racial difference in health status and health behavior of older adults. *Nursing research*, *47*(4), 243 – 249.

Krach, P., De Vaney, S., De Turk, C., & Zink, M.H.(1996). Functional status of the oldest – old in a home setting. *Journal of Advanced Nursing*, *24*, 456 – 464.

Krause, N., Ingersoll-Dayton, B., & Liang, J. (1999). Religion, social support, and health among Japanese elderly. *Journal of Health and Social Behavior*, *40*, 405-412.

Lafferriere, R.H., & Hamel-Bissell, B.P. (1994). *Journal of Nursing Scholarship*, *26*(4), 319-323.

Lee, P., Smith, J.P., & Kington, R. (1999). The Relationship of self – rated vision and hearing to functional status and well – being among seniors 70 years and older. *American Journal of Ophthalmology*, *127*(4), 447 – 452.

Linn, M.W., & Linn, B.S. (1987). Self – evaluation of life function of scale: A short, comprehensive self-report of health for elderly adults. *Journal of Gerontology*, *39*(5), 603 – 612.

- McDowell, I., & Newell, C. (1987). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires*. New York : Oxford University press.
- Melzer, (1999). Profile of disability in elderly people: Estimates from a longitudinal population study. *BMJ*, 318, 1108-1111.
- Michael, Y.L., Berkman, L.F., Colditz, G.A., & Kawachi, I. (2001). Living arrangement, social integration, and change in functional health status. *American Journal of Epidemiology*, 153(2), 123-131.
- Moritz, B.J., Kasl, S.V., & Berkman, L.F. (1995). Cognitive functioning and the incidence of limitations in activities of daily living in an elderly community sample. *American Journal of Epidemiology*, 141(1), 41-49.
- Muhlenkamp, A.F., & Sayles, J.A. (1986). Self-esteem, social support and positive health practice. *Nursing Research*, 35, 334-338.
- Musil, C.M., et al. (1998). Health problem and health action among community – dwelling older adults: Results of a health dialy study. *Nursing research*, 11(3), 138 – 147.
- Nesbitt, B.J., & Heidrich, S.M. (2000). Sens of coherence and illness appraisal in older woman's quality of life. *Research in Nursing & Health*, 23(1), 23-34.
- Orem, D.E. (1985). *Nursing: Concept of practice*. New York: McGrow – Hill Book Company.
- Palank, C.L. (1991). Determinants of health promotive behavior. *Nursing Clinics of North America*, 26(4), 815 – 832.
- Pascucci, M.A., & Loving, G.L. (1997). Ingredients of an old and healthy life. *Journal of Holistic Nursing*, 15(2), 199-213.
- Pender, N.J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3 rd ed.). Stamford: Appleton Lange.
- Pender, N.J., & Pender, A.R. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. (2 nd ed). Norwalk: Appleton of Lane.
- Pijls, T.J., Feskens, J.M., & Kromhout, D. (1993). Self-rated health, mortality and chronic disease in elderly men. *American Journal of Epidemiology*, 138, 840-848.
- Pothiban, et al. (1999). *Summary report on need assessment of the elderly in Chiang Mai city*. Chiang Mai: Faculty of Nursing Chiang Mai University.

Quinn, M.E., Johnson, M.A., Poon, L.W., & Martin, P. (1999). Psychosocial correlates of subjective health in sexagenarians, octogenarians, and centenarians. *Mental Health Nursing*, 20, 151-171.

Rabbitt. (1998). Aging of memory. In T. Raymon & F. Howard (Eds.), *Beviatric medicine and gerontology* (5 th ed., pp. 124-149) Philadelphia: Churchill Livingstone.

Redfern, S.J. (Ed.). (1991). *Nursing elderly people*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Resnick, B. (2000). Health promotion practices of the older adult. *Public health Nursing*, 17(3), 160-168.

Resnick, B., Palmer, M.H., Jenkins, L.S., & Spellbring, Ann Mavie. (2000). Path analysis of efficacy expectations and exercise behavior in older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 31(6), 1309-1315.

Rickelman, B.L., et al. (1994). Attachment and quality of life in older, community-residing men. *Nursing Research*, 43(2), 68-72.

Riffle, K.L., Yoho, J., & Sams, J. (1989). Health Promoting-behaviors, perceived social support, and self-reported health of appalachian elderly. *Public Health Nursing*, 6(4), 204-211.

Ross, C.F., & Wu, C. (1996). Education, age, and the commutative advantage in health. *Journal Health and Social Behavior*, 37, 104-120.

Ruffing-Rahal, M., & Wallace, J. (2000). Successful aging in a wellness group for older woman. *Health Care for Woman International*, 21, 267-275.

Sarvimaki, A., & Stenbock-Hult, B. (2000). Quality of life in old age described as a sense of well-being, meaning and value. *Journal of Advanced Nursing*, 32(4), 1025-1033.

Sarwari, A.R., Fredman, L., Langenberg, P., & Magaziner. (1998). Prospective study on the relation between living arrangement and change in functional health status of elderly woman. *American Journal of Epidemiology*, 147(4), 370-378.

Schaffer, K.F. (1981). *Sex role and human behavior*. Cambridge: Winthrop.

Shetterly, S.H., Baxter, J., Morgenstern, N.E., Grigsby, J., & Hamman, R.R. (1998). Higher instrumental activities of daily living disability in hispanics compared with non-hispanic wither in rural Colorado. *American Journal of Epidemiology*, 147(11), 1019-1027.

Shultz, C.M. (1984). Lifestyle assessment a tool for practice. *Nursing Clinics of North America*, 19(2), 271-281.

- Simons, L.A., McCallum, J., Friedlander, Y., & Simons, J. (2000). Healthy ageing is associated with reduced and delayed disability. *Age and Ageing*, 29, 143-148.
- Smith, J.A. (1983). *The idea of health*. Philadelphia: Teacher College.
- Speake, D.L., Cowart, M.E., & Pellet, K. (1989). Health perception and lifestyles of the elderly. *Research in Nursing & Health*, 12, 93-100.
- Staab, A.S., & Hodges, L.C. (1996). *Essential of gerontological nursing: Adeptation to the aging process*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Steiner, D., & Marcopulos, B. (1991). Depressing in the elderly. *Nursing Clinics of North America*, 26(3), 585-600.
- Stewart, A.L., & Ware, J.E. (1992). *Measuring function and well – being*. Philadelphia: Duck University Press.
- Supiano, M.A. (1998). Hypertension. In E.H. Duthie & P.R. Katz (Eds.), *Practice of geriatrics* (3 rd ed., pp. 375-382). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Tanner, E.K. (1991). Assessment of a health promotive lifestyle. *Nursing Clinics of North America*, 26(4), 845-853.
- Thomas, S. (1991). Eating and drinking. In S.J. Redfern. (Ed.), *Nursing elderly people*. (pp. 171-183). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Timreck, T.C. (1983). Law religions belife and health care in student health services. *Journal of School Health*, 58(3), 503-504.
- Tresch, D.D., & Jamali, I. (1998). Cardiac Disorders. In E.H. Duthie, & P.R. Katz. (Eds.), *Practice of Geriatrics*. (3 rd ed., pp. 353-373). Philadelphia: N.B. Saunders Company.
- United Nations. (1993). *The sex and age distribution of the world populations: The 1992 revision*. New York: United Nation,
- Veenstra, G. (2000). Social capital, SES and health: An individual-level analysis. [CD-ROM]. *Social Science Medicine*, 50(5), 619-629. Abstract from: Med-line: 0277-9536.
- Vetter, N.J., Lewis, P.A., & Llewellyn, L. (1992). Supporting elderly dependent people at home. *BMJ*, 334, 1290 – 1292.
- Viverais-Dresler, G., & Richardson, H. (1991). Well elderly perceptions of the meaning of health and their health promotion practices. *The Canadian Journal of Nursing Research*, 23(4), 55-71

Walker, S.N. (1992). Wellness for elders. *Holistic Nursing Practice*, 7(1), 38-45.

Walker, S.N., Sechrist, K.R., & Pender, N.J. (1987). The health promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 36(2), 76-81.

Walker, S.N., Volkan, K., Sechrist, K.R., & Pender, N. J. (1988). Health promoting lifestyles of older adults: Comparisons with young and middle – aged adults, correlated and patterns. *Advanced Nursing Science*, 11(1), 76 – 90.

Wang, His-Hung. (1999). Predictors of health promotion lifestyle among ethnic groups of elderly rural woman in Taiwan. *Public Health Nursing*, 16(5), 321-328.

Weinberger, M., et al. (1986). The effects of positive and negative life changes on the self-reported health status of elderly adults. *Journal of Gerontology*, 41(1), 114-119.

Willist, F.K., & Crider, D.M. (1988). Health rating and life satisfaction in the later middle years. *Journal of Gerontology* 43, 172 – 176.

Whittle, H., & Goldenberg, D. (1996). Functional health status and instrumental activities of daily living performance in noninstitutionalized elderly people. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 220-227.

Wong, M.L., Wee, S., Pin. C.H., Gan, G.L., & Ye, H.C. (1999). Sociodemographic and lifestyle factors associated with constipation in an elderly Asian community. *American Journal of Gastroenterology*, 94(5), 1283-1291.

Wold, G. (1993). *Basic Geriatric Nursing*. St. Louis: Mosby.

World Health Organization. (1947). *Constitution of the World Health Organization: Chronicle of the World Health Organization*. WHO.

Yasuda, N., et al. (1997). Relation of social network characteristics to 5-year mortality among young-old versus old-old white woman in on urban community. *American Journal of Epidemiology*, 145(6), 516-523.

Yurick, A.G., et al. (1989). *The age person and the nursing process*. New York: Century Crofts.

Zindler-Wernet, & Wein, S.J. (1987). Health locus of control and preventive health behavior. *Western Journal Nursing Research*, 9, 160-179.

ภาคผนวก



## ภาคผนวก ก

- ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ของกลุ่มตัวอย่าง
- ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของแบบแผนชีวิตในระดับต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง
- ตาราง 3 จำนวนและร้อยละจำแนกตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และกิจวัตรประจำวันนอกบ้านของกลุ่มตัวอย่าง
- ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจในระดับต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง
- ตาราง 5 ความสัมพันธ์ของการศึกษา ภาวะการมีโรคประจำตัวกับรายได้
- ตาราง 6 ความสัมพันธ์ของเพศ กับการศึกษา
- ตาราง 7 ความสัมพันธ์ของสถานภาพสมรสกับอายุ

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ของกลุ่มตัวอย่าง

สภาวะทางด้านร่างกาย	ไม่มี		มี	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. หวัด นำมูกไหล เช่น อากาศไอ	138	44.5	172	55.5
2. ไข้	235	75.8	75	24.2
3. อาการทางผิวหนัง เช่น คันเป็นแผล	269	86.8	41	13.2
4. หกคัม	284	91.6	26	8.4
5. กระจุกหัก	292	94.2	18	5.8
6. ตามัว	127	41.0	183	59.0
7. หูตึง	197	63.5	163	36.5
8. หน้ามืดเป็นลม	204	65.8	106	34.2
9. เวียนศีรษะ	195	62.9	115	37.1
10. เบื่ออาหาร	210	67.7	100	32.3
11. ท้องเสีย	264	85.2	46	14.8
12. ท้องอืด	253	83.6	57	18.4
13. ท้องผูกบ่อย	229	73.9	81	26.1
14. ปัสสาวะกระปริบกระปรอย	278	89.7	32	10.3
15. ปัสสาวะแสบขัด	286	92.3	24	7.7
16. ชาตามร่างกาย	223	71.9	87	28.1
17. ปวดตามข้อ	112	36.1	198	63.9
18. ปวดหลัง	93	30.0	217	70
19. ปวดเสียดท้อง	261	84.2	49	15.8
20. อ่อนเพลียไม่มีแรง	157	50.6	153	49.4
21. เหนื่อยง่าย	137	44.2	173	55.8
22. นอนหลับไม่สนิทบ่อย	179	57.7	131	42.3
23. ใช้เวลานานกว่าจะหลับ	181	58.4	129	41.6
24. ตื่นกลางดึกและหลับยาก	160	51.6	150	48.4
25. มีอาการคันตามตัว/มือ	267	86.1	197	13.9

ตาราง 1 (ต่อ)

สภาวะทางด้านจิตใจ	ไม่ใช่		ใช่	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ตัดสินใจปัญหาหรือทำสิ่งต่างๆ ได้ยาก	197	63.5	113	36.5
2. เรียนรู้สิ่งใหม่หรือสิ่งต่างๆ ได้ช้า	167	53.9	143	46.1
3. ไม่มีสมาธิในการคิดสิ่งต่างๆ	196	63.2	114	36.8
4. ไม่มีสมาธิในการทำกิจกรรมต่างๆ	211	68.1	99	31.9
5. อากาศหลงลืมง่าย	124	40.0	86	60.0
6. พุดและทำสิ่งต่างๆ ได้ช้าลง	97	24.8	233	75.2
7. ท่านรู้สึกว่าสิ่งต่างๆ ไม่น่าสนใจ	216	69.7	94	30.3
8. รู้สึกเป็นทุกข์	211	68.1	99	31.9
9. อึดกังวล	208	67.1	102	32.9
10. เครียดง่าย	213	68.7	97	31.3
11. ท้อแท้	241	77.7	69	22.3
12. หดหู่ใจ	249	80.3	61	19.7
13. อยากร้องไห้บ่อยๆ	268	86.5	42	13.5
14. รู้สึกหวาดกลัวในทุกๆ สิ่ง	279	90.0	31	10.0
15. รู้สึกว่าชีวิตตกต่ำ ไม่มีใครช่วยเหลือได้	260	83.9	50	16.1
16. วิตกกังวลหรือกลัวเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ	175	56.5	135	43.5
17. รู้สึกว่าไม่มีใครรักและให้ความสนใจ	262	84.5	48	15.5
18. รู้สึกเหงา โดดเดี่ยว	185	59.7	125	40.3
19. หงุดหงิด อุนเฉียว	245	79.0	65	21.0
20. เบื่อหน่าย ไม่ต้องการพบผู้คน	276	89.0	34	11.0

ตาราง 1 (ต่อ)

สภาวะทางด้านสังคม	ไม่ใช่		ใช่	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. พบปะพูดคุยกับเพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน ญาติ น้อยลง	212	68.4	98	31.6
2. ไปวัดหรือโบสถ์ หรือมีสยิดน้อยลง	164	52.9	146	47.1
3. เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น การไปร่วมงาน กุศลต่างๆ หรือไปร่วมงานประเพณีต่างๆ น้อยลง	170	54.8	140	45.2
4. สภาพร่างกายเป็นอุปสรรคในการร่วมกิจกรรม ทางสังคม	245	79.0	65	21.0
5. ไม่สามารถเข้ากับบุตรหลานได้	287	92.6	23	7.4
6. ไม่สามารถพูดคุยกับคู่สมรส/บุคคลใกล้ชิดได้ ทุกเรื่อง	220	71.0	90	29.0
7. สมาชิกในครอบครัวไม่เคยปรึกษา ขอความคิดเห็นท่าน	173	55.8	137	44.2
8. ท่านไม่ค่อยรู้ความเป็นไปทุกอย่างของครอบครัว	195	62.9	115	37.1
9. ท่านไม่ค่อยทราบข่าวความเป็นไปของสังคมที่ อยู่หรือข่าวสารบ้านเมือง	178	57.4	132	42.6
10. ท่านไม่เคยทำกิจกรรมต่างๆ เช่น ไปเที่ยว รับประทานอาหาร พร้อมกับสมาชิก ครอบครัวเลย	194	62.6	116	37.4

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละทางแบบแผนชีวิตในระดับต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อความ	มาก		ปานกลาง		น้อย	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต						
1. ท่านพึงพอใจกับความเป็นอยู่ ปัจจุบัน	110	35.5	182	58.7	18	5.8
2. ท่านยังรู้สึกว่าชีวิตนี้ยังมีค่าและ มีประโยชน์ต่อสังคมและผู้อื่น	101	32.6	176	56.8	33	10.6
3. ท่านมีความรู้สึกภูมิใจในตนเอง	130	41.9	157	50.6	23	7.5
4. ท่านเชื่อมั่นในความสามารถ ของตนเองในการทำงานต่างๆ	92	29.7	144	56.1	44	14.2
5. ท่านปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น ไปวัด โบสถ์ มัสยิด	99	31.9	112	36.2	99	31.9
6. ท่านได้อ่านหนังสือ ฟังเทศน์ หรือฟังบรรยายเกี่ยวกับธรรมะ	130	41.9	121	39.0	59	19.1
7. ท่านรู้สึกมีความสุขในชีวิต	115	37.1	178	57.4	17	5.5
ข้อความ	เป็นประจำ		เป็นบางครั้ง		ไม่เคย	
การดูแลรับผิดชอบสุขภาพ						
8. ท่านสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง อาการผิดปกติของร่างกายเสมอ	116	37.4	166	53.5	28	9.1
9. ท่านสนใจข่าวสารเกี่ยวกับ สุขภาพ	78	25.2	134	43.2	98	31.6
10. ท่านไปรับการตรวจร่างกาย กับแพทย์อย่างน้อยปีละครั้ง	56	18.1	75	30.6	159	56.3
11. ท่านดื่มเครื่องดื่มประเภท ชา กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง	13	4.2	40	12.9	257	82.9
12. ท่านสูบบุหรี่ หรือยาเส้น	54	17.4	39	12.6	217	70.0

## ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อความ	เป็นประจำ		เป็นบางครั้ง		ไม่เคย	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
13. ท่านดื่มสุรา	8	2.6	36	11.6	266	85.8
14. ท่านดูแลตัดเล็บมือ เล็บเท้าให้ สั้นและสะอาด	232	74.8	73	23.6	5	1.5
15. เมื่อมีเวลาหรือโอกาสท่านมี กิจกรรมทำเพื่อพักผ่อนหย่อนใจ เช่น ฟังวิทยุ, ดูโทรทัศน์	180	58.1	114	36.8	16	5.1
การออกกำลังกาย						
16. ท่านออกกำลังกาย เช่น เดิน ออกกายบริหารครั้งละ 25-30 นาทีหรือจนเหงื่อ ออกทุกครั้ง	85	27.4	132	42.6	93	30.0
17. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์	80	25.8	136	43.9	94	30.3
การรับประทานอาหาร						
18. ท่านรับประทานอาหารครบทั้ง มือ เช้า กลางวัน เย็น	277	89.4	31	10.0	2	0.6
19. ท่านรับประทานอาหารพวกผัก ผลไม้	264	85.2	46	14.8	-	-
20. ท่านรับประทานเนื้อปลา	161	51.9	143	46.2	6	1.9
21. ท่านรับประทานปลาเล็ก ปลาน้อย	102	32.9	142	61.9	16	5.2
22. ท่านรับประทานถั่ว หรือเต้าหู้	57	18.4	180	58.1	73	23.5
23. ท่านรับประทานขนมหวาน แดง กะทิ ของทอดมันๆ	41	13.2	193	62.3	76	24.5
24. ท่านรับประทานอาหารได้อร่อย	142	45.8	164	52.9	4	1.3
25. ท่านรับประทานอาหารเสริม เช่น คิม โอวัลติน นม หรือน้ำเต้าหู้	99	13.9	124	40.0	87	28.1

ตาราง 2 (ต่อ)

	เป็นประจำ		เป็นบางครั้ง		ไม่เคย	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
26. ท่านรับประทานวิตามินหรือ ผลิตภัณฑ์อาหาร	17	5.5	74	23.9	219	70.6
27. ท่านดื่มน้ำอย่างน้อย 6-8 แก้ว/วัน การสนับสนุนระหว่างบุคคล	155	50.0	112	36.1	43	13.9
28. ท่านเข้ากับบุตรหลานและบุคคล อื่นๆ ได้ดี	257	82.9	49	15.8	4	1.3
29. ท่านได้รับความรัก ความห่วงใย และการดูแล จากบุตรหลาน	251	81.0	56	18.0	3	1.0
30. ท่านไปมาหาสู่และพบปะพูดคุย กับเพื่อนฝูง หรือ ไปเยี่ยมเยียน บุตรหลาน ญาติพี่น้อง	144	46.5	112	36.1	54	17.4
31. ท่านร่วมทำกิจกรรมที่ชุมชนจัด เช่น งานบุญ ประเพณีต่างๆ การจัดการกับความเครียด	110	35.5	130	41.9	70	22.6
32. ท่านทราบสาเหตุที่ทำให้ ท่านเครียด	50	16.1	226	72.9	34	11.0
33. ท่านมีเรื่องไม่สบายใจหรือ กังวลใจ	62	20.0	223	71.9	25	8.1
34. เวลาที่มีเรื่องที่ไม่สบายใจท่าน สามารถทำให้หาย หรือลดลงโดย การใช้สมาธิหรือวิธีผ่อนคลาย อื่นๆ ที่ท่านปฏิบัติแล้วดีขึ้น	85	27.4	173	55.8	52	16.8
35. ท่านระบายความรู้สึกหรือปรึกษา บุคคลใกล้ชิดเมื่อมีเรื่องไม่ สบายใจ	73	23.6	169	54.5	68	21.9

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. การรับประทานอาหาร		
ไม่สามารถดักอาหารรับประทานเองได้	3	1.0
ต้องมีผู้ช่วยทำบางอย่าง	4	1.3
สามารถช่วยเหลือตนเองได้เป็นปกติ	303	97.7
2. การทำความสะอาดร่างกาย		
ต้องการความช่วยเหลือ	8	2.6
สามารถช่วยเหลือตนเองได้เป็นปกติ	302	97.4
3. การเคลื่อนตัวจากการอุกนั่งจากที่นอนไปยังเก้าอี้		
ไม่สามารถนั่งได้	6	1.9
ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้	2	0.6
ต้องการความช่วยเหลือบ้าง	12	4.0
สามารถช่วยเหลือตนเองได้เป็นปกติ	290	93.5
4. การใช้ห้องส้วม		
ช่วยเหลือตนเองไม่ได้	4	1.3
ต้องการความช่วยเหลือ	12	3.9
ช่วยเหลือตนเองได้ดี	294	94.8
5. การเดินบนพื้นราบ		
เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้	8	2.6
ต้องใช้รถเข็นช่วยเหลือตนเองให้เคลื่อนที่ได้	3	1.0
เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย	14	4.5
เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	285	91.9
6. การแต่งตัว (สวมและถอดเสื้อผ้า)		
ต้องมีคนสวมใส่ให้	5	1.7
สวมใส่เองได้บ้าง	15	4.8
สามารถสวมและถอดเสื้อผ้าได้เอง	290	93.5
7. การอาบน้ำด้วยตนเอง		
ต้องมีคนคอยช่วยเหลือ	11	3.5
สามารถอาบน้ำได้เอง	299	96.5



ตาราง 3 (ต่อ)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
8. ความสามารถในการขึ้นลงบันได 1 ชั้น		
ไม่สามารถทำได้	17	5.5
ต้องการคนช่วยเหลือ	28	9.0
สามารถขึ้นลงได้เอง	265	85.5
9. การควบคุมการถ่ายอุจจาระ		
ควบคุมการถ่ายอุจจาระไม่ได้	6	1.9
ต้องการความช่วยเหลือในการสอนหรือบางครั้งไม่สามารถควบคุมได้	5	1.6
สามารถควบคุมการถ่ายอุจจาระได้	299	96.5
10. การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ		
ควบคุมไม่ได้เลย	6	1.9
สามารถควบคุมได้บางครั้ง	8	2.6
สามารถควบคุมได้ปกติ	296	95.5

## จำนวนและร้อยละจำแนกตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้าน

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกบ้าน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน		
เดินไม่ได้	19	6.1
ใช้รถเข็นและช่วยเหลือตัวเองได้ หรือต้องการคนประคอง 2 ข้าง	3	1.0
ต้องการคนพยุง หรือไปด้วยตนเอง	21	6.8
เดินได้เอง	267	86.1
2. ทำหรือเตรียมอาหาร/หุงข้าว		
ทำไม่ได้	51	16.5
ต้องการคนช่วยในการทำ	20	6.5
ทำได้เอง	239	77.0

ตาราง 3 (ต่อ)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันนอกบ้าน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
3. ทำความสะอาดบ้าน/ซักรีดเสื้อผ้า		
ทำไม่ได้	70	22.6
ทำได้เอง	240	77.4
4. ทอนเงิน/แลกเงิน		
ทำไม่ได้	61	19.7
ทำได้เอง	249	80.3
5. ใช้บริการรถแท็กซี่/รถสองแถว		
ไม่สามารถทำได้	68	21.9
ทำได้แต่ต้องมีคนช่วยดูแลไปด้วย	67	21.6
ไปมาเองได้	175	56.5

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจในระดับต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อความ	ระดับความต้องการพึ่งพา					
	มาก		น้อย		ไม่ต้องการ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. การมีส่วนร่วมในกิจกรรม ต่างๆ ของครอบครัว	153	49.4	101	32.6	56	18.0
2. การแสดงความรักนับถือ ดูแล เอาใจใส่อย่างใกล้ชิด เช่น การกอด, สัมผัส	180	58.1	88	28.4	42	13.5
3. การมีบุคคลที่รักดูแลปรนนิบัติ เวลาเจ็บป่วย	215	69.4	67	21.6	28	9.0
4. การให้ความช่วยเหลือแก่ท่าน ทุกครั้งที่ต้องการ	194	62.6	82	26.5	34	10.9

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความต้องการพึ่งพา					
	มาก		น้อย		ไม่ต้องการ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
5. การรับฟังปัญหา ความรู้สึก และความคิดเห็น	148	47.7	111	35.8	51	16.5
6. การมีเวลาพบปะพูดคุยกับ บุตรหลานอย่างสม่ำเสมอ	185	59.7	90	29.0	35	11.3
7. การมีเวลาพบปะพูดคุยกับ เพื่อนฝูงและเพื่อนบ้านอย่าง สม่ำเสมอ	117	37.7	133	42.9	60	19.4
8. การมาเยี่ยมเยียนดูแลจาก บุตรหลานอย่างสม่ำเสมอ	178	57.4	57	28.1	45	14.5
9. การจัดหาสิ่งที่ผลิตเพลิน มาให้ เช่น หนังสือ เพลง	34	11.0	114	36.8	162	52.2
10. การพาไปเที่ยวสถานที่ชอบ	40	12.9	109	35.2	161	51.9
11. การพาไปทำบุญ/ร่วมกิจกรรม ทางสังคม เช่นงานแต่งงาน เป็นต้น	55	17.7	146	47.1	109	35.2
12. การหาไปพบปะเพื่อนฝูง	65	21.0	128	41.3	117	37.7
13. การให้เงินใช้จ่ายอย่างเพียงพอ ประจำวัน	160	51.6	101	32.6	49	15.8
14. การให้ค่าใช้จ่ายไว้สำหรับค่า รักษาพยาบาล เวลาเจ็บป่วย	174	56.2	45	30.6	41	13.2
15. การจัดหาเสื้อผ้า หรือสิ่งของที่ จำเป็นมาให้	62	20.0	115	37.1	133	42.9

ตาราง 5 ความสัมพันธ์ของการศึกษาภาวะการมีโรคประจำตัวกับรายได้

ตัวแปร	รายได้				$\chi^2$
	ต่ำกว่า 1,000 บาท/เดือน		สูงกว่า 1,000 บาท/เดือน		
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	
1. การศึกษา					14.23***
ไม่ได้เรียนหนังสือ	82	(26.45)	3	(0.97)	
เรียนหนังสือ	177	(57.10)	48	(15.45)	
2. ภาวะการมีโรคประจำตัว					
ไม่มี	227	(76.94)	33	(9.16)	16.57***
มี	32	(8.88)	18	(5.00)	

\*\*\* p &lt; .001

ตาราง 6 ความสัมพันธ์ของเพศกับการศึกษา

ตัวแปร	การศึกษา				$\chi^2$
	ไม่ได้เรียนหนังสือ		เรียนหนังสือ		
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	
เพศ					
ชาย	12	(3.87)	134	(43.26)	19.27***
หญิง	73	(23.55)	91	(29.35)	

ตาราง 7 ความสัมพันธ์ของสถานภาพสมรสกับอายุ

	อายุ (ปี)						$\chi^2$
	75-71		80-84		85 ปีขึ้นไป		
สถานภาพสมรส							
โสด ม้าย หย่า แยก	113	(36.45)	41	(13.22)	48	(15.48)	13.44***
คู่	83	(26.77)	13	(4.19)	12	(3.87)	

\*\*\* p &lt; .001

## ภาคผนวก ข

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามเพื่อการวิจัยเรื่อง : แบบแผนชีวิต ปัญหาสุขภาพ และความต้องการพึ่งพาของผู้สูงอายุตอนปลาย

คำชี้แจงแบบสอบถาม แบบสอบถามฉบับนี้ ใช้ในการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุตอนปลายที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป และมีความยินยอมในการทำวิจัย คำตอบที่ได้มาจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อท่านไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม และคำตอบที่ได้มาจากท่านจะเป็นความลับ และนำข้อมูลไปวิเคราะห์และหาแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ลดภาวะพึ่งพาในผู้สูงอายุตอนปลายต่อไป

แบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1	แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 16	ข้อ
ส่วนที่ 2	แบบสอบถามปัญหาสุขภาพ	จำนวน 55	ข้อ
ส่วนที่ 3	แบบสอบถามแบบแผนชีวิต	จำนวน 35	ข้อ
ส่วนที่ 4	แบบสอบถามความต้องการพึ่งพา		
	4.1 ความต้องการพึ่งพาด้านร่างกาย	จำนวน 15	ข้อ
	4.2 ความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจ	จำนวน 15	ข้อ
ส่วนที่ 5	คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับความต้องการพึ่งพาที่ได้รับ และไม่ได้รับจากครอบครัว		

แบบสอบถามเรื่องแบบแผนชีวิต ปัญหาสุขภาพ และความต้องการพึ่งพาของผู้สูงอายุตอนปลาย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุตอนปลาย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน ( ) หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตาม  
ความเป็นจริง

- |  |                        |              |
|--|------------------------|--------------|
|  |                        | ช่องผู้วิจัย |
|  |                        | [ ] [ ] [ ]  |
|  |                        | number       |
| 1. เพศ                                       |                        | [ ] sex      |
| ( ) 1. ชาย                                   | ( ) 2. หญิง            |              |
| 2. อายุ.....ปี                               |                        | [ ] [ ] age  |
| 3. สถานภาพสมรส                               |                        | [ ] mstatus  |
| ( ) 1. โสด                                   | ( ) 2. คู่             |              |
| ( ) 3. ม่าย                                  | ( ) 4. หย่า            |              |
| ( ) 5. แยกกันอยู่                            |                        |              |
| 4. เชื้อชาติ                                 |                        | [ ] race     |
| ( ) 1. ไทย                                   | ( ) 2. จีน             |              |
| ( ) 3. อื่นๆ ระบุ.....                       |                        |              |
| 5. ศาสนา                                     |                        | [ ] relig    |
| ( ) 1. พุทธ                                  | ( ) 2. คริสต์          |              |
| ( ) 3. อิสลาม                                | ( ) 4. อื่นๆ ระบุ..... |              |
| 6. ระดับการศึกษา                             |                        | [ ] edue 1   |
| ( ) 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ                    | (5) อื่นๆ ระบุ.....    |              |
| ( ) 2. ป.1 - ป.4                             |                        |              |
| ( ) 3. ป.5 - ป.7                             |                        |              |
| ( ) 4. มัธยมศึกษาขึ้นไป                      |                        |              |
| 7. ความสามารถในการอ่านและเขียน               |                        | [ ] edue 2   |
| ( ) 1. อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้                |                        |              |
| ( ) 2. อ่านได้ไม่คล่อง เขียนได้ไม่คล่อง      |                        |              |
| ( ) 3. อ่านได้คล่อง เขียนได้ไม่คล่อง         |                        |              |
| ( ) 4. อ่านได้ไม่คล่อง เขียนได้คล่อง         |                        |              |
| ( ) 5. อ่านได้คล่อง เขียนได้คล่อง            |                        |              |
| ( ) 6. อ่านออกเขียนได้ แต่ไม่ได้เข้าโรงเรียน |                        |              |

สำหรับผู้วิจัย

[ ] occup

## 8. อาชีพปัจจุบัน

- ( ) 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ ( ) 2. ข้าราชการบำนาญ  
 ( ) 3. เกษตรกรรม ( ) 4. ค้าขาย  
 ( ) 5. รับจ้าง ( ) 6. อื่นๆ ระบุ.....

## 9. รายได้ปัจจุบัน เฉลี่ยต่อเดือน

[ ] income 1

- ( ) 1. น้อยกว่า 1,000 บาท/เดือน ( ) 2. 1,000-3,000 บาท/เดือน  
 ( ) 3. 3,000 -5,000 บาท/เดือน ( ) 4. 5,000 บาทขึ้นไป

## 10. ความเพียงพอของรายได้

[ ] income 2

- ( ) 1. พอใช้จ่าย ( ) 2. ไม่พอใช้จ่าย  
 ( ) 3. เหลือใช้มีไว้เก็บ

## 11. แหล่งของรายได้

[ ] income 3

- ( ) 1. จากอาชีพ ( ) 2. จากบำนาญ  
 ( ) 3. จากบุตรหลาน ( ) 4. อื่นๆ ระบุ.....(ญาติ/เพื่อนบ้าน)

## 12. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใคร

[ ] stay

- ( ) 1. อยู่คนเดียว ( ) 2. บุตร/หลาน  
 ( ) 3. อยู่กับคู่สมรส ( ) 4. อื่นๆ ระบุ.....

## 13. ในการดำเนินชีวิตประจำวันขณะนี้ ท่านได้รับการช่วยเหลือจากใครมากที่สุด

[ ] help

- ( ) 1. บุตร/หลาน ( ) 2. คู่สมรส  
 ( ) 3. ญาติ/เพื่อนบ้าน ( ) 4. อื่นๆ ระบุ.....

## 14. สถานบริการสุขภาพที่ท่านเลือก ไปรักษาเป็นประจำเมื่อเจ็บป่วย

[ ] service

- ( ) 1. สถานีอนามัย ( ) 2. โรงพยาบาลของรัฐในชุมชน  
 ( ) 3. โรงพยาบาลของรัฐในจังหวัด ( ) 4. โรงพยาบาลเอกชน  
 ( ) 5. แพทย์แผนโบราณ ( ) 6. คลินิก  
 ( ) 7. อื่นๆ ระบุ.....

## 15. ท่านต้องรับประทานยาเพื่อรักษาโรคประจำตัวหรืออาการเจ็บป่วย เรื้อรังหรือไม่

[ ] drug

- ( ) 1. ไม่มี ( ) 2. มี ระบุชื่อยา(ถ้าทราบ)...../  
 หรือจำนวนชนิดที่ใช้.....

ระยะเวลาที่ใช้.....

[ ] drug rate



16. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

( ) 1. ไม่มี

( ) 2. มี ระบุระยะเวลาที่เป็น.....

ความดันโลหิตสูง

โรคหัวใจ

เบาหวาน

ต้อกระจก

ต้อเนื้อตา

โรคเกี่ยวกับหู

ไขข้ออักเสบ ข้อเสื่อม

ปวดหลัง/เอว

วัณโรค

หอบหืด

โรคกระเพาะ

โรคตับ

กระดูกหัก

มะเร็ง

อัมพาต

สำหรับผู้วิจัย

[ ] disease

[ ] BP

[ ] health

[ ] DM

[ ] glauco

[ ] eye

[ ] ear

[ ] joint

[ ] back

[ ] TB

[ ] asthma

[ ] peptic

[ ] hep

[ ] fracture

[ ] cancer

[ ] stroke

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุตอนปลาย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย/ลงในช่องว่างที่ตรงกับคำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์

1. สภาวะทางด้านร่างกาย

ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการ/อาการแสดง ต่อไปนี้หรือไม่

ข้อความ	มี	ไม่มี
1. หัวใจ น้ำมูกไหล		
2. ไข้		
.		
.		
.		
25. มีอาการคันตามตัว/มือ		

2. สภาวะทางด้านจิตใจ

ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการต่อไปนี้เกิดค่อนข้างบ่อยหรือเป็นประจำหรือไม่

ข้อความ	ไม่ใช่	ใช่
1. คิดถึงใจปัญหาหรือทำสิ่งต่างๆ ได้ยาก		
2. เรียนรู้สิ่งใหม่หรือสิ่งต่างๆ ได้ช้า		
.		
.		
.		
.		
20. เบื่อหน่าย ไม่ต้องการพบผู้คน		

## 3. สถานะทางด้านสังคม

ข้อความ	ไม่ใช่	ใช่
1. ไม่สามารถไปพบปะพูดคุยกับเพื่อนฝูง เพื่อนบ้านได้เป็นประจำ		
2. ไปวัดหรือ โบสถ์ หรือมัสยิดไม่ได้เหมือนเดิมสม่ำเสมอ		
.		
.		
.		
.		
.		
.		
.		
.		
.		
10. ท่านไม่เคยมีกิจกรรมทำร่วมกับสมาชิกในครอบครัวทุกวัน		

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุตอนปลาย

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ต้องการทราบพฤติกรรมทางด้านสุขภาพของท่านที่ท่านปฏิบัติเป็นประจำ ท่านพิจารณาว่าข้อใด ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ทำเครื่องหมาย / ลงใน ช่องว่างของข้อความแต่ละข้อความ

ข้อความ	มาก	ปานกลาง	น้อย
<p>ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต</p> <p>1. ท่านพึงพอใจกับความเป็นอยู่ปัจจุบัน</p> <p>2. ท่านยังรู้สึกว่าชีวิตนี้ยังมีค่า และมีประโยชน์ต่อสังคมและผู้อื่น</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>7. ท่านรู้สึกมีความสุขในชีวิต</p> <p>การดูแลรับผิดชอบสุขภาพ</p> <p>8. ท่านสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอาการผิดปกติของร่างกายเสมอ</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>15. เมื่อมีเวลาหรือโอกาสท่านมีกิจกรรมทำเพื่อพักผ่อนหย่อนใจ เช่น ฟังวิทยุ, ดูโทรทัศน์</p>			

ข้อความ	เป็นประจำ	เป็นบางครั้ง	ไม่เคย
การออกกำลังกาย			
16. ท่านออกกำลังกาย เช่น เดิน ออกกำลังกายบริหารครั้งละ 25-30 นาทีหรือจนเหงื่อ ออกทุกครั้ง			
17. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์			
การรับประทานอาหาร			
18. ท่านรับประทานอาหารครบทั้ง มือ เช้า กลางวัน เย็น			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
27. ท่านดื่มน้ำอย่างน้อย 6-8 แก้ว/วัน			
การสนับสนุนระหว่างบุคคล			
28. ท่านเข้ากับบุตรหลานและบุคคล อื่นๆ ได้ดี			
.			
.			
31. ท่านร่วมทำกิจกรรมที่ชุมชนจัด เช่น งานบุญ ประเพณีต่างๆ			

ข้อความ	เป็นประจำ	เป็นบางครั้ง	ไม่เคย
<p>การจัดการกับความเครียด</p> <p>32. ท่านทราบสาเหตุที่ทำให้ท่านเครียด</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>35. ท่านระบายความรู้สึกหรือปรึกษาบุคคลใกล้ชิดเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ</p>			

#### ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความต้องการพึ่งพาของผู้สูงอายุตอนปลาย

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 2 ตอน คือ แบบสอบถามวัดภาวะพึ่งพาทางด้านร่างกาย และแบบสอบถามความต้องการพึ่งพาด้านจิตใจสังคมและเศรษฐกิจของผู้สูงอายุตอนปลาย โปรดใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องว่างของข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

##### ตอนที่ 1 แบบวัดภาวะพึ่งพาทางด้านร่างกาย

##### 1. การรับประทานอาหาร

- ( ) 0. ไม่สามารถรับประทานอาหารรับประทานเองได้ ต้องมีคนป้อน  
เนื่องจาก.....  
ผู้ช่วยเหลือคือ.....
- ( ) 1. ต้องมีผู้ช่วยทำบางอย่างให้ เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็กๆ
- ( ) 2. สามารถรับประทานอาหารรับประทานและช่วยเหลือตนเองได้เป็นปกติ

##### 2. การทำความสะอาดร่างกาย

- ( ) 0. ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น  
เนื่องจาก.....  
ผู้ช่วยเหลือ.....
- ( ) 1. สามารถล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด โดยไม่ต้องมีคนช่วย

##### 3. การเคลื่อนตัวจากการลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้

- ( ) 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น)  
เนื่องจาก.....  
ผู้ช่วยเหลือ.....
- ( ) 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรง 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คน พยุง หรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
- ( ) 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
- ( ) 3. ช่วยเหลือตนเองได้ดี

##### 4. การใช้ห้องส้วม

- ( ) 0. ช่วยตนเองไม่ได้ เนื่องจาก.....  
ผู้ช่วยเหลือคือ.....
- ( ) 1. ต้องการความช่วยเหลือ อาจเพราะทรงตัวไม่ปกติ ถอดหรือใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้
- ( ) 2. ช่วยเหลือตนเองได้ดี สามารถขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมได้เอง ทำความสะอาดได้เรียบร้อย หลังจากเสร็จธุระ ถอดและใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย

## 5. การเดินบนพื้นราบ

- ( ) 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้  
เนื่องจาก.....  
ผู้ช่วยเหลือคือ.....
- ( ) 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยเหลือตนเองให้เคลื่อนที่ได้ (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะเข้าออก  
มุมห้องหรือประตูได้
- ( ) 2. เดินหรือเคลื่อนที่ได้โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ปฏิบัติตาม
- ( ) 3. เดินหรือเคลื่อนได้เอง

## 6. การแต่งตัว (สวมและถอดเสื้อผ้า)

- ( ) 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตนเองไม่ได้หรือได้น้อย
- ( ) 1. สวมใส่เองได้บ้างอย่างน้อยครั้งหนึ่งของกิจกรรมที่เหนือต้องมีคนช่วย เช่น  
การติดกระดุม รูดซิป
- ( ) 2. สามารถสวมและถอดเสื้อผ้าได้เอง (รวมทั้งติดกระดุม รูดซิป)

## 7. การอาบน้ำด้วยตนเอง

- ( ) 0. ต้องมีคนคอยช่วยเหลือ  
เนื่องจาก.....  
ผู้ช่วยเหลือคือ.....
- ( ) 1. สามารถอาบน้ำได้เอง จากฝักบัว ชัน ทุกขั้นตอนของการอาบน้ำ ใช้ผ้าเช็ดตัวด้วย  
ตนเอง โดยไม่ต้องมีคนคอยช่วยเหลือ

## 8. ความสามารถในการขึ้นลงบันได 1 ชั้น

- ( ) 0. ไม่สามารถทำได้  
เนื่องจาก.....  
ผู้ช่วยเหลือคือ.....
- ( ) 1. ต้องการคนช่วยเหลือ
- ( ) 2. สามารถขึ้นลงได้เอง

## 9. การควบคุมการถ่ายอุจจาระ

- ( ) 0. ควบคุมการถ่ายอุจจาระไม่ได้ ต้องสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- ( ) 1. ต้องการความช่วยเหลือในการสวนอุจจาระ หรือบางครั้ง อาจไม่สามารถควบคุมการ  
ถ่ายอุจจาระได้
- ( ) 2. สามารถควบคุมการถ่ายอุจจาระได้ อาจมีการสวนอุจจาระ ด้วยตนเองได้ ถ้าจำเป็น



## 10. การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ

- ( ) 0. ควบคุมไม่ได้เลยต้องใส่สายยางสวนปัสสาวะ
- ( ) 1. สามารถควบคุมได้เป็นบางครั้ง ต้องการความช่วยเหลือบางครั้ง
- ( ) 2. สามารถควบคุมได้ปกติ

## 11. เดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน

- ( ) 0. เดินไม่ได้
- ( ) 1. ใช้รถเข็น และช่วยเหลือตัวเองได้ หรือต้องการคนประคอง 2 ข้าง
- ( ) 2. ต้องการคนช่วยพยุง หรือไปด้วยตนเอง
- ( ) 3. เดินได้เอง (รวมทั้งที่ใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker)

## 12. ทำหรือเตรียมอาหาร/หุงข้าว

- ( ) 0. ทำไม่ได้
- ( ) 1. ต้องการคนช่วยในการทำ หรือจัดเตรียมการบางอย่างไว้ให้ล่วงหน้าจึงจะทำได้
- ( ) 2. ทำได้เอง

## 13. ทำความสะอาดบ้าน/ซักรีดเสื้อผ้า

- ( ) 0. ทำไม่ได้/ต้องมีคนช่วย
- ( ) 1. ทำได้เอง

## 14. ทอนเงิน/แลกเงิน

- ( ) 0. ทำไม่ได้ต้องมีคนช่วย
- ( ) 1. ทำได้เอง

## 15. ใช้บริการรถเมล์ รถสองแถว

- ( ) 0. ไม่สามารถทำได้
- ( ) 1. ทำได้แต่ต้องมีคนช่วยดูแลไปด้วย
- ( ) 2. ไปมาเองได้

ตอนที่ 2 ความต้องการพึ่งพาด้านจิตสังคม และเศรษฐกิจ

ข้อความ	ระดับความต้องการพึ่งพา		
	มาก	น้อย	ไม่ต้องการ
1. การมีส่วนร่วมในกิจกรรม ต่างๆ ของครอบครัว			
2. การแสดงความรักนับถือ ดูแล เอาใจใส่อย่างใกล้ชิด เช่น การกอด, สัมผัส			
15. การจัดหาเสื้อผ้า หรือสิ่งของที่ จำเป็นมาให้			

ส่วนที่ 5 คำถามปลายเปิด

ท่านได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวตามที่ท่านต้องการหรือไม่ .....

.....  
.....  
.....

อะไรที่ได้.....

.....  
.....  
.....

อะไรที่ไม่ได้.....

.....  
.....  
.....

## ภาคผนวก ก

## ใบพิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่เข้าวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิโดยการแนะนำตัวและชี้แจงก่อนการคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างดังนี้

“สวัสดิ์ค๊ะ คิฉินชื่อ นางสาวอรนุช ธรรมสอน เป็นนักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนชีวิต ปัญหาสุขภาพ และความต้องการพึ่งพาของผู้สูงอายุตอนปลาย เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการสนับสนุน และส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป จะขออนุญาตสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามโดยใช้เวลาประมาณ 90 นาที ท่านมีสิทธิ์ตอบรับหรือปฏิเสธการสัมภาษณ์ครั้งนี้ได้ และในระหว่างการสัมภาษณ์หากท่านไม่พอใจ หรือไม่ต้องการที่จะสัมภาษณ์ต่อจนครบ ท่านสามารถยกเลิกการสัมภาษณ์ได้ โดยจะไม่มีผลใดๆ และคำตอบของท่านคิดฉันถือว่าเป็นความลับ โดยจะแสดงให้ผู้อื่นทราบเป็นผลรวมต่อการวิจัยเท่านั้น

ขอขอบคุณค่ะที่ให้ความร่วมมือ

## ภาคผนวก ง

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- |                    |                 |  |
|--------------------|-----------------|--|
| 1. ศส. พญ. สาวิตรี | อัมภางค์กรชัย   | ภาควิชาจิตเวช คณะแพทยศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์                              |
| 2. ศส.ดร. ถิ่นจง   | โปธิบาล         | ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ<br>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่         |
| 3. ศส. ดร. วิภาวี  | คงอินทร์        | ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์<br>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์              |
| 4. ดร. เพ็ญพิศ     | ฐานิวัฒน์นันท   | ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์<br>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์              |
| 5. ดร. สาวิตรี     | กิมชัยอรุณเรือง | ภาควิชาการบริหารการพยาบาลและบริการพยาบาล<br>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |

## ภาคผนวก จ

## การกำหนดตัวแปรหุ่น

เนื่องจากผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้กำหนดตัวแปรหุ่นในการวิเคราะห์ดังนี้

## เพศ

กำหนดให้เพศชาย = 1

กำหนดให้เพศหญิง = 0

## สถานภาพสมรส

กำหนดให้สถานภาพสมรสคู่ = 1

กำหนดให้สถานภาพสมรสอื่นๆ = 0

## การศึกษา

กำหนดให้ได้รับการศึกษา = 1

กำหนดให้ไม่ได้รับการศึกษา = 0

## รายได้

กำหนดให้มีรายได้น้อยกว่า 1,000 บาท = 1

กำหนดให้รายได้อื่นๆ = 0

## ภาวะการมีโรคประจำตัว

กำหนดให้มีโรคประจำตัว = 1

กำหนดให้ไม่มีโรคประจำตัว = 0

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ นางสาวอรนุช ธรรมสอน

วัน เดือน ปีเกิด 13 กรกฎาคม 2515

## วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์	วิทยาลัยพยาบาลพระบรมราชชนนี พุทธชินราช พิษณุโลก	2538

## ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพระดับ 4
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลท่าสองยาง อ. ท่าสองยาง จ.ตาก (055) 589020