

ส่วนที่ 2

ความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุและครอบครัวใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการบริการสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของ ผู้สูงอายุและครอบครัวใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 396 ราย ที่สุ่มเลือกจากผู้สูงอายุใน 5 จังหวัด และสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุที่ทำหน้าที่ดูแลและใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ จำนวน 396 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ แบบสัมภาษณ์ ซึ่งประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับสุขภาพและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบสัมภาษณ์การรับรู้ด้านจิตสังคม แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพ แบบสัมภาษณ์ความต้องการบริการสุขภาพ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของสมาชิกในครอบครัว แบบสัมภาษณ์การรับรู้ของญาติต่อภาวะจิตสังคมของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวต่อการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้สูงอายุและครอบครัวมีความต้องการต่อบริการสุขภาพที่คล้ายคลึงกัน แต่ครอบครัวมีความต้องการมากกว่าผู้สูงอายุ บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพที่ทั้งผู้สูงอายุและครอบครัวต้องการในระดับมาก ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนสำหรับผู้สูงอายุ การปฏิบัติธรรมและข่าวสารสุขภาพทางโทรทัศน์ สำหรับด้านป้องกันโรค ได้แก่ การตรวจสุขภาพประจำปี คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้วิตามินและอาหารเสริม การปรับปรุงที่อยู่อาศัย บริการด้านการศึกษา ได้แก่ การมีแพทย์และพยาบาลมาให้บริการตรวจรักษาที่สถานอนามัย การมีบริการตรวจรักษาที่บ้าน มีร้านขายยาและแพทย์แผนโบราณในหมู่บ้าน สำหรับบริการด้านฟื้นฟูสมรรถภาพที่ต้องการระดับมาก ได้แก่ การสอนสมาชิกในครอบครัวทำกายภาพบำบัดให้ผู้สูงอายุ การมีบริการกายภาพบำบัดที่บ้าน และยานพาหนะรับส่งระหว่างบ้านและสถานบริการ

2. ปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้สูงอายุต่อบริการสุขภาพโดยรวม ในสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ที่ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ จำนวนอาการไม่สบาย การยังคงประกอบอาชีพ และการนับถือศาสนาอิสลาม ปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์ทางบวกและอธิบายความแปรปรวนของความ ต้องการของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 11, 5, 3 และ 3 ตามลำดับ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูง จำนวนอาการไม่สบายมาก ยังคงประกอบอาชีพ และนับถือศาสนาอิสลาม มีแนวโน้มที่จะมีความต้องการบริการสุขภาพสูง

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความ ต้องการของครอบครัวต่อบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ในสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ที่ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพและจำนวนอาการไม่สบายของผู้สูงอายุ การศึกษาที่สูงกว่าประถมศึกษาของครอบครัว และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันค่อนเองของ ผู้สูงอายุ ปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์ทางบวกและอธิบายความแปรปรวน ความต้องการของครอบครัว ได้ร้อยละ 9, 8, 5 และ 2 ตามลำดับ กล่าวคือ สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุที่มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูง จำนวนอาการไม่สบายมาก และมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันค่อนเองสูง ประกอบกับการศึกษาของตนเองสูงกว่าประถมศึกษาจะมีแนวโน้มที่จะมีความต้องการบริการสุขภาพสูง

ผลการวิจัยให้ข้อเสนอแนะการจัดการบริการสุขภาพที่ครอบคลุมและสนองความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว และสะท้อนลักษณะกลุ่มผู้สูงอายุและครอบครัวที่แสดงความต้องการบริการสุขภาพมาก

คำสำคัญ ความต้องการบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุ ครอบครัว

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เป็นที่ประจักษ์ว่าการเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายมีเพิ่มขึ้นตามวัยที่เพิ่มขึ้น และปรากฏให้เห็นชัดเจนเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (Eliopoulos, 1997) เช่น การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง ผม ขี้ด กระดุก การมองเห็น การได้ยิน และความคล่องตัวในการเคลื่อนไหวการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ผลการสำรวจผู้สูงอายุไทย (จันทร์เพ็ญ, 2540) พบว่า ความเจ็บป่วยในผู้สูงอายุที่พบบ่อยคือ โรคปวดเมื่อยหลังเอว ความดันโลหิตสูง โรคข้อเสื่อม โรคกระเพาะ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคตา อัมพาต เป็นต้น นอกจากนี้ ร้อยละ 1.7 ของผู้สูงอายุยังมีปัญหาทุพพลภาพ (สุทธิชัย, 2537) การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายทำให้มีข้อจำกัดต่อการมีกิจกรรมในสังคม มีเวลาและอยู่กับตนเองมากขึ้น ประกอบกับการเกษียณอายุจากการทำงาน และการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้เป็นเหตุชักนำให้ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวล ว้าวุ่น และเศร้าซึมได้ สภาพจิตใจอารมณ์เหล่านี้จะย้อนกลับไปทำให้ภาวะเจ็บป่วยทางร่างกายเลวลงอีก (Eliopoulos, 1997) ฉะนั้น ผู้สูงอายุจึงต้องการการดูแล สุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การส่งเสริมสุขภาพเพื่อชะลอกระบวนการเสื่อมถอยของร่างกาย ตลอดจนการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อดำรงไว้ซึ่งความเป็นปกติสุข

ในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา จำนวนประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ และเทคโนโลยี ได้มีการคาดว่าจำนวนประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น 2 เท่าหรือประมาณ 8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ในปี 2543 (จันทร์เพ็ญ, 2538) รัฐได้ตระหนักถึงความต้องการการบริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้น และได้จัดบริการสุขภาพเฉพาะแก่กลุ่มผู้สูงอายุ เช่น คลินิกผู้สูงอายุ การสนับสนุนการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน ตลอดจนการจัดตั้งสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ จะเห็นว่าการจัดบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในประเทศไทย ยังมีจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งมีประชากรผู้สูงอายุมากมีรูปแบบในการให้บริการที่หลากหลาย ทั้งในส่วนที่เกี่ยวกับสุขภาพ เช่น ส่วนที่ส่งเสริม คุณภาพชีวิต เช่น การบริการในการเดินทางซื้ออาหาร จัดอาหาร การทำความสะอาดที่อยู่อาศัย (Collin et. al 1997) เป็นต้น เนื่องจากผู้สูงอายุในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้วมักจะอยู่ตามลำพังหรือกับคู่สมรสเท่านั้น ในประเทศไทยผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่อาศัยกับบุตรหลาน (จันทร์เพ็ญ, 2540) และสังคมยังคงหวงครอบครัวไว้มีส่วนรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุ ตามวัฒนธรรมประเพณีที่สืบทอดมา อย่างไรก็ตามจากสภาพสังคมที่เปลี่ยนไป ครอบครัวไทยมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น เนื่องจากบุตรหลานต้องไปทำงานในเมือง ผู้สูงอายุอยู่กันตามลำพังมากขึ้น กรณีที่ผู้สูงอายุ อยู่กับบุตรหลานและบุตรหลานต้องทำงานในช่วงกลางวัน ผู้สูงอายุอาจต้องอยู่ตามลำพังซึ่งอาจทำให้ รู้สึกเหงา เบื่อหน่าย หากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง สมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลจะมีความกังวล ห่วงใย เมื่อต้องทิ้งผู้สูงอายุไว้ตามลำพัง ในประเทศไทยได้มีการศึกษาความต้องการของ ผู้สูงอายุในหลายลักษณะ เช่น

เสาวภา (2539) ศึกษาความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่า ร้อยละ 90.6 ต้องการบริการด้านตรวจรักษาโรคและการพยาบาลดูแลในระหว่างการเจ็บป่วย

อมรรัตน์ และคณะ (2530) ศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย การพักผ่อน อารมณ์และจิตใจ ความสัมพันธ์ในครอบครัว และความเจ็บป่วย

ประนอมและคณะ (2537) ศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุในชมรมและสถานสงเคราะห์ พบว่า สมาชิกชมรมผู้สูงอายุต้องการคำแนะนำและปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องเพศ การตรวจเช็คสุขภาพ เช่น การตรวจไขมันในเลือด การตรวจสายตา การตรวจภาวะซีดของร่างกาย การตรวจทรวงอกด้วยเอกซเรย์ และการตรวจการได้ยิน สำหรับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ พบว่า มีปัญหาเสริมถึงร้อยละ 71.2 มีความต้องการการพยาบาลในเรื่องสุขวิทยาของเล็บ ผิวหนัง การพยาบาลในเรื่องกระดูกและข้อ เหงือกและฟันและการขับถ่ายปัสสาวะ

จรัสวรรณและคณะ (2540) ศึกษาความต้องการการบริการของผู้สูงอายุเขตบางกอกน้อย พบว่า ร้อยละ 81.5 ต้องการการบริการจากโครงการดูแลผู้สูงอายุกลางวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้าน สุขภาพอนามัย

ผลการศึกษาดังกล่าวมีความหลากหลายในลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และมิติของความต้องการ แต่ยังไม่สะท้อนความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่ชัดเจน โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมาย ในการจัดบริการสุขภาพหรือบริการสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งมีอยู่ 4 ประการคือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสมรรถภาพ สุทธิชัย (2537) ได้เสนอแผนกลยุทธ์ ของการให้บริการแก่ผู้สูงอายุในประเทศไทยว่า การบริการควรเน้นการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และลดความเสี่ยงของกระบวนการชราภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ในชุมชนได้ และเห็นว่าการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ดูแลเป็นความจำเป็น เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนการจัดบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว อนึ่งการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องยังไม่พบรายงานการศึกษาความต้องการของครอบครัวผู้สูงอายุเกี่ยวกับบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุทั้งที่ครอบครัวเป็นหน่วยสำคัญในสังคมไทยที่ยังทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ แคฟเฟอรี (Cafferey, 1992) ได้ศึกษา การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวไทย พบว่า มี 4 ระดับ ตามอายุของผู้สูงอายุคือ

ระดับที่ 1 การรับผิดชอบเป็นหัวหน้าครอบครัวแทนผู้สูงอายุ อายุเฉลี่ยที่ผู้สูงอายุปลดตนเองจากการเป็นหัวหน้าครอบครัวคือ อายุ 67 และหยุดทำงานไรรุ่นเมื่ออายุ 65 ปี แต่ยังคงช่วยเหลืองานในบ้าน เช่น ดูแลหลาน ทำความสะอาด ทำอาหาร และพิธีกรรมเกี่ยวกับศาสนา

ระดับที่ 2 เมื่อผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลืองานในบ้านและงานทางศาสนา โดยทั่วไปจะพบในผู้ที่อายุ 75 ปีขึ้นไป

ระดับที่ 3 เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย ครอบครัวต้องรับภาระดูแล ภาวะนี้อาจเป็นชั่วคราวหรือ ต่อเนื่องก็ได้ขึ้นกับสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ระดับที่ 4 การดูแลงานศพของผู้สูงอายุเมื่อถึงแก่กรรม

การดูแลผู้สูงอายุ ครอบครัวจะรับผิดชอบเกี่ยวกับการจัดอาหาร การทำความสะอาดเสื้อผ้าที่นอนของผู้สูงอายุ ตลอดจนกระโถนสำหรับขับถ่าย เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยพาไปรับการรักษา ดูแลการ รับประทานยา และสุขอนามัยของผู้สูงอายุ แคฟเฟอรี (1992) ได้ถามผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุตรสาวว่า มีปัญหาเรื่องการจัดการเวลา และรู้ดีว่าเป็นภาระหรือไม่ มีเพียงหนึ่งในสี่ของผู้ดูแลเท่านั้นที่มีปัญหาเรื่องเวลา ส่วนใหญ่เห็นว่าการดูแลผู้สูงอายุไม่ได้เป็นภาระหนัก เพราะสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้านช่วยเหลือและผู้ดูแลเองมีสุขภาพดี

จะเห็นได้ว่าครอบครัวยังมีบทบาทสำคัญหากในการดูแลผู้สูงอายุ คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาถึงความต้องการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ที่ครอบคลุมด้านการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุและครอบครัวผู้สูงอายุ ตลอดจน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งได้แก่ สงขลา ปัตตานี ยะลา นราธิวาส และสตูล ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีประชากรซึ่งมีความหลากหลายในด้าน

ความเชื่อวัฒนธรรมและวิถีชีวิต เช่น ชุมชนประมง ชุมชนสวนยาง ชุมชนอุตสาหกรรม ชุมชนเมือง ชุมชนไทยจีน ชุมชนไทยพุทธ และชุมชนมุสลิม เป็นต้น ความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรมที่สืบทอด ตลอดจนวิถีชีวิตซึ่งเชื่อมโยงกับการประกอบอาชีพ น่าจะเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุและสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุกับครอบครัว อันจะส่งผลสะท้อนต่อความต้องการการบริการสุขภาพ คณะผู้วิจัยจึงเลือก 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นพื้นที่ในการศึกษาครั้งนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสำรวจความต้องการการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุและครอบครัว
2. เปรียบเทียบความต้องการของผู้สูงอายุและญาติต่อการบริการสุขภาพ
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความต้องการการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุและครอบครัว

กรอบแนวคิดการวิจัย

ความต้องการการบริการสุขภาพในการศึกษาครั้งนี้ ครอบคลุมความต้องการการบริการสุขภาพด้านส่งเสริมสุขภาพ ด้านป้องกันโรค ด้านการรักษาพยาบาล และด้านฟื้นฟูสมรรถภาพ

การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดี โดยมีระดับของการส่งเสริมสุขภาพ 4 ระดับคือ สิ่งแวดล้อม สังคม องค์กร และบุคคล (Pike, 1995) กลยุทธ์สำคัญที่ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพคือ การให้สุขศึกษาและการกำหนดนโยบายสุขภาพสาธารณะ โดยมีสูตรของการส่งเสริมสุขภาพ (Tones, 2001) ดังนี้

การส่งเสริมสุขภาพ = นโยบายสุขภาพสาธารณะ x การให้สุขศึกษา

นโยบายสุขภาพสาธารณะ มีความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพในระดับ สิ่งแวดล้อม และสังคมมาก เกี่ยวข้องกับการออกกฎหมาย กำหนดวิธีการการจัดการทางสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม เพื่อเอื้ออำนวยต่อภาวะสุขภาพดี หรือสุขภาพ

การให้สุขศึกษา เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย การให้สุขศึกษาที่มีประสิทธิภาพ สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของความรู้ความเข้าใจ วิถีคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติ วิธีการให้สุขศึกษามีหลากหลายวิธีและรูปแบบ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และขอบเขตของกลุ่มเป้าหมาย

การส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ มีเป้าหมายเพื่อรักษาไว้ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ประจำวันได้ด้วยตนเอง มีความสุขและพึงพอใจในตนเอง มีความเชื่อมั่นและพลังอำนาจในการจัดการกับตนเองและสถานการณ์รอบตัว (Forster, 1995) กลยุทธ์สู่เป้าหมายต้องอาศัยทั้งนโยบายสุขภาพสาธารณะ และการให้สุขศึกษา การศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษารูปแบบการให้สุขศึกษาและกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ที่บุคคล หน่วยงาน หรือองค์กรอาจจัดให้มีขึ้น ว่าเป็นที่ต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวมากน้อยเพียงใด

การป้องกันโรคและความเจ็บป่วย แบ่งเป็น 3 ระดับ (Shi & Singh, 1997)

1. ระดับปฐมภูมิ เป็นการป้องกันการเกิดโรค ได้แก่ การให้วัคซีน ในผู้สูงอายุมีคำแนะนำและข้อมูลสนับสนุนถึงความคุ้มค่าในการให้วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ และปอดบวม (Rubenstein & Nahas, 1998) ต่อความรุนแรงของโรคสูง นอกจากนั้นการปรับปรุงที่อยู่อาศัยเพื่อป้องกัน อุบัติเหตุ (Ebersale 1998) การรับประทานวิตามินและอาหารเสริมเพื่อป้องกันโรค (Rubenstein & Nahas, 1998) และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง เป็นต้น

2. ระดับทุติยภูมิ เป็นการค้นหาผู้ป่วยตั้งแต่ยังไม่มีอาการของโรค หรือมีอาการอยู่ในระยะ เริ่มต้น เพื่อให้การรักษาได้ผลสูงสุด ในผู้สูงอายุไทย การตรวจคัดกรองที่สำคัญ ได้แก่ การตรวจระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด การมองเห็น การคัมสุรา สูบบุหรี่ ภาวะขาดโภชนาการ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งผิวหนัง และมะเร็งช่องปาก (สุทธิชัย, 2542)

3. การป้องกันตติยภูมิ เป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค ส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพ และป้องกันการอาการกำเริบของโรค

ความต้องการบริการสุขภาพด้านการป้องกันโรคในการศึกษารุ่นนี้ ครอบคลุมเฉพาะการป้องกันปฐมภูมิ และทุติยภูมิ เฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและมีความเป็นไปได้ในสังคมไทย

การรักษาพยาบาล ในสังคมไทยประชาชนเลือกใช้บริการสุขภาพเพื่อเจ็บป่วยในหลายลักษณะ เช่น เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยประชาชนนิยมซื้อยารับประทานเอง หากไม่ดีขึ้นก็จะไปพบแพทย์ที่คลินิก หรือไปตรวจที่สถานีอนามัยใกล้บ้าน ถ้ายังไม่ดีขึ้นจึงไปโรงพยาบาล นอกจากนั้นผู้ที่มีความเจ็บป่วยบางอย่างนิยมไปรับบริการกับหมอพื้นบ้าน เช่น ไปนวดเมื่อมีอาการปวดเมื่อยหรือมีอาการอัมพาต ไปรับการรักษาต่อกระดูกเมื่อมีกระดูกหักกับหมอกระดูกพื้นบ้าน เป็นต้น สำหรับผู้สูงอายุซึ่งโดยเฉลี่ยแล้วมักจะมีโรคเรื้อรัง หรือโรคประจำตัว ซึ่งต้องการการรักษาต่อเนื่อง (จันทร์เพ็ญ, 2543) การเดินทางไปรับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลอาจมีความไม่สะดวกเพราะต้องพึ่งพาบุตรหลาน การจัดบริการรักษาพยาบาลที่บ้านจึงเป็นการบริการที่น่าจะสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ ความต้องการบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลในการศึกษารุ่นนี้ ครอบคลุมแหล่งบริการ และการจัดบริการสุขภาพที่ผู้วิจัยเชื่อว่าสอดคล้องกับการใช้บริการของคนไทยและผู้สูงอายุ

การฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นกระบวนการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีสภาพดีขึ้นทั้งร่างกาย จิตใจ การประกอบอาชีพ และฐานะทางเศรษฐกิจ (อัญญา จิตประไพ, 2542) การฟื้นฟูสภาพแบ่งได้เป็น 4 ด้านคือ ด้านการแพทย์ การศึกษา การงานอาชีพ และด้านสังคม เป้าหมายของการฟื้นฟูสภาพในผู้สูงอายุคือ การที่ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้โดยไม่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น หรือพึ่งพาน้อยที่สุด ซึ่งปัจจัยด้าน ร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุเอง มีผลต่อการตอบสนองต่อการฟื้นฟูสภาพด้วย (สุทธิชัย, 2542) กระบวนการฟื้นฟูสภาพประกอบด้วย 5 กระบวนการ (สุทธิชัย, 2542) ดังนี้

1. การตรวจหาโรคหรือปัญหาที่อาจก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพ
2. รักษาหรือควบคุมอาการไม่พึงประสงค์
3. ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้แก่ กายภาพบำบัด อาชีวบำบัด อรรถบำบัด และการพยาบาล เป็นต้น
4. ปรับสภาพแวดล้อม ที่อยู่อาศัย และการใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือต่างๆ
5. การป้องกันไม่ให้เกิดทุพพลภาพใหม่หรือเพิ่มเติม

การจัดบริการสุขภาพด้านฟื้นฟูสภาพแก่ผู้สูงอายุในประเทศไทยเป็นการให้บริการที่สถานบริการซึ่งให้การรักษาดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะการเจ็บป่วยเฉียบพลันเท่านั้น (สุทธิชัย, 2542) ขณะที่ในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา มีการให้บริการฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาล ซึ่งให้บริการแก่ ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก การให้บริการที่บ้านโดยบุคลากรทางการแพทย์ (Kramer, 1999) นอกเหนือจากบริการสุขภาพแล้ว ยังมีบริการด้านสังคมด้วย (Estes & Close, 1999) บริการดูแลที่อยู่อาศัย บริการจัดอาหาร การเดินทาง เป็นต้น การจัดบริการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้สูงอายุจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตที่บ้านได้นานขึ้น

ด้วยลักษณะของครอบครัวไทยที่เปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ความต้องการบริการฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้สูงอายุในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงครอบคลุมทั้งบริการฟื้นฟูสภาพที่เป็นทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคม

สำหรับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการบริการสุขภาพนั้น คณะผู้วิจัยเลือกตัวแปรที่ศึกษาจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ปัจจัยด้านผู้สูงอายุ ได้แก่

1.1 ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ เช่น อายุ เพศ ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม สถานภาพการสมรส เขตที่อยู่อาศัย การรับรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ จากการทบทวนเอกสารพบว่า

อายุ เป็นที่ชัดเจนว่า อายุมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพ และความต้องการบริการ สุขภาพ (Eliopoulos, 1997)

เพศ ผู้สูงอายุเพศหญิงมีอัตราการเจ็บป่วยสูงกว่าเพศชาย (มยุรา 2534: จันทรพีญ, 2539) ผู้สูงอายุเพศหญิงใช้บริการสุขภาพจากคลินิกและ โรงพยาบาลเอกชนมากกว่าเพศชาย ขณะที่ผู้ชายซื้อยากินเองเมื่อเจ็บป่วยมากกว่าผู้หญิง (จันทรพีญ, 2539)

เพนเดอร์ และเพนเดอร์ (Pender & Pender, 1987) เห็นว่า ผู้มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมดี มีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองและเอื้ออำนวยให้เข้าถึงบริการอย่างเหมาะสม วิไลวรรณ และคณะ (2536) และรสสุคนธ์ (2537) พบว่า ระดับการศึกษาและ รายได้ที่สูงมีความสัมพันธ์กับการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ สำหรับผู้ที่มิเคยมีฐานะและสังคมต่ำอาจมีความต้องการการบริการสุขภาพแต่ไม่สามารถเข้าถึง หรืออาจไม่ตระหนักถึงความต้องการซึ่งเป็นผลจากระดับการศึกษาและการเข้าถึงข้อมูล อย่างไรก็ตามในประเด็นการศึกษาและรายได้ ยังไม่พบรายงานที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษารายได้กับความต้องการบริการสุขภาพตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง

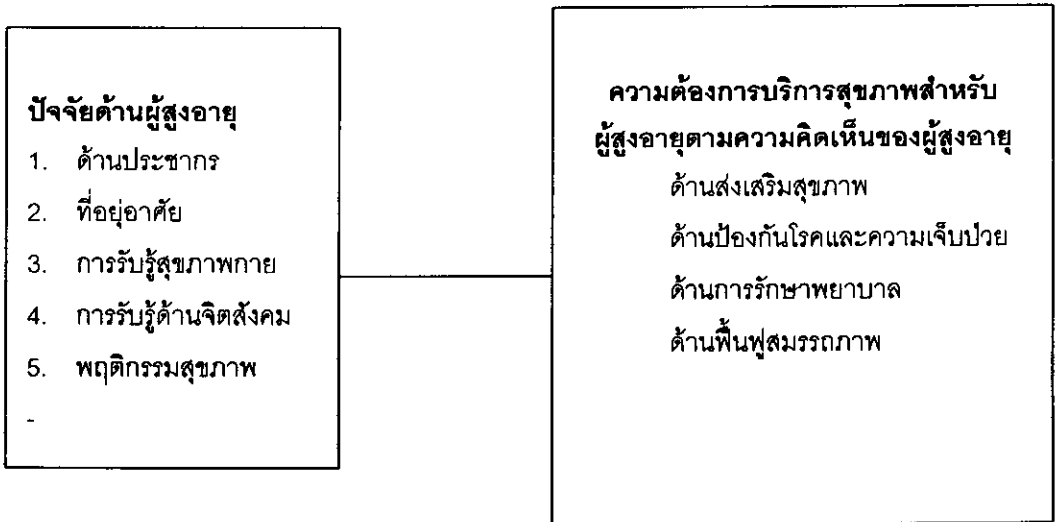
จันทรพีญ (2539) พบว่า ผู้สูงอายุในเมืองมารับการตรวจสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุในชนบท ซึ่งข้อเท็จจริงนี้ไม่ได้หมายความว่า ผู้สูงอายุในชนบทไม่ต้องการการตรวจสุขภาพ

การปฏิบัติตัวด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับสถานภาพการสมรสปฏิบัติตัวด้าน สุขภาพได้ดีกว่าผู้สูงอายุชายที่ไม่มีคู่สมรส ผู้สูงอายุในครอบครัวเดี่ยวมีเวลามากกว่าและสามารถไปออกกำลังกายกับเพื่อนฝูงวัยเดียวกัน ขณะที่ผู้สูงอายุในครอบครัวขยายมีบุตรหลานคอยให้การดูแลช่วยเหลือและรู้สึกอบอุ่นกว่า (ฮาไฟ และคณะ, 2535) จากผลการศึกษาครั้งนี้มีความเป็นไปได้ว่า สถานภาพการสมรสและลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความต้องการบริการสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่มีครอบครัวเดี่ยว และผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่สมรส

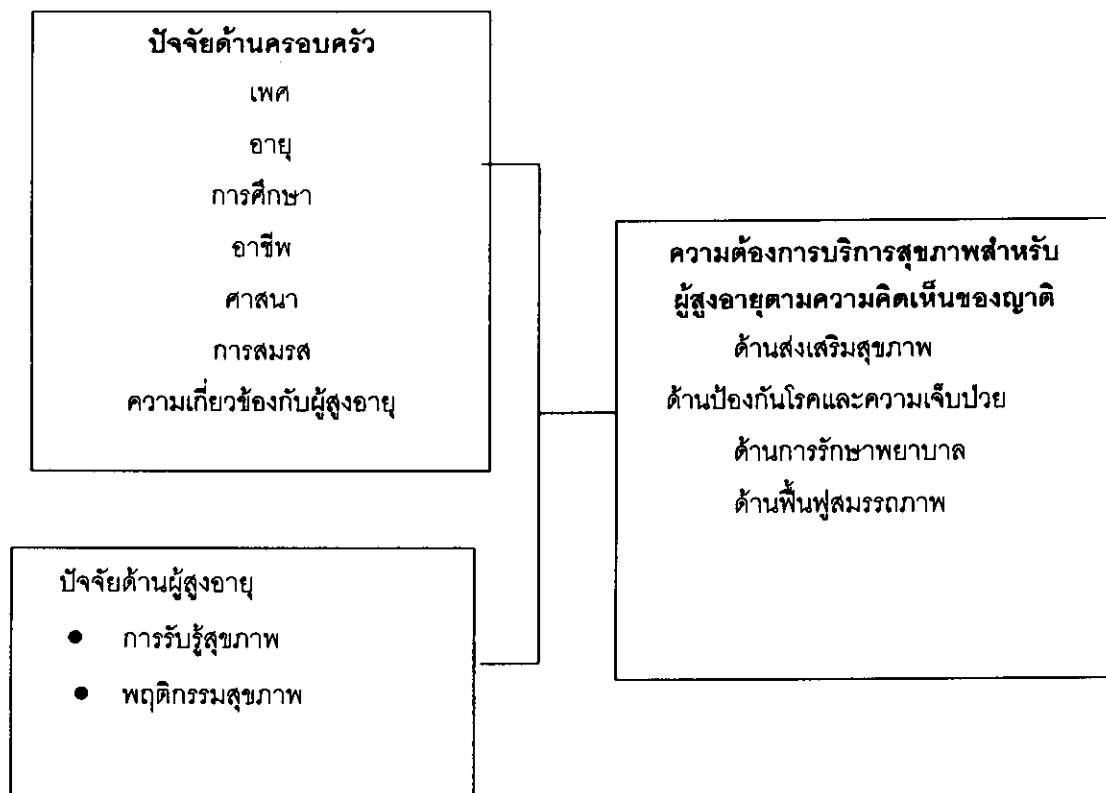
ภาวะสุขภาพและการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ (พวงเพ็ญ, 2538; บรรลุและคณะ, 2541) ซึ่งรวมการดูแลตนเองและแสวงหาบริการสุขภาพ ความสามารถในการเคลื่อนไหว น่าจะเป็นตัวชี้บ่งสำคัญถึงความต้องการช่วยเหลือและบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ มีงานวิจัยที่ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ ได้แก่ กูราลนิกและคณะ (Guralnik et al, 1993) พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้น รายได้ต่ำ การศึกษาน้อย และโรคเรื้อรัง สัมพันธ์กับการสูญเสียการเคลื่อนไหว ลากรอยซ์ และคณะ (LaCrois et al, 1993) พบว่า พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี เช่น การสูบบุหรี่ การมีกิจกรรมด้านร่างกายน้อย สัมพันธ์กับการสูญเสียการเคลื่อนไหว

2. ปัจจัยด้านครอบครัว หรือญาติ ครอบครัวเพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ศาสนา การสมรส ความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ที่อาจมีความสัมพันธ์กับความต้องการของญาติ ต่อบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

ในส่วนของการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้สูงอายุต่อบริการสุขภาพสำหรับตนเอง ปัจจัยที่ศึกษาเป็นปัจจัยด้านผู้สูงอายุเท่านั้น โดยมีขอบเขตการศึกษาแผนภูมิที่ 1 สำหรับการศึกษปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของญาติต่อบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ปัจจัยที่ศึกษาครอบคลุม ทั้งปัจจัยด้านผู้สูงอายุที่เกี่ยวกับสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยด้านญาติ โดยมีขอบเขตการศึกษา ดังแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 1 แสดงขอบเขตการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้สูงอายุต่อบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ



แผนภูมิที่ 2 แสดงขอบเขตการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของครอบครัว
สำหรับผู้สูงอายุ

นิยามศัพท์

การรับรู้สุขภาพกาย เป็นความคิดเห็น ความรู้สึก และความรู้ของผู้สูงอายุ ต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่ง
ครอบคลุม :

การประเมินระดับสุขภาพตนเองว่าอยู่ในระดับใด (ไม่ดี – ดีมาก)

โรคประจำตัวที่มี

อาการไม่สบายในรอบหนึ่งเดือนที่ผ่านมา

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตร

ประจำวันในเรื่องการขับถ่าย การดูแลสุขอนามัย การรับประทานอาหาร และการเคลื่อนไหว ประเมินโดยใช้

Modified Barthel ADL Index

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติ ในเรื่อง การเดินทางนอกบ้าน การใช้เงิน การทำอาหาร การทำความสะอาดเสื้อผ้าและบ้านเรือน ประเมินโดยใช้ Chula ADL Index

การรับรู้ด้านจิตสังคม หมายถึง ความรู้สึก ประสบการณ์ และการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้สูงอายุ ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ประเมินตามแบบประเมินการรับรู้ด้านจิตสังคมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ผู้สูงอายุ เป็นผู้ที่อายุ 60 ปี หรือมากกว่า

ครอบครัว หมายถึง คู่สมรส หรือบุตรหลาน หรือพี่น้อง หรือญาติที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับผู้สูงอายุ มีความใกล้ชิด และดูแลผู้สูงอายุมากที่สุด

ความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ หมายถึง ความต้องการของผู้สูงอายุต่อกิจกรรมบริการสุขภาพด้านส่งเสริมสุขภาพ ด้านป้องกันโรค ด้านการรักษาพยาบาล และด้านฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่บุคคล หน่วยงาน ของรัฐ หรือเอกชน จัดบริการขึ้น ประเมินตามแบบประเมินบริการความต้องการที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

ความต้องการบริการสุขภาพของครอบครัว หมายถึง ความต้องการของครอบครัว ต่อกิจกรรมบริการสุขภาพ ด้านส่งเสริมสุขภาพ ด้านป้องกันโรค ด้านการรักษาพยาบาล และด้านฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่บุคคล หน่วยงาน ของรัฐ หรือเอกชน จัดบริการขึ้น ประเมินตามแบบประเมินบริการความต้องการที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติของผู้สูงอายุเพื่อดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจของ ตนเองให้ สมบูรณ์แข็งแรง ประเมินโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งคัดแปลงมาจากแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของ วอล์คเกอร์ และคณะ (Walker et al, 1987)

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาความต้องการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งได้แก่ นราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา และสตูล มีจำนวนรวม 236,000 คน และครอบครัวผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุจำนวน 400 คน คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้วิธีของยามานะ (อ้างตาม วิเชียรหน้า 29) กำหนดความคลาดเคลื่อนไม่เกินร้อยละ 5 และระดับความเชื่อมั่นที่ 95.5% กำหนดจำนวนตัวอย่างใน 5 จังหวัด ดังนี้

นราธิวาส จำนวนตัวอย่าง	$\frac{45,000 \times 400}{236,000}$	= 76 คน
ปัตตานี จำนวนตัวอย่าง	$\frac{47,000 \times 400}{236,000}$	= 80 คน
สตูล จำนวนตัวอย่าง	$\frac{18,000 \times 400}{236,000}$	= 30 คน

สงขลา	จำนวนตัวอย่าง	$\frac{96,000 \times 400}{236,000} = 165$ คน
ยะลา	จำนวนตัวอย่าง	$\frac{30,000 \times 400}{236,000} = 50$ คน

การเลือกตัวอย่างในแต่ละจังหวัดใช้วิธีจับฉลาก อำเภอตัวแทน 1 อำเภอ โดยอำเภอตัวแทนต้องมีประชากรทั้งไทยพุทธและไทยมุสลิมในแต่ละอำเภอ จับฉลากเลือกตำบลตัวแทนในเขตเทศบาล/สุขาภิบาล และนอกเขต แล้วสุ่มเลือกตัวอย่างผู้สูงอายุและครอบครัวจากทะเบียนบ้าน จนได้จำนวนตัวอย่างตามที่กำหนด

ครอบครัว ในที่นี้ หมายถึง ครอบครัวผู้สูงอายุที่ได้รับเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง ตัวอย่างในกลุ่มนี้เลือกจากสมาชิกของครอบครัวที่อยู่อาศัยกับผู้สูงอายุ และทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 400

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์ มี 2 ชุด

1. แบบสัมภาษณ์ ผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

1.1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ซึ่งได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา การศึกษา การอ่านออกเขียนได้ แหล่งรายได้ การประกอบอาชีพ จำนวนสมาชิกที่อยู่อาศัยในครอบครัวเดียวกัน เขตที่อยู่อาศัย

1.2 แบบสัมภาษณ์ เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน บริเวณบ้าน และภายในหมู่บ้านมี ข้อคำถาม 19 ข้อ โดยผู้สัมภาษณ์จะใช้การซักถามร่วมกับการสังเกต

1.3 แบบสัมภาษณ์ เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การให้ผู้สูงอายุประเมินสุขภาพ โดยรวมของตนเอง และระบุโรคประจำตัวที่มี อาการไม่สบายที่มีในช่วง 1 เดือนก่อนการสัมภาษณ์ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน วัดด้วย Modified Barthel ADL Index ประกอบด้วย ข้อคำถาม 8 ข้อ ให้ค่าคะแนน 0 – 16 และ Chula ADL Index ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ซึ่งมี 8 ข้อคำถาม ให้ค่าคะแนน 8 – 22 ค่าคะแนน Modified Barthel ADL และ Chula ADL ที่สูง หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่สูง

1.4 แบบสัมภาษณ์ การรับรู้ด้านจิตสังคม ซึ่งถามถึงความรู้สึกรับรู้/ประสบการณ์ และกิจกรรมของผู้สูงอายุในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ คำตอบได้แก่ ไม่เลย บางครั้ง เป็นประจำ มีค่าคะแนนเป็น 1-3 แบบสอบถามให้ค่าคะแนนรวม 16-48 คะแนน คะแนนสูงหมายถึง มีสุขภาพทางด้านจิตสังคมดี

1.5 แบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย 22 ข้อคำถาม แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ 1) การดูแลสุขภาพทั่วไป 9 ข้อ 2) ด้านโภชนาการ 5 ข้อ 3) การออกกำลังกาย 2 ข้อ 4) ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต 5 ข้อ คำตอบแต่ละคำถามมีให้เลือก 3 ระดับของการปฏิบัติ กิจกรรมแต่ละข้อ คือ ไม่เลย บางครั้ง เป็นประจำ มีค่าคะแนน 1-3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพให้ค่าคะแนนรวม 22-66 คะแนน

1.6 แบบสัมภาษณ์ เกี่ยวกับความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ด้าน คือ ความต้องการด้านส่งเสริมสุขภาพ 10 ข้อ ด้านป้องกันโรค 5 ข้อ ด้านการดูแลรักษา 9 ข้อ ด้านฟื้นฟูสมรรถภาพ 5 ข้อ รวมทั้งหมด 29 ข้อ ซึ่งข้อคำถามเหล่านี้คณะผู้วิจัยพัฒนามาจากการศึกษานำร่อง และการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง คำตอบแสดงระดับความต้องการ ได้แก่ มาก น้อย ไม่ต้องการ 0 หมายถึงไม่ต้องการ 2 หมายถึงต้องการมาก ฉะนั้น คะแนนความต้องการด้านส่งเสริมสุขภาพ อยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน ด้านการป้องกันโรคอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน ด้านการดูแลรักษาอยู่ระหว่าง 0-18 และด้านฟื้นฟูสมรรถภาพอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน

2. แบบสัมภาษณ์ สำหรับสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแล ประกอบด้วย

2.1 แบบสัมภาษณ์ เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ซึ่งได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพการสมรส การศึกษา อาชีพ และความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ

2.2 แบบสัมภาษณ์ ความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ใช้แบบสอบถามที่มีข้อความเกี่ยวกับชุดผู้สูงอายุ

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสัมภาษณ์ ใช้การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และคณะผู้วิจัยได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ สำหรับการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในผู้สูงอายุ จำนวน 20 ราย และญาติ จำนวน 20 ด้วยสถิติแอลฟาครอนบาร์ท ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาร์ท ดังนี้

การรับรู้ด้านจิตสังคมของผู้สูงอายุ	= .79
พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ	= .84
ความต้องการของผู้สูงอายุต่อบริการสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพ	= .90
ความต้องการของผู้สูงอายุต่อบริการสุขภาพด้านป้องกันโรค	= .89
ความต้องการของผู้สูงอายุต่อบริการสุขภาพด้านการดูแลรักษา	= .85
ความต้องการของผู้สูงอายุต่อบริการสุขภาพด้านฟื้นฟูสมรรถภาพ	= .86
ความต้องการของผู้สูงอายุต่อบริการสุขภาพฟื้นฟูสมรรถภาพ	= .93
ความต้องการของญาติต่อบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุด้านการส่งเสริมสุขภาพ	= .90
ความต้องการของญาติต่อบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุด้านป้องกันโรค	= .89
ความต้องการของญาติต่อบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุด้านการดูแลรักษา	= .78
ความต้องการของญาติต่อบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุด้านฟื้นฟูสมรรถภาพ	= .85
ความต้องการของญาติต่อบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุด้านฟื้นฟูสมรรถภาพ	= .92
การรับรู้ของญาติต่อภาวะจิตสังคมของผู้สูงอายุ	= .83

การรวบรวมข้อมูล

ใช้วิธีการสัมภาษณ์ ซึ่งคณะผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. คณะฯ ทำหนังสือถึงนายอำเภอเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง
2. การเตรียมพนักงานสัมภาษณ์ ใช้ผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 5 คน มีพื้นฐานการศึกษาระดับ ปวศ. สามารถสื่อสารภาษาท้องถิ่นได้ดี ผู้วิจัยชี้แจงการใช้แบบสอบถาม การตั้งคำถาม และการบันทึกในแบบสอบถาม
3. ผู้สัมภาษณ์ วางแผนการสัมภาษณ์และสัมภาษณ์ตามรายชื่อและที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง โดย แนะนำตนเอง และขออนุญาตสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวที่อยู่อาศัยกับผู้สูงอายุ ซึ่งทำ หน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ผู้สัมภาษณ์ จะสัมภาษณ์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้สูงอายุและครอบครัวเท่านั้น
4. ผู้สัมภาษณ์ตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของข้อมูลทุกครั้งก่อนยุติการสัมภาษณ์ ตัวอย่างแต่ละราย
5. กรณีที่ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง จะไม่มีข้อมูลของครอบครัว

6. ในกรณีผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องการสื่อสาร หรือการให้ข้อมูล ผู้สัมภาษณ์จะสัมภาษณ์ครอบครัวเพื่อให้ได้ข้อมูลของผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรม SPSS/PC for windows ในการประมวลผลข้อมูล โดยใช้สถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ค่าร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ และครอบครัว ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว อาการไม่สบาย สิ่งแวดล้อม ข้อมูลรายชื่อของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ด้านจิตสังคม พฤติกรรมสุขภาพ และความต้องการบริการสุขภาพ

2. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนโรคประจำตัว จำนวนอาการไม่สบาย คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ด้านจิตสังคม พฤติกรรมสุขภาพ และความต้องการบริการสุขภาพ

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการบริการสุขภาพ (ตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุ) ในสมการถดถอยพหุคูณ กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยมี ตัวแปรต้นประชากร จำนวนโรคประจำตัว จำนวนอาการไม่สบาย คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและต่อเนื่อง การรับรู้ด้านจิตสังคม และพฤติกรรมสุขภาพ เป็นตัวแปรต้น การลงรหัสตัวแปรตามประชากรที่เป็นนามมาตราในสมการถดถอยพหุคูณ เป็นดังนี้

เพศ : ชาย = 0 หญิง = 1

สถานภาพการสมรส : คู่ = 0 โสด หม้าย หย่า แยกกันอยู่ = 1

ศาสนา : พุทธ = 0 อิสลาม = 1

การศึกษา : ไม่ได้รับการศึกษา = 0 ได้รับความศึกษาในระบบไม่ว่าระดับใด = 1

การประกอบอาชีพ : ไม่ได้ประกอบอาชีพ = 0 ยังประกอบอาชีพ = 1

ความสามารถในการอ่านและเขียน : อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ หรือ ได้เพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง = 0 อ่านออกเขียนได้ = 1

แหล่งรายได้ : จากคู่สมรสหรือนุตรหลาน = 1 อื่น ๆ = 0

การดำเนินชีวิต : อยู่ตามลำพัง = 0 อยู่กับคู่สมรส นุตร/หลานหรือญาติ = 1

เขตที่อยู่อาศัย : นอกเขตเทศบาล = 0 ในเขตเทศบาล = 1

4. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของครอบครัว ต่อบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในสมการถดถอยพหุคูณ กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยมี ตัวแปรต้นประชากรของครอบครัว ปัจจัยด้านผู้สูงอายุซึ่งได้แก่ จำนวนโรคประจำตัว จำนวนอาการไม่สบาย คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและต่อเนื่อง และพฤติกรรมสุขภาพ เป็นตัวแปรต้น การลงรหัสตัวแปรต้นที่เป็นตามมาตราในสมการถดถอยพหุคูณ เป็นดังนี้

ปัจจัยด้านประชากรของครอบครัว

เพศ : ชาย = 0 หญิง = 1

สถานภาพการสมรส : คู่ = 0 โสด หม้าย หย่า แยก = 1

ศาสนา : พุทธ = 0 อิสลาม = 1

การศึกษา : ประถมศึกษา = 0 สูงกว่าประถมศึกษา = 1

อาชีพ : เกษตรกรรม = 0 อื่น ๆ ที่ไม่ใช่เกษตรกรรม = 1

ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ : บุตรหลาน = 1 อื่น ๆ = 0

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุจำนวน 396 คน อายุระหว่าง 60 - 93 ปี อายุเฉลี่ย 70-85 ปี (S.D. = 7.64) ร้อยละ 61.8 เป็นหญิง ร้อยละ 48.5 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 48.5 เป็นหม้าย ที่เหลือเป็นโสด หย่า และ แยกกันอยู่ มีเพียงร้อยละ 5.6 ที่อยู่ตามลำพัง ส่วนใหญ่จะอยู่กับบุตรหลาน คู่สมรส และพี่น้อง จำนวนสมาชิกที่อยู่อาศัยในบ้านเดียวกัน เฉลี่ย 4.6 คน (S.D. = 2.2) ร้อยละ 55.3 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 44.7 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 57.3 ไม่ได้รับการศึกษาในระบบ ร้อยละ 38.1 จบประถมศึกษา มีเพียงส่วนน้อยที่จบมัธยมศึกษาหรือสูงกว่า ความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ มีเพียงร้อยละ 32.6 เท่านั้นที่อ่านออกเขียนได้ ร้อยละ 33.7 ยังคงประกอบอาชีพ ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันส่วนใหญ่ได้จากคู่สมรสหรือบุตรหลาน ร้อยละ 59.1 ยังทำหน้าที่หัวหน้าครอบครัว กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.8 อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล ร้อยละ 45.2 อยู่ในเขตเทศบาล

สภาพแวดล้อมภายในบ้าน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 71.9 มีบ้านของตนเอง ร้อยละ 90.1 มีส่วนที่ถูกสุขลักษณะ ร้อยละ 48.6 มีน้ำประปาใช้

สมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 396 คน เป็นหญิงร้อยละ 75.1 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 63.8 โสดร้อยละ 28.5 ร้อยละ 43.6 จบประถมศึกษา ร้อยละ 32.0 มัธยมศึกษา ร้อยละ 24.4 อุดมศึกษา ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้าง ร้อยละ 71.1 มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในฐานะบุตร

ภาวะสุขภาพ ร้อยละ 67.7 ระบุว่า สุขภาพดี และดีมาก มีเพียงร้อยละ 3.9 ที่ระบุว่าไม่ดี ร้อยละ 28.4 ค่อนข้างอ่อนแอ โรคประจำตัวที่พบมาก 5 อันดับแรก ได้แก่ ปวดหลังและเอว ร้อยละ 72.2 ข้ออักเสบ/ข้อเสื่อม ร้อยละ 40.4 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.8 โรคกระเพาะอาหาร ร้อยละ 25.7 และโรคเกี่ยวกับหู ร้อยละ 18.3 กลุ่มตัวอย่าง 68.9 มีโรคประจำตัว 1-3 อย่าง สำหรับอาการไม่สบาย ในช่วง 1 เดือนก่อนตอบแบบสอบถาม ที่พบบ่อย 5 อันดับแรก ได้แก่ อาการมีนและเวียนศีรษะร้อยละ 51.7 อ่อนเพลีย/เหนื่อยง่าย ร้อยละ 50.4 นอนไม่หลับ/หลับไม่สนิท ร้อยละ 41.4 มองเห็นไม่ชัด ร้อยละ 40.4 และอาการเจ็บปวด ร้อยละ 38.6 ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนอาการไม่สบาย โดยเฉลี่ย 6 อาการ

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประเมินด้วยคะแนน Modified Barthel ADL กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-16 คะแนนเฉลี่ย 15.38 (S.D. = 2.07) นับว่ามีคะแนนสูง แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทุกรายสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้เอง อันได้แก่ การรับประทานอาหาร การลุกจากที่นอน การเดิน การสวมเสื้อผ้าและการอาบน้ำ

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ประเมินโดยใช้ Chula ADL Index กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอยู่ระหว่าง 8-22 คะแนนเฉลี่ย 15.86 (S.D.= 3.6) ผู้สูงอายुर้อยละ 72.1 ยังสามารถไปนอกบ้านได้ด้วยตนเอง ในกรณีใช้บริการขนส่งสาธารณะร้อยละ 42.8 ต้องการความช่วยเหลือ สำหรับงานบ้าน เช่น ทำอาหาร ทำความสะอาดบ้าน และเสื้อผ้า ผู้สูงอายुर้อยละ 40 ไม่ได้ทำ

คะแนนการรับรู้ด้านจิตสังคม อยู่ระหว่าง 16-47 ค่าเฉลี่ย 37.04 (S.D. = 4.96) จากคะแนนที่เป็นไปได้ 16-48

คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ระหว่าง 33-64 ค่าเฉลี่ย 51.43 (S.D. =6.36) จากคะแนนที่เป็นไปได้ 22-66 พฤติกรรมสุขภาพที่ผู้สูงอายุร้อยละ 40 ขึ้นไปยังไม่ได้ปฏิบัติเป็นประจำทั้ง ๆ ที่ควรปฏิบัติคือ การดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว การลดการรับประทานอาหารประเภทแป้งและไขมัน และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

ความต้องการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

ตาราง 1 - 4 แสดง 5 อันดับแรกของบริการสุขภาพด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่ผู้สูงอายุและญาติระบุว่าต้องการในระดับมาก คือ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุ และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ด้านการป้องกัน การตรวจสุขภาพประจำปีเป็นความต้องการสูงสุด รองลงมาเป็นคำแนะนำเกี่ยวกับวิตามินและอาหารเสริม และการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย ลักษณะบริการด้านการรักษาที่ทั้งสองกลุ่มต้องการเหมือนกันคือ มีสถานอนามัยที่แพทย์และพยาบาลมาตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอ บริการตรวจรักษาที่บ้าน มีร้านขายยาในหมู่บ้าน และมีแพทย์แผนโบราณในหมู่บ้าน สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพมีผู้สูงอายุไม่ถึงร้อยละ 50 ที่ระบุว่าต้องการในระดับมาก ขณะที่ครอบครัวร้อยละ 50 ขึ้นไป ต้องการคำแนะนำในการทำกายภาพบำบัด บริการกายภาพบำบัดที่บ้าน และคำแนะนำในการจัดบ้านและสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

ตารางที่ 1 ห้าอันดับแรกของลักษณะบริการส่งเสริมสุขภาพที่ผู้สูงอายุและครอบครัวต้องการระดับมาก

ผู้สูงอายุ		ครอบครัว	
บริการที่ต้องการมาก	ร้อยละ	บริการที่ต้องการมาก	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนสำหรับผู้สูงอายุ	58.5	ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนสำหรับผู้สูงอายุ	70.5
การปฏิบัติธรรม	53.5	ข่าวสารสุขภาพทางโทรทัศน์	64.2
ข่าวสารสุขภาพทางโทรทัศน์	48.3	การปฏิบัติธรรม	63.0
การช่วยเหลือสังคม	39.5	ข่าวสารสุขภาพทางหนังสือ/แผ่นปลิว	52.4
		ฯลฯ	
ข่าวสารสุขภาพทางวิทยุ	34.9	ประชุม/อบรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	49.7

ตารางที่ 2 หัวอันดับแรกของลักษณะบริการสุขภาพด้านการป้องกันโรคที่ผู้สูงอายุและครอบครัวต้องการระดับมาก

ผู้สูงอายุ		ครอบครัว	
บริการที่ต้องการมาก	ร้อยละ	บริการที่ต้องการมาก	ร้อยละ
การตรวจเช็คสุขภาพประจำปี	71.2	การตรวจเช็คสุขภาพประจำปี	85.9
คำแนะนำการใช้วิตามินและอาหารเสริม	59.5	คำแนะนำการใช้วิตามินและอาหารเสริม	71.3
คำแนะนำการปรับปรุงที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม	55.3	คำแนะนำการปรับปรุงที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม	69.9
การให้วัคซีนเพื่อป้องกันโรค	49.9	การให้วัคซีนเพื่อป้องกันโรค	66.5
คำแนะนำการใช้ครุภัณฑ์ทางการแพทย์	49.0	คำแนะนำการใช้ครุภัณฑ์ทางการแพทย์	61.5

ตารางที่ 3 หัวอันดับของลักษณะบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลที่ผู้สูงอายุและครอบครัวต้องการในระดับมาก

ผู้สูงอายุ		ครอบครัว	
บริการที่ต้องการมาก	ร้อยละ	บริการที่ต้องการมาก	ร้อยละ
มีสถานอนามัยที่แพทย์/พยาบาลมา	76.0	มีสถานอนามัยที่แพทย์/พยาบาลมา	84.5
ตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอ		ตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอ	
การตรวจรักษาที่บ้าน	69.7	มีคลินิกแพทย์แผนปัจจุบันในหมู่บ้าน	79.1
มีร้านขายยาในหมู่บ้าน	69.0	การตรวจรักษาที่บ้าน	76.1
มีแพทย์แผนโบราณในหมู่บ้าน	65.5	มีร้านขายยาในหมู่บ้าน	75.3
การบริการพยาบาลที่บ้าน	64.3	มีแพทย์แผนโบราณในหมู่บ้าน	71.9

ตารางที่ 4 หัวอันดับของลักษณะบริการสุขภาพด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ผู้สูงอายุและครอบครัวต้องการในระดับมาก

ผู้สูงอายุ		ครอบครัว	
บริการที่ต้องการมาก	ร้อยละ	บริการที่ต้องการมาก	ร้อยละ
คำแนะนำสำหรับสมาชิกในครอบครัว	52.0	คำแนะนำสำหรับสมาชิกในครอบครัว	60.2
ในการทำกายภาพบำบัด		ในการทำกายภาพบำบัด	
กายภาพบำบัดที่บ้าน	45.3	กายภาพบำบัดที่บ้าน	59.9
รับส่งระหว่างบ้าน-สถานบริการเพื่อ	39.6	จัดบ้านและสิ่งแวดล้อม	51.5
กายภาพบำบัด			
จัดบ้านและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะกับ	37.6	รับส่งระหว่างบ้าน-สถานบริการเพื่อ	48.5
สภาพผู้รับบริการ		กายภาพบำบัด	
ชื่อของและจัดอาหาร	22.3	ชื่อของและจัดอาหาร	33.0

ตารางที่ 5 การกระจายของคะแนนความต้องการบริการสุขภาพโดยรวมและรายด้าน

ความต้องการ	พิสัยแบบวัด	กลุ่มตัวอย่าง	M(SD)	ความเบ้
ผู้สูงอายุ				
โดยรวม	0-58	0-58	35.53 (13.59)	-.34
ด้านส่งเสริมสุขภาพ	0-20	0-20	11.10 (5.82)	-.10
ด้านป้องกันโรค	0-10	0-10	6.91 (3.16)	-.71
ด้านรักษาพยาบาล	0-18	0-18	12.45 (4.27)	-1.01
ด้านฟื้นฟูสมรรถภาพ	0-10	0-10	5.11 (3.46)	-.11
ครอบครัว				
โดยรวม	0-58	0-58	41.49 (12.07)	-.67
ด้านส่งเสริมสุขภาพ	0-20	0-20	13.71 (5.34)	-.65
ด้านป้องกันโรค	0-10	0-10	8.05 (2.47)	-1.27
ด้านรักษาพยาบาล	0-18	0-18	13.48 (3.7)	-1.12
ด้านฟื้นฟูสมรรถภาพ	0-10	0-10	6.30 (3.16)	-.59

จากตารางที่ 5 ซึ่งแสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความต้องการบริการสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ทั้งของผู้สูงอายุและครอบครัว จะเห็นได้ว่าการกระจายของคะแนนความต้องการของผู้สูงอายุกับครอบครัวทุกด้านและโดยรวมอยู่ทางด้านคะแนนมาก

ตารางที่ 6 แสดงผลการเปรียบเทียบความต้องการของผู้สูงอายุกับครอบครัวโดยใช้การทดสอบทีคู่ พบว่าคะแนนความต้องการผู้สูงอายุและครอบครัวต่อบริการสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งโดยรวมและรายด้าน กล่าวคือ ครอบครัวมีความต้องการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุมากกว่าที่ผู้สูงอายุต้องการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านฟื้นฟูสมรรถภาพ อย่างไรก็ตามความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวก (ตารางที่ 7) กล่าวคือครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีคะแนนความต้องการบริการสุขภาพสูงมีแนวโน้มที่มีคะแนนความต้องการบริการสุขภาพสูงด้วย

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (SD) ของคะแนนความต้องการบริการสุขภาพ โดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุ และครอบครัว ด้วยการทดสอบทีคู่ (paired T-Test)

ความต้องการ	ผู้สูงอายุ (N = 400)	ครอบครัว (N = 395)	t
บริการสุขภาพโดยรวม	35.53 (13.59)	41.49 (12.07)	-10.78*
บริการสุขภาพด้านส่งเสริมสุขภาพ	11.10 (5.82)	13.71 (5.34)	-10.54*
บริการสุขภาพด้านป้องกันโรค	6.91 (3.16)	8.05 (2.47)	-8.55*
บริการสุขภาพด้านรักษาพยาบาล	12.45 (4.27)	13.48 (3.7)	-5.25*
บริการสุขภาพด้านฟื้นฟูสมรรถภาพ	3.11 (3.46)	6.30 (3.16)	- 7.05*

* P < . 001

ตารางที่ 7 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวต่อบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

ด้าน	r
ความต้องการบริการสุขภาพ โดยรวม	.66*
ความต้องการด้านส่งเสริมสุขภาพ	.63*
ความต้องการด้านป้องกันโรค	.60*
ความต้องการด้านรักษาพยาบาล	.49*
ความต้องการด้านฟื้นฟูสมรรถภาพ	.61*

P < . 001

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

ในสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนที่มีอายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา การศึกษา การประกอบอาชีพ การอ่านออกเขียนได้ แหล่งรายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว เขตที่อยู่อาศัย จำนวนโรคประจำตัว จำนวนอาการไม่สบายในช่วง 1 เดือน คะแนน Modified Barthel ADL Chula ADL การรับรู้ด้านจิตสังคมของผู้สูงอายุและพฤติกรรมสุขภาพ เป็นตัวแปรต้น กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการบริการสุขภาพ โดยรวม ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ จำนวนอาการไม่สบาย การประกอบอาชีพ และศาสนา โดยตัวแปรแต่ละตัวสามารถอธิบายความแปรปรวนความต้องการบริการสุขภาพโดย ได้ร้อยละ 11, 5, 3 และ 3 ตามลำดับ (ตารางที่ 8) พฤติกรรมสุขภาพ จำนวนอาการไม่สบาย การยังคงประกอบอาชีพของผู้สูงอายุ และการนับถือศาสนาอิสลาม มีความสัมพันธ์กับความต้องการบริการสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุทางบวก กล่าวคือ ผู้สูง

อายุที่ดี พฤติกรรมสุขภาพดี และจำนวนอาการไม่สบายมาก ยังคงประกอบอาชีพ และนับถือศาสนาอิสลาม มีแนวโน้มที่มีความต้องการบริการสุขภาพโดยรวมสูง

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรต้นในสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนที่มีความต้องการของผู้สูงอายุต่อบริการสุขภาพเป็นตัวแปรตาม

ตัวแปร	Beta	R ² change	t
พฤติกรรมสุขภาพ	.33	.11	7.02*
จำนวนอาการไม่สบาย	.22	.05	4.59*
การประกอบอาชีพ	.18	.03	3.79*
ศาสนาอิสลาม	.17	.03	3.76*

P < .001

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความต้องการของครอบครัวต่อบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

ตารางที่ 9 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของครอบครัวต่อบริการสุขภาพโดยรวมในสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนที่มีปัจจัยส่วนบุคคลของครอบครัว ได้แก่ อายุ เพศ สภาพการสมรส ศาสนา การศึกษา อาชีพ การรับรู้ต่อภาวะจิตสังคมของผู้สูงอายุ และปัจจัยด้านผู้สูงอายุ ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ จำนวนโรคประจำตัว จำนวนอาการไม่สบายในช่วง 1 เดือน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง เป็นตัวแปรต้น กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ปัจจัยดังกล่าว ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวนอาการไม่สบายของผู้สูงอายุ การศึกษาของครอบครัวที่สูงกว่าประถมศึกษา และคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องของผู้สูงอายุ โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของความต้องการของครอบครัวได้ร้อยละ 9, 8, 5 และ 2 ตามลำดับ ตัวแปรทั้งสี่ตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการของครอบครัวต่อบริการสุขภาพโดยรวมสำหรับผู้สูงอายุ กล่าวคือ ครอบครัวที่มีความต้องการมาก มีแนวโน้มที่จะมีปัจจัยสี่ประการข้างต้น คือ มีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา มีผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีพฤติกรรมสุขภาพดี มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องสูง และมีจำนวนอาการไม่สบายมาก

ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรต้นในสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนที่มีความต้องการของครอบครัวต่อบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเป็นตัวแปรตาม

ตัวแปร	Beta	R change	t-value
พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ	.33	.09	5.74**
จำนวนอาการไม่สบายของผู้สูงอายุ	.22	.08	4.14**
การศึกษาของครอบครัว	.20	.05	4.02**
กิจกรรมต่อเนื่องของผู้สูงอายุ	.16	.02	3.07*

* P < .002

** P < .001

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ มีคุณลักษณะทางประชากรศาสตร์คล้ายคลึงกับลักษณะของประชากรของผู้สูงอายุทั่วไป กล่าวคือ เป็นหญิงมากกว่าชาย ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน ไม่ได้รับการศึกษาในระบบหรือจบเพียงประถมศึกษา (จันทร์เพ็ญ, 2539). ภาวะสุขภาพส่วนใหญ่ระบุว่าอยู่ในเกณฑ์ดี โรคประจำตัวและอาการไม่สบายที่พบบ่อย สอดคล้องกับรายงานการสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ (จันทร์เพ็ญ, 2539). สำหรับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซึ่งประเมินโดยใช้ Modified Barthel ADL Index และ Chula ADL Index สะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุเกือบทุกรายปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ สำหรับกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องนั้นเป็นการยากที่จะประเมินความสามารถของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ยุติการปฏิบัติกิจกรรมด้านเตรียมอาหาร ดูแลความสะอาดเสื้อผ้า และภายในบ้าน ถึงแม้จะสามารถกระทำได้ด้วยตนเอง เนื่องจากบุตรหลานที่อยู่ในครัวเรือนเดียวกันกับผู้สูงอายุจะรับผิดชอบกระทำกิจกรรมดังกล่าว สำหรับกิจกรรมนอกบ้านในเรื่องการใช้บริการขนส่งสาธารณะจะไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชาวชนบท อย่างไรก็ตาม Chula ADL Index สามารถสะท้อนความมากน้อยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องของผู้สูงอายุ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของอรนุช (2544) ซึ่งศึกษาผู้สูงอายุวัย 75 ปี ขึ้นไปพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและต่อเนื่องได้ด้วยตนเอง มีเพียงส่วนน้อยที่ต้องการความช่วยเหลือ

คะแนนการรับรู้ด้านจิตสังคมและพฤติกรรมสุขภาพสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีสภาพจิตใจและสัมพันธภาพดี มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในขั้นดี ยกเว้นในเรื่องการคิมน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว การลดการรับประทานอาหารประเภทแป้งและไขมัน และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40 ขึ้นไปยังไม่ได้ปฏิบัติเป็นประจำ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อรนุช (2544) และ พวงเพ็ญ (2538)

ความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวต่อบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

การกระจายของคะแนนความต้องการบริการสุขภาพแสดงให้เห็นเห็นว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งผู้สูงอายุ และครอบครัวมีความต้องการบริการสุขภาพในระดับมาก คะแนนความต้องการของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีทิศทางเดียวกัน ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีที่ญาติซึ่งอยู่ในครอบครัวเดียวกันผู้สูงอายุรับรู้ถึงความต้องการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในทิศทางเดียว

กับผู้สูงอายุทำให้สามารถช่วยเหลือและแสวงหาบริการได้ตามความต้องการของผู้สูงอายุ การที่ครอบครัวมีความต้องการบริการสำหรับผู้สูงอายุมากกว่าที่ผู้สูงอายุรายงาน อาจเป็นเพราะครอบครัวมีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุ จากการศึกษาที่สูงกว่า มีเครือข่ายทางสังคมมากกว่า ทำให้เห็นความสำคัญของสุขภาพและความจำเป็นของบริการสุขภาพด้านต่าง ๆ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้สูงอายุต่อบริการสุขภาพโดยรวม ในสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ จำนวนอาการไม่สบาย การยังคงประกอบอาชีพ และการนับถือศาสนาอิสลามซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการบริการสุขภาพและร่วมกันอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 22 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามได้สูงสุดคือ ร้อยละ 11 สามารถอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพดีเป็นผู้ที่ให้ความสนใจและให้ความสำคัญกับสุขภาพ จึงสนใจและมีความต้องการในการให้บริการสุขภาพ จำนวนอาการไม่สบายที่มากทำให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงการมีปัญหาด้านสุขภาพและความเสี่ยงทางสุขภาพจึงแสวงหาและมีความต้องการบริการสุขภาพสูง และศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของฟงเพ็ญ (2538) ที่พบว่า การรับรู้การเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพในด้านเสื่อมถอยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งรวมถึงการแสวงหาบริการสุขภาพด้วย สำหรับความสัมพันธ์ด้านบวกระหว่างการยังคงประกอบอาชีพกับความต้องการบริการสุขภาพ อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ยังคงประกอบอาชีพน่าจะมีเวลาว่างที่จะไปใช้บริการสุขภาพได้ จึงมีความต้องการบริการสุขภาพทุกด้าน เพื่อความมั่นใจในการดำรงรักษาสุขภาพที่ดีซึ่งจะช่วยให้สามารถประกอบอาชีพได้อย่างต่อเนื่อง ความสัมพันธ์ด้านบวก ระหว่างการนับถือศาสนาอิสลามกับความต้องการบริการสุขภาพ น่าจะเป็นจากการมีข้อปฏิบัติทางศาสนาที่เน้นและให้ความสำคัญกับสุขภาพที่ชัดเจน ประกอบกับการประกอบศาสนกิจที่ศาสนสถาน อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นที่พบปะผู้คน ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านต่าง ๆ รวมทั้งด้านสุขภาพด้วย ทำให้ผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลาม เห็นความสำคัญและตระหนักถึงการดูแลสุขภาพ จึงมีความต้องการบริการสุขภาพสูง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของครอบครัวต่อบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ในสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุจำนวนอาการไม่สบายของผู้สูงอายุ การศึกษาที่สูงกว่าระดับประถมศึกษาของครอบครัว และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องของผู้สูงอายุซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการของครอบครัว โดยร่วมกันอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 24 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ด้านบวกกับความต้องการของครอบครัว อธิบายได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุสามารถสะท้อนความเชื่อและการให้ความสำคัญของครอบครัวต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงเห็นความจำเป็นของการดูแลสุขภาพ ทำให้มีความต้องการบริการสุขภาพมาก สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนอาการไม่สบายของผู้สูงอายุกับความต้องการบริการสุขภาพของครอบครัวน่าจะเป็นจากการตระหนักของครอบครัวถึงความเสี่ยงทางสุขภาพในกรณีที่ผู้สูงอายุมีจำนวนอาการไม่สบายมากและความจำเป็นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จึงทำให้มีความต้องการบริการสุขภาพมาก การศึกษาที่สูงกว่าระดับประถมของครอบครัวมีความสัมพันธ์ด้านบวกกับความต้องการบริการสุขภาพ น่าจะเป็นผลจากการศึกษาที่สูงกว่าระดับประถมทำให้ผู้นั้นได้รับข้อมูลข่าวสารที่มากกว่าโดยเฉพาะในเรื่องสุขภาพ จึงตระหนักและเข้าใจถึงความต้องการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ สำหรับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องของผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการของครอบครัวต่อบริการสุขภาพ อาจเป็นเพราะ

ลักษณะและรูปแบบบริการสุขภาพที่ระบุในแบบประเมินความต้องการส่วนใหญ่เป็นการบริการที่สถานบริการหรือภายในชุมชน ผู้สูงอายุต้องเดินทางไปรับบริการ ญาติที่มีผู้สูงอายุในครอบครัวซึ่งมีข้อจำกัดในกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ซึ่งครอบคลุมการเดินทางนอกบ้านด้วยตนเองจึงเป็นว่าผู้สูงอายุในกรณีเหล่านี้ไม่สามารถไปใช้บริการได้ ขณะที่ญาติที่มีผู้สูงอายุในครอบครัวซึ่งสามารถเดินทางนอกบ้านได้ด้วยตนเอง (มีคะแนนกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องสูง) ประเมินว่าผู้สูงอายุสามารถไปใช้บริการได้ประกอบกับเห็นประโยชน์ของการใช้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพ จึงมีความต้องการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

1. การจัดบริการสุขภาพตามความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวควรครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้
 - 1.1 การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การใช้วิตามินและอาหารเสริม โดยรูปแบบที่ผู้สูงอายุต้องการมากคือ การเผยแพร่ความรู้ทางโทรทัศน์ และการให้คำแนะนำในการทำกายภาพบำบัด
 - 1.2 การจัดกิจกรรมปฏิบัติธรรมสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งของการส่งเสริมสุขภาพจิตและจิตวิญญาณ
 - 1.3 การจัดตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อคัดกรองโรค
 - 1.4 การจัดให้มีแพทย์พยาบาลมาให้การตรวจรักษาที่สถานเอนามัยอย่างสม่ำเสมอ และการจัดให้มีร้านขายยาในหมู่บ้าน

อนึ่งการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ ควรเป็นลักษณะสวัสดิการเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นด้านเศรษฐกิจ
2. ผลการวิจัยสะท้อนลักษณะของผู้สูงอายุและครอบครัวที่มีความต้องการบริการสุขภาพสูง ที่สำคัญคือพฤติกรรมสุขภาพและอาการไม่สบายของผู้สูงอายุ ผู้ให้บริการควรประเมินอาการไม่สบายของผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบเพื่อวางแผนและจัดบริการครอบคลุมตามความต้องการ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่ดีจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความตระหนักถึงความต้องการบริการมากขึ้น
3. ควรมีการวิจัยและพัฒนาการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งในชุมชน และสถานบริการทุกระดับเพื่อให้ได้รูปแบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้ มีความต่อเนื่องและให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีต่อผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

- จันทร์เพ็ญ ชูประภาพรรณ. (2539). รายงานภาวะสุขภาพ: การสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย. ปี พ.ศ. 2538. เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการโครงการฯ. โรงแรมเจ้าพระยาปาร์ค, กรุงเทพมหานคร.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาพรรณ และคณะ. 2540. การสำรวจสุขภาพประชากรอายุตั้งแต่ 50 ปี ขึ้นไปในประเทศไทยปี พ.ศ. 2538. วารสารส่งเสริมสุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อม, 20(2), 15-35.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาพรรณ. 2543. สถานสุขภาพคนไทย กรุงเทพมหานคร : วิชาการพิมพ์
- จรัสวรรณ เทียนประภาส, ลิขวรรณ อนุทาทิกรักษ์, นารีรัตน์ จิตรมนตรี และ พัสนนช์ กุ่มทวีพร 2540. ความต้องการการบริการของผู้สูงอายุเขตบางกอกน้อย. วารสารพยาบาลศาสตร์, 5(1), 61-71.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2537). คู่มือการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติ. นนทบุรี :
- วิไลวรรณ ทองเจริญ และคณะ. 2536. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ หลังเข้ารับบริการในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยมหิดล. วารสารพยาบาลศาสตร์, 11(2), 74-83.
- บรรณ สุริพานิช และคณะ. (2531). พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนยาว และแข็งแรง. กรุงเทพมหานคร : ตามศิริการพิมพ์.
- ประนอม โอทกานนท์ และ จิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2537). ความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุ ในชมรมและสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิเชษฐ กาลามเกษตร์. (2524). คน: ในทรรศนะของอิสลาม. ใน สมาคมแคทอลิกแห่งประเทศไทยเพื่อการพัฒนา (ผู้จัดพิมพ์), คนในทรรศนะของพุทธศาสนา อิสลามและคริสต์ศาสนา (หน้า 109-194). กรุงเทพมหานคร : เจริญวิทย์การพิมพ์.
- พวงเพ็ญ เผือกสวัสดิ์. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- มาลินี วงษ์สิทธิ์, ศิริวรรณ ศิริบุญ, อัจฉรา เอ็นซ์ และ บุศริน บางแก้ว. (2540). โครงการการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลให้บริการและกิจกรรมต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- มยุรา นพพรพันธ์. (2534). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย จดหมายข่าววิทยานิพนธ์, 9(6), 6-7
- รสสุคนธ์ แสงมณี. (2537). การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุและแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- เสาวภา วัชรกิตติ. 2539. ความต้องการทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในต่างจังหวัด. รายงานการวิจัย. คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- สุจิตรา รมรินทร์. (2528). ศาสนาเปรียบเทียบ. กรุงเทพมหานคร: อักษรบัณฑิต.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2537). ภาวะทุพพลภาพ : ปัญหาของผู้สูงอายุ. จุฬาลงกรณ์เวชสาร, 38(2), 67-75.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2537). ปรัชญาและแผนกลยุทธ์ของการให้บริการแก่ผู้สูงอายุในประเทศไทย จุฬาลงกรณ์เวชสาร, 38(9), 493-495.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อมรรัตน์ เจริญชัย และคณะ. (2530). ความต้องการของผู้สูงอายุ. วารสารคหเศรษฐศาสตร์, 30(1), 95-98.

อัญญา จิตประไพ และ ภาริส วงศ์แพทย์. (2542). เวชศาสตร์ฟื้นฟูบูรณาการ : รมมาธิปไตย. กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์.

อำไพ ชนะกอก , ขวรงค์ เขาวานานนท์ และวันทนี ชวพงษ์. (2535). แบบแผนสุขภาพ ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่. พยาบาลสาร, 19(3), 1-15.

อรนุช ธรรมสอน 2544 แบบแผนชีวิต ปัญหาสุขภาพ และความต้องการพึ่งพาของผู้สูงอายุตอนปลาย วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์,สงขลา.

Caffrey, R.A. (1992). Caregiving to the elderly in Northeast Thailand. J.Cross Cultural Gerontol, 7, 117-134.

Collins, C.E., et al. (1997). Models for community-based : long-term care for the elderly in a changing health system. Nurs Outlook, 45(2) , 59 – 63.

Ebersale, P.(1998). Trends in care delivering models. Geriatric Nursing , 19(1), 6-7.

Eliopoulos C. 1997. Gerontological nursing (4th ed.). Philadelphia : Lippincott.

Estes, C.L., & Close, L. (1998). Organization of health and social services for the frail elderly. In S.M. Allen & V. Mor(Eds.), Living in the community with disability: Service needs, use and system. New York: Springer Publishing Co.

Forster, D. (1995). Health promotion: Models and approaches. In S. Pike & D. Forster (Eds.), Health promotion for all. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Guralnik , J.M, et al. (1993). Maintaining mobility in late life: Demographic characteristic and chronic conditions. Am J Epidemiol, 137, 845-857.

Kennie, D.C. (1993). Preventive care for elderly people. Cambridge University Press .

Kramer, A.M. (1999). Rehabilitation. In E. Calkins, C. Boulton, E.H. & Wagner, J.T. (Eds.), New ways to care for older people. New York: Springer Publishing Co.

LaCrois, et. al. (1993). Maintaining mobility in life: Smoking, alcohol consumption, physical activity and body mass index. Am J Epidemiol, 137, 858-859.

Pacala, J.T. (1999). Prevention of disease. In E. Calkins , C. Boulton , E.H. Wagner , & J.T Pacala (Eds.), New ways to care for older people. New York: Springer Pub.

Pender, N.J. & Pender ,A.R. (1987). Health promotion in nursing practice. Norwalk: Appleton & Lange.

Pike, S., & Forster, D. (1995). Health promotion for all. Edinburgh: Churchill Livingstone

Rubenstein, L.Z., & Nahas, R. (1998). Primary and secondary prevention strategies in the older adult. Geriatric Nursing , 19(1), 11-17

Shi, L., & Singh, DL. (1998) Delivery health care in America. Gaithersburg: Aspen

Tones, K. (2001) Health promotion :The empowerment imperative.In A. Scriven & J. Orme(Eds.), Health promotion: Profession perspective. Hamshire: Palgrave .

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