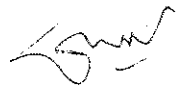


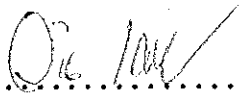
ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของการให้บริการด้านสุขภาพที่มีต่อภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการ
รักษาสุขภาพ : ศึกษาเฉพาะกรณีผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งหว้า จังหวัดสตูล
ผู้เขียน นายประณิธาน ปานทอง
สาขาวิชา ศึกษาศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชน

คณะกรรมการที่ปรึกษา



.....ประธานกรรมการ

(ดร. เชียรนนท์ วาณิชย์ศุภวงศ์)



.....กรรมการ

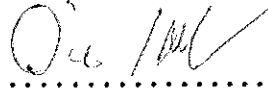
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วัน เดชพิชัย)

คณะกรรมการสอบ



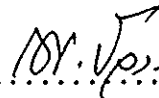
.....ประธานกรรมการ

(ดร. เชียรนนท์ วาณิชย์ศุภวงศ์)



.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วัน เดชพิชัย)



.....กรรมการ

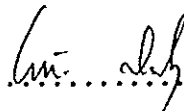
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นวงทอง ป่องภัย)

(คิตราชการ)

.....กรรมการ

(ดร. อลันต์ ทิพย์รัตน์)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับเป็น
หนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาศึกษาศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชน



.....
(ดร. ไพรัตน์ สงวนไทร)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของการให้บริการด้านสุขภาพที่มีต่อภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการรักษา
สุขภาพ : ศึกษาเฉพาะกรณีผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งหว่า จังหวัดสตูล
ผู้เขียน นายประสิทธิ์ ปานทอง
สาขาวิชา ศึกษาศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชน
ปีการศึกษา 2536

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้บริการด้านสุขภาพที่มีต่อภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการรักษาสุขภาพ ศึกษาเฉพาะกรณีผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งหว่า อำเภอทุ่งหว่า จังหวัดสตูล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 60 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 30 คน ได้แก่ กลุ่มทดลอง (ได้รับบริการด้านสุขภาพ) และกลุ่มควบคุม (ไม่ได้รับบริการด้านสุขภาพ) การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบบันทึกประวัติผู้สูงอายุ กระจวงสาธารณสุข (แบบ ผส 5) สร้างเครื่องมือแบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ แบบบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งใช้บันทึกผลการตรวจสุขภาพทั่วไป สุขภาพดีได้ 2 คะแนน สุขภาพไม่ดีได้ 1 คะแนน และแบบบันทึกเกี่ยวกับพฤติกรรมการรักษาสุขภาพ ซึ่งใช้บันทึกผลการพึ่งพาตนเอง การใช้สถานบริการในการรักษาสุขภาพ เมื่อทำถูกต้องเหมาะสมได้ 2 คะแนน และไม่ถูกต้องเหมาะสมได้ 1 คะแนน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC⁺ คำนวณค่าความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าที ค่าเอฟ และค่าทดสอบพหุด้วยวิธีการของเซฟเฟ

ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อยู่กับคู่สมรส มีการศึกษาต่ำกว่า ป.4 และมีรายได้ต่ำกว่า 2,250 บาท ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเรียงตามลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ ระบบหายใจและความแข็งแรงของปอด ความหนาของไขมันหน้าท้อง โรคประจำตัว และการมองเห็น ส่วนปัญหาพฤติกรรมการรักษาสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหารไม่ถูกหลัก

โภชนาการ ขาดการออกกำลังกายที่ถูกต้อง และการรักษาอาการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ไม่เหมาะสม

2. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนกับหลังการรับบริการด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน

3. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเพศชาย จำนวนสมาชิกในครอบครัว 5-7 คน และรายได้สูงกว่า 4,500 บาท หลังดีกว่าก่อนการรับบริการด้านสุขภาพ แต่พฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนกับหลังการรับบริการด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน

4. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง (ได้รับบริการด้านสุขภาพ) ดีกว่ากลุ่มควบคุม (ไม่ได้รับบริการด้านสุขภาพ)

5. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เพศชาย อายุ 60-64 ปี สถานภาพการสมรส หม้าย หย่า แยกกันอยู่ จำนวนสมาชิกในครอบครัว 5-7 คน การศึกษาต่ำกว่า ป.4 รายได้ต่ำกว่า 2,250 บาท และอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม กลุ่มทดลอง (ได้รับบริการด้านสุขภาพ) ดีกว่ากลุ่มควบคุม (ไม่ได้รับบริการด้านสุขภาพ) และพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ 60-64 ปี และจบ ป.4 กลุ่มทดลอง (ได้รับบริการด้านสุขภาพ) ดีกว่ากลุ่มควบคุม (ไม่ได้รับบริการด้านสุขภาพ)

6. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง (ได้รับบริการด้านสุขภาพ) แตกต่างกันด้านอายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพ เมื่อจับคู่พิจารณาความแตกต่าง ไม่มีคู่ใดที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ และพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง (ได้รับการบริการด้านสุขภาพ) แตกต่างกันด้านอายุและจำนวนสมาชิกในครอบครัว เมื่อจับคู่พิจารณาความแตกต่าง พบว่า มีเพียงด้านอายุ ในช่วงอายุ 60-64 ปี กับช่วงอายุ 70 ปีขึ้นไป แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

Thesis Title : Effects of Health Services on Health Status and
Health Behavior : A Case Study of the Elderly in
Tambon Thungwa, Changwat Satun.

Author : Mr. Pranitan Pantong

Major Program : Community Development Education.

Academic Year : 1993

ABSTRACT

This research was conducted in order to study the effects of health services on the health and behavior of senior citizens in Tambon Thungwa, Changwat Satun, relative to their personal and social identifiers in terms of sex, marital status, number of family members, education, income, and occupation. The sample population was composed of two equal groups of elderly citizens, with 30 people in each group. The sample population was assigned into an experimental group (those receiving health services) and a control group (those not receiving health services). Data was collected from (i) profiles of the elderly patients' health history records : individuals with good health were given 2 - point scores and those with bad health were given 1 - point scores ; and (ii) health behavior records concerning the patients self - reliance and use of health clinics : ones with proper behavior were given 2 - point scores and those with improper behavior were given 1 - point scores. Data obtained was then analyzed by the SPSS/PC⁺ computer program using percentage, arithmetic mean, standard

deviation, t-test, F-test, and Scheffe's Method for ad - hoc multivariate analysis.

The findings of the research were as follows :

1. The majority of the sample population was composed of men cohabitating with their spouses, who had not attained a Prathom IV education or above and earned a monthly income below 2,250 baht. It was found that their health-related problems in order of descending frequency were : problems related to the respiratory system and lungs, excessive fat on the abdomen, should be defined personal problems, and poor vision. The problems related to health sickness behavior, in order of descending frequency, were : poor eating habits and unbalance diets, lack of proper physical exercise, and improper treatment of minor sicknesses.

2. The health and behavior of the elderly before and after receiving health services were not different.

3. The health of elderly men with a 5 - 7 member family and a monthly income over 4,500 baht after was better than before receiving health services ; however, their health behavior before and after receiving health services was not different.

4. The health of the elderly in the experimental group (those receiving health services) was better than that of those in the control group (those not receiving health services).

5. The health of the elderly men in the experimental group between the ages of 60 - 64 years, marital status being widowed,

divorced, or separated, with 5 - 7 member families education below Prathom IV, monthly incomes less than 2,250 baht, and non-agricultural occupations, was better than that of those in the control group (those not receiving health services). Moreover the health behavior of the elderly in the experimental group (those receiving health services) between the ages of 60 - 64 years and having education of Prathom IV was better than that of those in the control group (those not receiving health services).

6. The health of the elderly in the experimental group (those receiving health services) of different ages, marital status, educational attainments, incomes, and occupations, was not significantly different. (The health behavior of the elderly in the experimental group (those receiving health services) was different in age and number of family members). In the experimental group, there was a significant difference in the health behavior of the elderly between the ages of 60 - 64 years and those of 70 years and over at a .05 level.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือของคณะกรรมการที่ปรึกษา คือ อาจารย์ ดร. เชียรินทร์ วาณิชย์ศุภวงศ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วัน เดกพิชัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พวงทอง ป็องภักย์ ดร. อนันต์ ทินยรัตน์ ที่ได้ให้คำแนะนำที่เต็มประโยชน์ในการจัดทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ให้ก่อเกิดขึ้นมาได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อาจารย์ ดร. เชียรินทร์ วาณิชย์ศุภวงศ์ ที่ได้ติดตามดูแลและให้กำลังใจตลอดเวลา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย ขอขอบคุณผู้ที่มีส่วนทำให้วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จได้ด้วยดี ตั้งแต่ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่ได้แนะนำปรับปรุงแบบกันท์กสุชภาพ เจ้าหน้าที่ และแพทย์ ของโรงพยาบาลทุ่งหว้า ที่ได้ช่วยเหลือร่วมงานตลอดมา เจ้าหน้าที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การกีฬาแห่งประเทศไทย คุณศักดิ์สวาง สุวรรณัง ที่ได้ดูแลเคราะห์เครื่องมือตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ อาจารย์ประสานพร ปานทอง อาจารย์ที่ได้ชี้แนะแก้ไขปัญหาต่าง ๆ และคุณสมปอง เอ็งฉ้วน ที่คอยช่วยเหลือในการดำเนินงานมาโดยตลอด

ประโยชน์และความดีของวิทยานิพนธ์เล่มนี้ขอมอบให้บิดา-มารดา ครู อาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านที่ได้ถ่ายทอดความรู้ประสิทธิประสาทวิชาต่าง ๆ แก่ผู้วิจัยตลอดมา

ประณิธาน ปานทอง

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(3)
Abstract.....	(5)
กิตติกรรมประกาศ.....	(8)
สารบัญ.....	(9)
รายการตาราง.....	(12)
รายการภาพประกอบ.....	(14)
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	8
สมมติฐานการวิจัย	9
ความสำคัญและประโยชน์ของการวิจัย	9
ขอบเขตของการวิจัย	10
ข้อตกลงเบื้องต้นของการวิจัย	13
นิยามศัพท์เฉพาะ	14
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	16
ความหมายของผู้สูงอายุ	16
วิวัฒนาการของการสูงอายุ	18
ทฤษฎีของการสูงอายุ	18
การเปลี่ยนแปลงทั่วไปในผู้สูงอายุ	20
	(9)

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ทฤษฎีการเรียนรู้	23
ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม	26
ความหมายของพฤติกรรมการณ์ระวังรักษาสุขภาพ	27
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการณ์ระวังรักษาสุขภาพ	27
การให้บริการผู้สูงอายุในประเทศไทย	28
การให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุของโรงพยาบาลทุ่หรั้า	31
งานวิจัยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการณ์รักษาสุขภาพของ ผู้สูงอายุ	32
3 วิธีดำเนินการวิจัย	38
แบบแผนการวิจัย	38
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	39
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	39
การเก็บรวบรวมข้อมูล	44
การจัดกระทำกับข้อมูล	44
การวิเคราะห์ข้อมูล	45
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	47
4 ผลการวิจัย	50
ข้อมูลพื้นฐานกลุ่มตัวอย่าง	50
ผลการทดสอบสมมติฐาน	60
ปัญหาและข้อเสนอแนะ	78

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
5. สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	79
สรุปผลการวิจัย	81
อภิปรายผล	83
ข้อเสนอแนะ	91
บรรณานุกรม	93
ภาคผนวก	99
ประวัติผู้เขียน	117

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนประชากรผู้สูงอายุโดยประมาณ	1
2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ	51
3 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามอายุ	51
4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามสถานภาพการสมรส	52
5 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามจำนวนสมาชิกในครอบครัว	53
6 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับการศึกษา	54
7 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามรายได้	55
8 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามอาชีพ	56
9 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามภาวะสุขภาพ	57
10 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามพฤติกรรมการรักษาสุขภาพ	59
11 ผลการทดสอบค่าที่ด้านภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนกับหลังการรับบริการด้านสุขภาพ	61
12 ผลการทดสอบค่าที่ด้านภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนกับหลังการบริการด้านสุขภาพจำแนกตามสถานภาพส่วนบุคคลและสังคม ..	62
13 ผลการทดสอบค่าที่ด้านภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของ ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	66
14 ผลการทดสอบค่าที่ด้านภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของ ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามสถานภาพส่วนบุคคลและสังคม .	67
15 ผลการทดสอบค่าที่ด้านภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของ ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองจำแนกตามเพศและอาชีพ	72

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
16	ผลการทดสอบค่าเอพด้านภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองจำแนกตามอายุ สถานภาพ การสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระดับการศึกษา และรายได้	73
17	แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างด้านภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง จำแนกตามอายุ สถานภาพการสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระดับการศึกษาและรายได้	75
18	แสดงปัญหาและข้อเสนอแนะของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพ	78

รายการภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดผลการให้บริการด้านสุขภาพ	7

บทที่ 1

บทนำ

ความถี่และความสำคัญของปัญหา

เป็นที่ทราบกันว่าจำนวนประชากรของประเทศไทย ได้ทวีเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในทุกช่วงอายุของประชากร จนกระทั่งรัฐบาลไทย ได้พยายามควบคุมอัตราการเพิ่มขึ้นของประชากร ด้วยการลดอัตราการเกิดของประชากร โดยเน้นให้แต่ละครอบครัวมีบุตรไม่เกิน 2 คน อย่างไรก็ตาม จำนวนประชากรที่เพิ่มสูงขึ้น นอกเหนือจากการเกิดของประชากร ยังมีสาเหตุมาจากการตายที่ลดน้อยลง สาเหตุการตายที่ลดน้อยลงนั้นประการหนึ่งสืบเนื่องจาก ความก้าวหน้าของวงการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นจนสามารถรักษาโรคภัยต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวมากขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของประชากรจากที่มีผู้เยาว์เป็นภาวะ ไปสู่ประชากรผู้สูงอายุเป็นภาวะมากขึ้น คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้ทำการศึกษาแนวโน้มทางด้านประชากรของประชากรของไทย พบว่า ประเทศไทยมีขนาดและสัดส่วนของประชากรเพิ่มขึ้นอย่างช้า ๆ และต่อเนื่อง โดยเฉพาะประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีหรือผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น (คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2533 : 1) ดังรายละเอียดที่แสดงไว้ในตาราง 1...

ตาราง 1 จำนวนประชากรผู้สูงอายุโดยประมาณ

ปี พ.ศ.	จำนวนประชากรผู้สูงอายุโดยประมาณ (คน)
2528	2,778,000
2529	2,880,000
2530	2,984,000
2531	3,188,000
2532	3,306,000
2533	3,421,000
2534	3,490,000
2538	3,578,000
2543	4,858,000
2553	6,579,000

ที่มา : รายงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2533

จากตาราง 1 จะเห็นได้ว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มจากประมาณร้อยละ 5 เป็นร้อยละ 6 ในช่วงเกือบสามทศวรรษ ถ้าอัตราการเพิ่มของประชากรอยู่ในอัตรานี้ ก็จะประมาณได้ว่า ในอีก 20 ปีข้างหน้า คือ ในราวปี พ.ศ. 2555 ประเทศไทยจะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 7 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด จากตัวเลขต่าง ๆ พอจะสรุปได้ว่า ประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุก ๆ ปี รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายที่จะให้บริการสาธารณสุข ทั้งด้านการรักษาพยาบาลการป้องกันโรค พร้อมทั้งส่งเสริมสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนอย่างทั่วถึงตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และอีกไม่กี่ปีข้างหน้าเมื่อผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้น เรื่องราวของผู้สูงอายุก็จะเข้ามามีบทบาทและความสำคัญต่อสังคมมากขึ้นทุกที จึงควรที่จะมีการสนใจประชากรผู้สูงอายุให้มากขึ้น (คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2533 : 3)

อีกประการหนึ่ง ผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรมนุษย์ อันมีค่าของสังคมที่ท่าประโยชน์แก่สังคม มีประสบการณ์ชีวิตการทำงานอย่างต่อเนื่องมาเป็นเวลานาน จากผลแห่งการทำประโยชน์แก่สังคมและเป็นผู้ที่มีประสบการณ์สูง จึงควรที่จะได้รับการพิจารณา ทั้งในด้านมนุษยธรรมคือสมควรได้รับการช่วยเหลือตามหลักมนุษยธรรมและความต้องการในเรื่องสุขภาพอนามัย ที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม สวัสดิการ สังคม ความมั่นคงในรายได้การศึกษา และครอบครัว ฯลฯ และในด้านการพัฒนา คือผู้สูงอายุควรได้รับความสำคัญ และมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา ตามความเหมาะสมกับกำลังสติปัญญาและความสามารถของแต่ละบุคคล เพื่อชี้แจงไว้ซึ่งคุณค่าแห่งตน และเป็นผลดีต่อสังคมโดยรวม อันเป็นการปลดเปลื้องความรู้สึกว่าเหวที่ถูกลดทิ้งและไร้ความหมายจากสังคมและบุตรหลานของตน โดยเฉพาะในสังคมที่กำลังเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วมาเป็นสังคมที่เน้นด้านเศรษฐกิจมากขึ้น และเพื่อให้ผู้สูงอายุที่ได้ทำประโยชน์แก่สังคมและประเทศชาติมาแล้วในอดีต ได้มีชีวิตในวัยปลายอย่างมีความสุขเท่าที่ครอบครัวและสังคมสามารถกระทำให้ได้ นั่นคือ ให้ความรู้ที่ช่วยให้เข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เป็นกระบวนการธรรมชาติในผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการส่งเสริม ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพและตอบสนองถึงความต้องการของผู้สูงอายุด้านต่าง ๆ ได้ (เสาวนีย์ กานต์เดชารัตน์, 2524 : 3)

ความต้องการและจำเป็นมากด้านหนึ่งของผู้สูงอายุ คือ ความต้องการด้านสุขภาพอนามัย เพราะผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงหลาย ๆ อย่างเกิดขึ้นพร้อมกัน เช่น การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ อารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพและจิตใจนั้น มีอัตราความเสี่ยงมากกว่าการเจริญ เป็นผลให้ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคได้ง่าย และเป็นติดต่อกันยาวนาน ศาสตราจารย์ นายแพทย์อรุณ เนตรศิริ ได้กล่าวในวารสารสุขภาพเดือนเมษายน 2518 เรื่อง "สุขภาพพยาธิสภาพแนวทางปฏิบัติตนของผู้สูงอายุ" ไว้ว่า วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความแตกต่างจากวัยอื่นของชีวิตมนุษย์ วัยนี้ควรได้เตรียมวิธีชีวิตอยู่อย่างผาสุก โดยการให้แพทย์ตรวจสุขภาพเป็นประจำ หากมีโรคหรือความผิดปกติทางด้านร่างกาย ก็จะได้รับแก้ไขและรักษาเสียก่อน เพราะผู้สูงอายุมีความเสื่อมทางด้านร่างกายอยู่ตลอดเวลา รวมทั้งมีความพิการอย่างเลี่ยงไม่ได้ในแง่ของการฟื้นฟูสุขภาพ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงถือว่าเป็นผู้ป่วยคนหนึ่ง (อรุณ เนตรศิริ, 2518 :

พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และคณะ ได้ศึกษาเกี่ยวกับเรื่องความทันสมัย ภาพพจน์เกี่ยวกับตนเอง และปัญหาบางประการของคนชราเมื่อปี 2523 พบว่าโรค ที่ผู้สูงอายุเป็นกันมาก ได้แก่ โรคเกี่ยวกับระบบหมุนเวียนและความดันของโลหิต โรคเกี่ยวกับไขข้อกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคเกี่ยวกับตา หู คอ จมูก โรคเกี่ยวกับระบบหายใจ โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร ลำไส้และกระเพาะ และโรคเกี่ยวกับระบบขับถ่ายและอวัยวะภายใน (พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และคณะ, 2523 : 64) ดังนั้นผู้สูงอายุจึงสมควรที่จะเข้ารับบริการด้านสาธารณสุขเป็นประจำ

สถานการณ์ให้บริการสาธารณสุขในภาคใต้ เมื่อประชาชนเกิดอาการเจ็บป่วยขึ้น โดยทั่วไปมักจะทำการรักษาตนเอง ซึ่งหากสามารถทำการรักษาได้ถูกต้องก็เป็นสิ่งที่ดีและควรส่งเสริม แต่ที่ผ่านมานั้นมักจะพบว่าประชาชนรักษาโรคด้วยตนเองในอัตราส่วนที่ค่อนข้างสูงและใช้ยาเกินความจำเป็น หรือมารับบริการเมื่อมีอาการเจ็บป่วยค่อนข้างมากแล้ว ได้มีการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยของกระทรวงสาธารณสุข เกี่ยวกับลักษณะการให้บริการรักษาพยาบาลแบบต่าง ๆ พบว่า ในอดีตประชาชนนิยมรักษาตนเองด้วยการซื้อยากินเองสูง และต่อมามีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาใช้บริการรักษาพยาบาล ไปเป็นการให้บริการของรัฐเพิ่มมากขึ้น (ชัยชัย มุ่งการดี, 2531 : 19-24)

จากผลการศึกษา ในเรื่องความต้องการเรื่องสุขภาพอนามัยของประชาชน ปี พ.ศ. 2525 ของเบญจา ยอดดำเนิน พบว่าเมื่อประชาชนเจ็บป่วยต้องการได้รับการรักษา และประชาชนไม่เอ่อกากเจ็บป่วย อยากแข็งแรง ทั้ง 2 ประเด็นนี้ ประชาชนไม่เอ่อกากเจ็บป่วยอยากแข็งแรงเป็นที่ต้องการมากที่สุด โรงพยาบาลสามารถส่งเสริมและสนับสนุนได้ในลักษณะของการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค เมื่อประชาชนเกิดเจ็บป่วยขึ้นมาควรจะได้ได้รับการรักษาอย่างประหยัดและปลอดภัย ในประเด็นของการไม่เอ่อกากเจ็บป่วยอยากแข็งแรง ผู้สูงอายุ นับได้ว่าเป็นบุคคลที่ต้องการสุขภาพแข็งแรงอย่างมาก หรือถ้าเจ็บป่วย ก็ต้องการได้รับการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง เพราะสุขภาพของผู้สูงอายุเริ่มเสื่อม ตามสภาพที่มีความต้านทานโรคต่ำ เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยหรือรู้สึกว่ามีอาการที่แสดงว่าเจ็บป่วยจากประสบการณ์ของผู้สูงอายุเอง ครอบครัว เพื่อนบ้าน และความเชื่อในสังคมแล้ว ประสบการณ์เหล่านี้เป็นปัจจัยที่ทำให้มีการแสวงหาวิธีการบำบัดรักษาอาการเจ็บป่วยได้แตกต่างกันออกไป ถ้ามีอาการเล็กน้อยก็จะซื้อยา กินเองถ้าอาการมากขึ้นไปดึกก็จะหันมาพึ่งหมอกกลางบ้าน ซึ่งมีทั้ง หมอพระ หมอน้ำมนต์ หมอฉีดยา

ยาตามบ้าน หมกเถื่อนและบุคลากรเบื้องต้นซึ่งอยู่ในท้องถิ่น ได้แก่ เจ้าหน้าที่อนามัย เจ้าหน้าที่ผดุงครรภ์ ส่วนผู้มีฐานะดีก็มีคลินิกเอกชนตามอำเภอ และถ้าอาการรุนแรงจึงพึ่งโรงพยาบาลเป็นด่านสุดท้าย (เบญจา ยอดคำเนิน, 2525 : 65)

ในปี พ.ศ. 2520 ที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกได้ตั้งเป้าหมายร่วมกัน "สุขภาพดีถ้วนหน้าเมื่อ พ.ศ. 2543 (Health for all by the year 2000)" เป็นเป้าหมายหลักทางสังคม ต่อมาในปี พ.ศ. 2521 จากผลการประชุมใหญ่ที่เมือง อัลมา อตา (Alma Ata) ประเทศรัสเซียที่ประชุมได้ตกลงให้การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) เป็นกลวิธีสำคัญที่ช่วยให้อถึงสุขภาพดีถ้วนหน้า พร้อมทั้งเรียกร้องให้ทุกชาติสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานอย่างจริงจังและต่อเนื่อง โดยผสมผสานไปกับการพัฒนาทุกสาขาในระดับชุมชน ระดับชาติ ทั้งภาครัฐบาลและเอกชน และเพื่อให้บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า ได้กำหนดกรอบของการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็น อันประกอบด้วยกิจกรรมการป้องกันโรคการส่งเสริมสุขภาพ การรักษายาบาล และการฟื้นฟูสภาพ (ทวิศักดิ์ บัวน้ำจืด, 2529 : 63 - 66) เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีสุขภาพที่ดีขึ้น วิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีนั้นคือ การให้ความรู้แก่กลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อที่จะเข้าใจหลักการปฏิบัติตนให้เหมาะสมตามสภาพ การรู้จักเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การรู้เรื่องพักผ่อน การออกกำลังกายที่เพียงพอ และการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีเหล่านี้ ถ้าได้ให้ความรู้ การศึกษาให้ผู้สูงอายุได้เข้าใจ สามารถปรับไปใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุได้แล้วจะเกิดประโยชน์ในการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ซึ่งรูปแบบนี้สามารถกล่าวได้ว่า เป็นการศึกษาเพื่อการพัฒนา

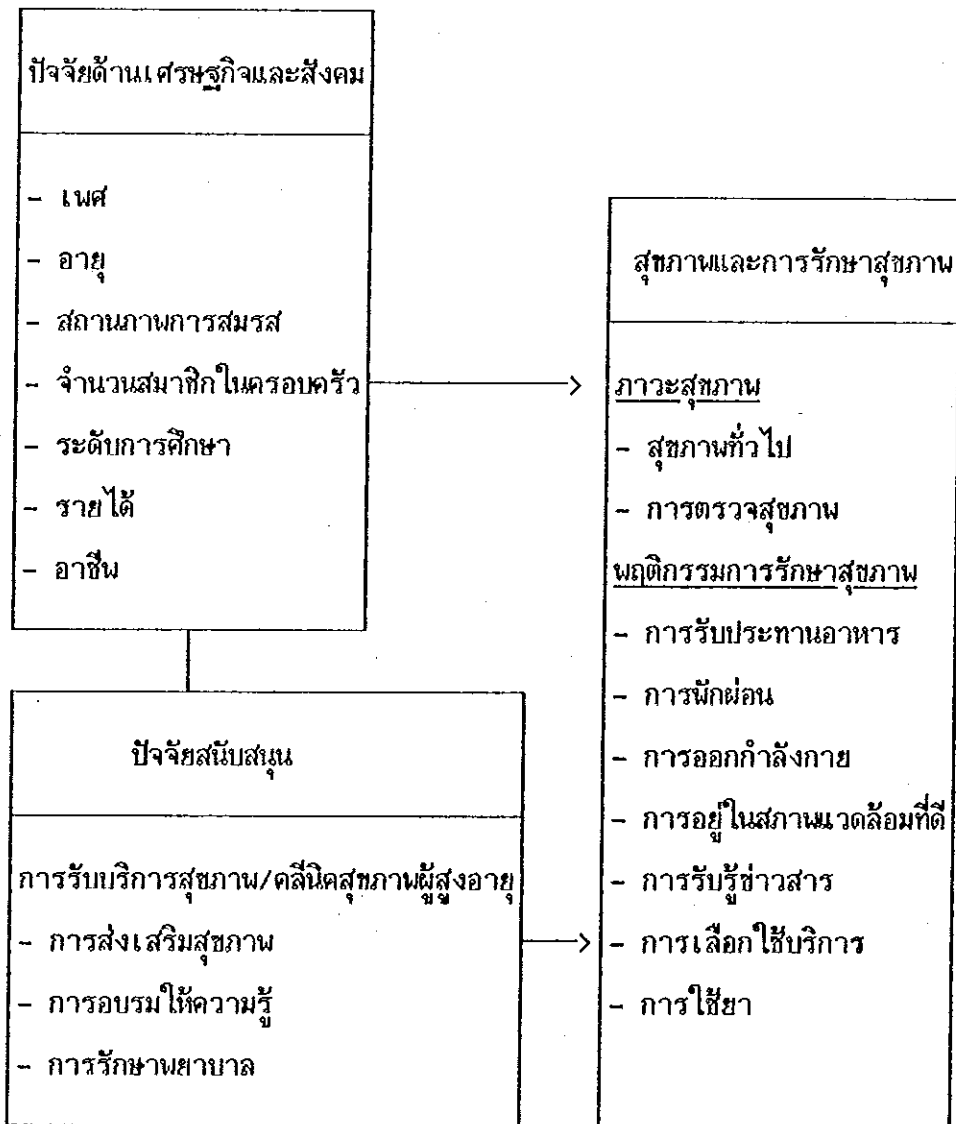
ดังที่ได้กล่าวมาแล้วจะเห็นได้ว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่สมควรให้ความสนใจเป็นอย่างยิ่งเพราะสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจของผู้สูงอายุ นับวันจะเสื่อมถอยลงตามกาลเวลา ผู้สูงอายุจึงควรได้ระมัดระวังรักษาสุขภาพของตนเอง จนกระทั่งเข้าสู่วัยสูงอายุและเกษียณอายุ ผู้วิจัยจึงได้เลือกทำการศึกษา ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเห็นว่าเมื่อผู้สูงอายุได้รับการบริการด้านสุขภาพ แล้วผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของตนเองอย่างไร และผู้สูงอายุที่ได้รับการบริการด้านสุขภาพจะมีภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการรักษาสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการบริการด้านสุขภาพหรือไม่ ผลของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุต่อไป ทั้งทางด้านการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรคและให้การ

รักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุ ตลอดจนการวางแผนทางการเตรียมตัวสำหรับประชาชนทั่วไปที่จะเป็นผู้สูงอายุต่อไปในอนาคต

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาดังนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับ ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการรักษาสุขภาพ ผลของการให้บริการด้านสุขภาพที่มีต่อภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการรักษาสุขภาพเป็นศึกษา เฉพาะกรณีผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งห้วย อำเภอทุ่งห้วย จังหวัดสตูล จากการศึกษาพฤติกรรมการรักษาสุขภาพทั่วไป โดยเบคเกอร์ พบว่า บุคคลต้องการมีสุขภาพดี ไม่ต้องการเจ็บป่วย การจะมีพฤติกรรมรักษาสุขภาพ เพื่อให้บุคคลมีสุขภาพดีนั้น ปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องประกอบด้วย ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่น อายุ เพศ การศึกษา รายได้ อาชีพ และปัจจัยสนับสนุน การปฏิบัติ เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ ความต่อเนื่องในการตรวจรักษาของ แพทย์ (Becker, 2517, 415)

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการศึกษาผลของการให้บริการด้านสุขภาพที่มีต่อ ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพและ พฤติกรรม การรักษาสุขภาพแบ่งออกเป็นปัจจัยด้านสถานการณ์ส่วนบุคคล และสังคมอื่น ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว การศึกษา รายได้และแหล่งที่มา ของรายได้ อาชีพ และปัจจัยสนับสนุนอื่น ได้แก่ การให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การให้ความรู้การรักษาพยาบาล ดังภาพประกอบที่ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดผลการให้บริการด้านสุขภาพที่มีต่อภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ ศึกษาเฉพาะกรณีผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งหญ้า จังหวัดสตูล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการให้บริการด้านสุขภาพ ที่มีต่อภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานภาพส่วนบุคคล และสังคมประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพส่วนบุคคลและสังคม ด้านเพศ อายุ สถานภาพการสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพ

2.2 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังการให้บริการด้านสุขภาพ

2.3 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลัง การรับบริการด้านสุขภาพ จำแนกตามสถานภาพส่วนบุคคลและสังคม ด้านเพศ อายุ สถานภาพการสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพ

2.4 เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง (ได้รับการบริการด้านสุขภาพ) และกลุ่มควบคุม (ไม่ได้รับการบริการด้านสุขภาพ)

2.5 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง (ได้รับการบริการด้านสุขภาพ) และกลุ่มควบคุม (ไม่ได้รับการบริการด้านสุขภาพ) จำแนกตามสถานภาพส่วนบุคคล และสังคม ด้านเพศ อายุ สถานภาพการสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพ

2.6 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง (ได้รับการบริการด้านสุขภาพ) จำแนกตามสถานภาพส่วนบุคคลและสังคม ด้านเพศ อายุ สถานภาพการสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพ

2.7 เพื่อรวบรวมปัญหาและข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ สำหรับเป็นแนวทางในการจัดบริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุต่อไป

สมมติฐานการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ตั้งสมมติฐานเพื่อทำการศึกษาดังนี้

1. ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุหลังดีกว่าก่อนการรับบริการด้านสุขภาพ
2. ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานภาพส่วนบุคคล และสังคม ด้านเพศ อายุ สถานภาพการสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ และอาชีพ หลังดีกว่าก่อนการรับบริการด้านสุขภาพ
3. ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการรักษาของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง (ได้รับบริการด้านสุขภาพ) ดีกว่ากลุ่มควบคุม (ไม่ได้รับบริการด้านสุขภาพ)
4. ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานภาพส่วนบุคคล และสังคมด้านเพศ อายุ สถานภาพการสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ และอาชีพ กลุ่มทดลอง (ได้รับบริการด้านสุขภาพ) ดีกว่ากลุ่มควบคุม (ไม่ได้รับบริการด้านสุขภาพ)
5. ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง (ได้รับบริการด้านสุขภาพ) แตกต่างกันตามสถานภาพส่วนบุคคลและสังคม ด้านเพศ อายุ สถานภาพการสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพ

ความสำคัญและประโยชน์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีความสำคัญและมีประโยชน์ดังนี้

1. ได้ทราบถึงสุขภาพของผู้สูงอายุในเรื่องการรับรู้ การหลงลืม การเคลื่อนไหวร่างกาย การเจ็บป่วย โรคประจำตัว ความดันโลหิต การมองเห็น การได้ยิน การตรวจปัสสาวะ ความทงษาของไข่มกษหน้าท้อง ระบบหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบกล้ามเนื้อ ระบบประสาท ผิวหนัง ระบบหัวใจและหลอดเลือด และสภาพจิตใจ
2. ได้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและพฤติกรรมในการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการ ส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุสำหรับ โรงพยาบาล หน่วยงาน ด้านสาธารณสุข หน่วยงานด้านสังคมสงเคราะห์ต่อไป

3. ทำให้ทราบถึงปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไขปัญหา อุปสรรค ในเรื่องของการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการวางแผน ป้องกัน ปรับปรุงและดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ
4. ทำให้ทราบถึงประโยชน์ที่เกิดขึ้นเมื่อมีการอบรมให้ความรู้ การบริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในเรื่องของสุขภาพอนามัย พฤติกรรมการรักษาสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการจัดคณิศรผู้สูงอายุสำหรับหน่วยงานด้านสาธารณสุขต่อไป
5. สำหรับนักพัฒนา นักวิจัย นักการศึกษา และผู้สนใจได้ข้อมูลสำหรับโครงการที่จะมีขึ้นสำหรับผู้สูงอายุต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีขอบเขตดังต่อไปนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุมีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีรายชื่ออยู่ตามสำเนาทะเบียนบ้าน และที่อยู่ในตำบลทุ่งหว้า อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล ซึ่งตามรายชื่อจากสำเนาทะเบียนบ้านตำบลทุ่งหว้า อำเภอทุ่งหว้าจังหวัดสตูล ปี พ.ศ. 2534 มีผู้สูงอายุ 159 คน เป็นผู้สูงอายุชาย 87 คน ผู้สูงอายุหญิง 72 คน กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีจำนวนผู้เข้าร่วมการ อบรมการให้ความรู้ การบริการรักษาสุขภาพ จำนวน 40 คน
2. ตัวแปรในการวิจัย ได้กำหนดขอบเขตในการเลือกตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่
 - 2.1 ตัวแปรต้น ประกอบด้วยข้อมูลสถานภาพส่วนบุคคล และสังคม ได้แก่
 - 2.1.1 เพศ จำนวนเป็น 2 ลักษณะ คือ
 - 2.1.1.1 ชาย
 - 2.1.1.2 หญิง
 - 2.1.2 อายุ จำแนกเป็น 3 ระดับ คือ
 - 2.1.2.1 60 - 64 ปี
 - 2.1.2.2 65 - 69 ปี
 - 2.1.2.3 70 ปีขึ้นไป

- 2.1.3 สถานภาพการสมรส จำแนกเป็น 3 ลักษณะ คือ
 - 2.1.3.1 โสด
 - 2.1.3.2 คู่
 - 2.1.3.3 หย่า หย่า แยกกันอยู่
- 2.1.4 จำนวนสมาชิกในครอบครัว จำแนกเป็น 3 ลักษณะคือ
 - 2.1.4.1 สมาชิกในครอบครัว 1-4 คน
 - 2.1.4.2 สมาชิกในครอบครัว 5-7 คน
 - 2.1.4.3 สมาชิกในครอบครัว 8 คนขึ้นไป
- 2.1.5 ระดับการศึกษา จำแนกเป็น 3 ระดับ คือ
 - 2.1.5.1 ต่ำกว่า ป.4
 - 2.1.5.2 ป.4
 - 2.1.5.3 สูงกว่า ป.4
- 2.1.6 รายได้ จากผลผลิตที่เป็นจำนวนเงินจากการประกอบอาชีพจำแนกเป็น 3 ระดับคือ
 - 2.1.6.1 ต่ำกว่า 2,250 บาท
 - 2.1.6.2 2,250 - 4,500 บาท
 - 2.1.6.3 สูงกว่า 4,500 บาท

เกณฑ์การพิจารณา ถือเป็นระดับอัตราค่าจ้างแรงงานประจำปี 2533 ของกรมแรงงานโดยกำหนดให้อย่างน้อยวันละ 75 บาท มาเป็นเกณฑ์ในการแบ่งช่วงรายได้

- 2.1.8 อาชีพ จำแนกเป็น 2 ลักษณะ คือ
 - 2.1.8.1 อาชีพเกษตรกรรม
 - 2.1.8.2 อาชีพนอกภาคการเกษตร
- 2.1.9 การบริการด้านสุขภาพ ประกอบด้วย
 - 2.1.9.1 การส่งเสริมสุขภาพ การตรวจร่างกาย
 - 2.1.9.2 การให้ความรู้ด้านสุขภาพ
 - การใช้ยา
 - การป้องกันโรค

- การออกกำลังกาย
- การรับประทานอาหาร
- การพักผ่อน

2.1.9.3 การรักษานยาบาล

2.2 ตัวแปรตาม ได้แก่

2.2.1 ภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย

2.2.1.1 สุขภาพทั่วไป

- ลักษณะการพูดคุย
- การเคลื่อนไหวร่างกาย
- การเจ็บป่วย
- การทำงาน
- โรคประจำตัว
- สภาวะจิตใจ

2.2.1.2 การตรวจร่างกาย

- น้ำหนัก ส่วนสูง
- ความดันโลหิต
- การมองเห็น
- การได้ยิน
- ความพิการ
- การตรวจปัสสาวะ
- ความผิดปกติอื่น ๆ ที่ตรวจพบ
- ความหนาของไขมันหน้าท้อง
- ระบบหายใจ
- ระบบหัวใจและหลอดเลือด
- ระบบทางเดินอาหาร
- ระบบกล้ามเนื้อ

- ระบบประสาท

- ผิวหนัง

2.2.2 พฤติกรรมการรักษาสุขภาพ ประกอบด้วย

2.2.2.1 การพึ่งพาตนเอง ได้แก่

- การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์
- การพักผ่อนอย่างเพียงพอ
- การออกกำลังกายที่เหมาะสมเป็นประจำ
- การอยู่ในสภาพสิ่งแวดล้อมที่ดี
- การรับรู้ข่าวสารที่มีประโยชน์และนำมาใช้ศึกษา

2.2.2.2 การพึ่งพาสถานบริการ ได้แก่

- การไปใช้บริการจากสถานบริการของรัฐ
- การไปใช้บริการจากสถานบริการของคลินิกเอกชน

ข้อตกลงเบื้องต้นของการวิจัย

1. เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นผู้ที่อยู่ในช่วงสุดท้ายของชีวิตกำลังความสามารถต่าง ๆ เริ่มลดลง ดังนั้น การเก็บข้อมูลจากการบันทึกก่อนและหลังการให้ความรู้การบริการรักษาสุขภาพ ใช้ระยะเวลา 4 เดือน
2. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประชากรผู้สูงอายุ เฉพาะในเขตตำบลทุ่งหว้าอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล เท่านั้น
3. แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในเขตตำบลทุ่งหว้า อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล จะสัมภาษณ์ผู้สูงอายุทุกคนที่สามารถตอบแบบสัมภาษณ์ได้
4. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นตัวแทนของประชากร

นิยามศัพท์เฉพาะ

การวิจัยครั้งนี้ ได้นิยามศัพท์เฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมกรรมการระวังรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ ไว้ดังนี้

ภาวะสุขภาพ หมายถึง สุขภาพอนามัยทั้งทางด้านร่างกาย เช่น การเคลื่อนไหวร่างกาย การพูดคุย การเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติงาน น้ำหนัก ความดันโลหิต ความหนาของไขมันหน้าท้อง ระบบหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินอาหาร ระบบกล้ามเนื้อ ระบบประสาท ผิวหนัง เป็นต้น และทางด้านจิตใจ เช่น ความรู้สึกเจ็บปวด ความรู้สึกหวาดกลัว ความรู้สึกเศร้าเสียใจ ความรู้สึกอึดอัด คับข้องใจ เป็นต้น ซึ่งพิจารณาได้จากผลการปฏิบัติภารกิจได้อย่างปกติ และจากการวินิจฉัยของแพทย์

พฤติกรรมกรรมการระวังรักษาสุขภาพ หมายถึง การรักษาสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงสมบูรณ์ ดำรงชีวิตอยู่ได้โดยปกติสุข เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การพักผ่อนอย่างเพียงพอ การออกกำลังกายที่เหมาะสมเป็นประจำ การศึกษารับรู้ข่าวสารที่มีประโยชน์ การไปใช้บริการจากร้านขายยา การไปใช้บริการจากสถานบริการจากรัฐ การไปใช้บริการจากคลินิกเอกชน และการไปใช้บริการจากหมอบ้าน

ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีชื่อตามทะเบียนบ้านในเขตตำบลทุ่งหัว อำเภอทุ่งหัว จังหวัดสตูล

การให้บริการด้านสุขภาพ หมายถึง การจัดกิจกรรมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลทุ่งหัว ในอันที่จะให้ผู้สูงอายุมีความรู้ในเรื่อง สุขภาพผู้สูงอายุและการดูแลรักษา การเฝ้าระวังโรคภัยไข้เจ็บ โรคที่มักเกิดแก่ผู้สูงอายุและการป้องกัน การออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร และได้รับการตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ ตรวจอุจจาระ วัดความดัน ซึ่งน้ำหนัก วัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และได้รับยาจากแพทย์ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายที่ดีตามสภาพอันสมควร ให้สามารถมีชีวิตได้อย่างมีความสุข และสามารถปฏิบัติภารกิจประจำวันได้

อาชีพ หมายถึง งานหลักที่ทำเพื่อให้ได้มาซึ่งผลตอบแทนจนสามารถตีค่าเป็นเงินได้ โดย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ อาชีพทางการเกษตร คือการเพาะปลูก เลี้ยงสัตว์ ประมง กั้นค้ำซึ่งที่มีใ้การเกษตร ได้แก่ รับจ้าง ล่าขาย เป็นต้น

ราคาได้ หมายถึง ผลลัพธ์ที่เป็นจำนวนเงินที่ได้จากการประกอบอาชีพ (ในกรณีที่มีการลงทุน ก็ให้คิดเฉพาะกำไรหรือจากค่าตอบแทนอื่น) เช่น ได้รับการ ส่งเสียจากบุตรหลาน ฯลฯ โดยเฉลี่ยต่อเดือน

อาการเจ็บป่วย หมายถึง อาการผิดปกติของผู้สูงอายุที่เป็นอยู่หรือรู้สึกว่าเป็น ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติภารกิจประจำวัน เช่น การขึ้นลงจากเตียงนอน การเดิน การยืน การอาบน้ำ แปรงฟัน การขับถ่าย การรับประทานอาหาร การแต่งตัว ได้แบ่งออกได้เป็นอาการเจ็บป่วยที่เป็นบ่อยไม่รุนแรง และอาการที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันรุนแรง

ระดับการศึกษา หมายถึง ที่นสูงสุดตามหลักสูตรการศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการ ที่ผู้สูงอายุเรียนจบ จึงแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำกว่า ป.4 จบ ป.4 และสูงกว่า ป.4

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ต้องการศึกษเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และพฤติกรรม การเลือกสถานบริการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่ง ได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กล่าวตามหัวข้อดังนี้ คือ

1. ความหมายของผู้สูงอายุ
2. วัตถุประสงค์ของการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
3. ทฤษฎีของการสูงอายุ
4. การเปลี่ยนแปลงทั่วไปในผู้สูงอายุ
5. ทฤษฎีการเรียนรู้ และทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม
6. ความหมายของพฤติกรรมการระวังรักษาสุขภาพ
7. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการระวังรักษาสุขภาพ
8. การให้บริการผู้สูงอายุในประเทศไทย
9. การให้บริการด้านสุขภาพผู้สูงอายุ โรงพยาบาลทุ่งหว้า จังหวัดสตูล
10. งานวิจัยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ
 - 10.1 งานวิจัยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
 - 10.2 งานวิจัยเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพ

ความหมายของผู้สูงอายุ

การศึกษาความหมายของผู้สูงอายุหรือวัยสูงอายุ ได้มีการศึกษากันมากมาย ทั้งในและนอกประเทศ ซึ่งผลจะสรุปและนำมา เสนอต่อไปนี้

หม่อมหลวง ต้อย ชุ่มสาย กล่าวถึงผู้สูงอายุในแง่วิชาการหลาย ๆ แง่คือ

ทางสังคมวิทยา ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่ต้องให้สังคมอนุเคราะห์มากกว่าที่จะอนุเคราะห์

สังคม

ทางกฎหมาย โดยพระราชบัญญัติข้าราชการพลเรือน ผู้ที่มีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ เป็นผู้ชราภาพต้องปลดเกษียณ

ทางสรีระวิทยา โดยเฉลี่ยตั้งแต่เกิดจนถึงอายุประมาณ 60 ปีกว่าเล็กน้อยจากจุดนั้น เป็นการเข้าสู่วัยสูงอายุ ตามหลักสรีรวิทยาเร็วต่างกันตามสภาวะพฤติกรรมของตนเอง

ทางจิตวิทยา ก็กับด้านสรีระวิทยา เมื่อใดมีข้อสั้นน้อย ๆ จำได้ยาก จำได้ไม่นาน สมอง่ายช่วงความใส่ใจน้อยลง จิตใจสงบน้อยลง เป็นห่วงมากขึ้น จับจดในการกระทำเล็ก ๆ น้อย ๆ เสถียรภาพทางอารมณ์น้อยลง อารมณ์หงุดหงิดบ่อยขึ้น หงุดหงิดในเรื่องที่ไร้สาระ นอนหลับได้น้อยลง ดังนี้เรียกว่า ถึงวัยชรา (ดูย ชุมสาย, 2514 : 19)

ฟอง เกิดแก้ว ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่า "คนสูงอายุ ประกอบด้วยลักษณะดังต่อไปนี้ คือ เมื่อใดกำลังถดถอยและสุขภาพของร่างกายเริ่มลดลง ขาดหน้าที่ทางเศรษฐกิจ ทำมาหาเลี้ยงชีพได้น้อยกว่าเดิมในลักษณะที่ร่างกายไม่อำนวยมีปัญหาทางด้านจิตใจเกิดขึ้น ขาดการติดต่อกับสังคมส่วนรวม" (ฟอง เกิดแก้ว, 2518 : 124)

ลักขณา ปราณีเรารัตน์ และศิลาพร อารีลาภประเสริฐ ให้ความหมายของผู้สูงอายุ หมายถึง "บุคคลที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป เป็นความยืดยาวของกาลเวลาที่บุคคลได้มีชีวิตล่วงมาก่อนที่จะเหน็ดเหนื่อยและลดถอยความมั่นคงทางสังคม" (ลักขณา ปราณีเรารัตน์ และศิลาพร อารีลาภประเสริฐ, 2522 : 183)

กุลยา ตันตติภพลาชีวะ กล่าวถึงวัยสูงอายุว่า "วัยสูงอายุเป็นช่วงสุดท้ายของอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สภาพความเสื่อมถอยทางร่างกายและจิตใจมีมากในระยะนี้ ขาดความคล่องแคล่วว่องไว ความจำเสื่อม ความคิดอ่านช้าลง ความขี้เหนียวเพียร ความคิดก้าวหน้าลดลง สภาพทางร่างกายเสื่อมถอย หูตึง ตามัว ผมหงอก และนอกจากนี้ยังต้องพบกับปัญหาการปรับตัวให้เข้ากับสภาพร่างกาย สังคม ในวัยสูงอายุด้วย" (กุลยา ตันตติภพลาชีวะ, 2528 : 24)

เมอร์เลย์ และเซนเนอร์ กล่าวว่า "วัยสูงอายุเป็นสภาวะของการมีอายุสูงขึ้นหรือแก่มากขึ้น อยู่ในระยะสุดท้ายของวัยผู้ใหญ่ ซึ่งอาจจะมีความอ่อนแอของร่างกายและจิตใจตลอดจนการเจ็บป่วยหรือความพิการร่วมด้วย" (Murray and Zentner, 2518 : 250)

จึงสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่อยู่ในช่วงสุดท้ายของชีวิตมีความเสื่อมถอยของร่างกายและจิตใจ มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ซึ่งตรงกับเกษียณอายุปัจจุบันที่ทางราชการของประเทศไทยกำหนดไว้

วิวัฒนาการของการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ในสมัยอียิปโตเครติส (Hippocrates) ได้มีการพูดถึงถึงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้สูงอายุ และการเกิดอาการต่าง ๆ เหล่านี้ หายใจขัด ปัสสาวะไม่สะดวก ปวดในข้อ นอนไม่หลับ การเสื่อมสภาพของ ตา หู จมูก ฯลฯ

ในศตวรรษที่ 13 โรเจอร์ เบคอน (Roger Bacon) นักวิทยาศาสตร์ชาวอังกฤษ ได้เขียนหนังสือเล่มแรกเกี่ยวกับผู้สูงอายุเป็นภาษาละติน และได้แปลเป็นภาษาอังกฤษในปี พ.ศ. 2226 ต่อมา ในปี พ.ศ. 2267 มีรายงานชิ้นแรกเกี่ยวกับการบำบัดรักษาโรคของผู้สูงอายุ ชื่อหนังสือ ดีซีส์ ออฟ แอด วานซ์ โล้ท์ (Diseases of Advanced Life) รายงานนี้ ได้แนะนำว่าควรดำเนินทางสายกลางในทุก ๆ สิ่งรวมทั้งการอาบน้ำร้อน น้ำเย็น และแนะนำการใช้ยาบำบัดต่าง ๆ ซึ่งนับได้ว่าเป็นรากฐานของการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ (ปาหั่น บุญหลง, 2523 : 1) พ.ศ. 2382 ไอ แอล แนสเชอร์ (I.L. Nascher) ได้นำคำว่า เจอเรียตริก (Geriatrics) หมายถึง การศึกษาโรคอันเกิดกับผู้สูงอายุมาใช้เป็นครั้งแรกในบทความ ซึ่งเขียนลงในวารสารการแพทย์นิวยอร์ค และต่อมาในปี พ.ศ. 2457 แนสเชอร์ก็ได้เขียนตำรา เกี่ยวกับการศึกษาผู้สูงอายุและการดูแลขั้น เป็นเล่มแรกของประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นผลให้คนหันมาสนใจผู้สูงอายุมากขึ้น ในระยะหลังมีผู้เขียนอีกหลายคนได้เขียนเกี่ยวกับเรื่องผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น (กุลยา ตันตติภพลาภิวัธ, 2523 : 4)

ทฤษฎีของการสูงอายุ

ปาหั่น บุญหลง ได้กล่าวถึงความเปลี่ยนแปลงของบุคคลเมื่อเข้าสู่วัยชราอันมีทฤษฎีแบ่งออกได้เป็น 5 ทฤษฎี คือ

1. **ทฤษฎีว่าด้วยพันธุกรรม (Genetic theory)** ทฤษฎีนี้อธิบายว่าลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยชราอัน เป็นพันธุกรรม ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะโครงสร้างของอวัยวะบางส่วนตรงร่างกายที่คล้ายคลึงกันหลายชั่วอายุคนแล้ว ลักษณะนั้น ๆ จะแสดงออกเมื่อมนุษย์อายุมากขึ้น หรืออาจจะแสดงออกกับบางบุคคล แม้ว่าจะยังไม่ถึงช่วงวัยชราก็ตาม เช่น ผมหงอก ตีรณะล้าน เป็นต้น

2. ทฤษฎีว่าด้วยความสัมพันธ์ของพัฒนาการที่ต้น (Counterpart theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า การเปลี่ยนแปลงของชีวิตในวัยสูงอายุเป็นผลของการสืบเนื่องของพัฒนาการตั้งแต่แรกเกิดของมนุษย์ที่เกี่ยวข้องกัน ประกอบด้วย

2.1 ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality theory) ที่มุ่งถึงความเกี่ยวพันของลักษณะเด่นต่อประสิทธิภาพระยะแรกของชีวิต

2.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับสารชีวเคมี (Biological theory) หมายถึง ความสูง อายุที่เกิดเนื่องจากความเครียดสูงขึ้น คล้ายคลึงกับทฤษฎีว่าด้วยอุบัติเหตุการ (Accidental theory) ทำให้มีการเสื่อมและถดถอยของสารชีวเคมี ทำให้การทำหน้าที่ของอวัยวะไม่ดี

2.3 ทฤษฎีว่าด้วยพฤติกรรม (Behavioral theory) เป็นภาวอธิบายถึงความแตกต่างในอายุกับพฤติกรรมและความสามารถของวัยผู้ใหญ่

3. ทฤษฎีว่าด้วยอุบัติเหตุการหรือความเสื่อมและถดถอย (Accidental "Wear and Tear theory") ในทฤษฎีนี้ไม่มีความเชื่อว่า คุณลักษณะในวัยสูงอายุเกี่ยวข้องกับกรรมของอิทธิพลที่เกิดจาก เหตุการณ์หรืออุบัติเหตุต่าง ๆ ที่บุคคลนั้นได้รับในวัยที่ผ่านมา มีความเชื่อว่าผู้มีชีวิตที่เต็มไปด้วยความวิตกกังวล ความเครียดสูงหรือทำงานหนัก คิดหนัก เจ็บป่วย จะมีอัตราของการเสื่อมและถดถอยสูงก็จะมีลักษณะวิชรอยของความสูงอายุปรากฏให้เห็นชัดเจน ได้มากกว่าผู้ที่อยู่ในวัยเดียวกัน

4. ทฤษฎีว่าด้วยคอลลาเจน (Collagen cross-linkage theory) ในทฤษฎีนี้มีความเชื่อว่า สารที่เป็นส่วนประกอบของเนื้อเยื่อและกระดูก (Collagen) และเส้นใยโปรตีน มีเพิ่มมากขึ้นและมีการจับกันมากขึ้น ทำให้สารประกอบของเนื้อเยื่อ หดสั้นเข้าเมื่อวัยชรา และเชื่อมรอบ ๆ กล้ามเนื้อจะถูกทำลายบริเวณนั้นจะมีรอยขุ่นปรากฏมากขึ้นเรื่อย ๆ

5. ทฤษฎีว่าด้วยความเครียด (Stress theory) ทฤษฎีกล่าวว่า ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันที่ผ่านมาก่อให้เกิดการเสื่อมและการถดถอย (wear and tear) ในชีวิตมนุษย์พบว่า บุคคลที่ต้องเผชิญกับความเครียดบ่อย ๆ หรืออยู่กับความเครียดนาน ๆ อัตราของการเสื่อมและถดถอยสูง ทำให้บุคคลนั้นเข้าสู่วัยสูงอายุเร็วกว่าบุคคลอื่นในวัยเดียวกัน (ปาหนัน นฤพล, 2523 : 2-3)

อาจกล่าวได้ว่า ทฤษฎีเกี่ยวกับชราภาพมีมากมายหลายประเภท หลายสาขา ซึ่งต่างก็ให้คำอธิบายที่แตกต่างกันออกไป การชราภาพเป็นเรื่องที่สลับ ซับซ้อน และมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีความเสื่อมโทรมของสังขารตามธรรมชาติ

และบางคนอาจมีปัญหาต่าง ๆ ดังนี้ บุตร หลานและสิ่งควมจึงควรจะทำให้ความสนใจ และดูแล เอาใจใส่เป็นพิเศษ

การเปลี่ยนแปลงทั่วไปในผู้สูงอายุ

ปาทันท์ บุญ-หลง ได้ศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นโดยทั่วไปใน ผู้สูงอายุ แยกได้เป็น 3 ชนิด คือ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรภาพ ทางจิตใจ อารมณ์ และทางสังคม รวมถึงความรู้สึกรู้สึกที่มีต่อสิ่งแวดล้อม

1. การเปลี่ยนแปลงทางสรีรภาพ (Biological Change) จะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในทุกๆ ระบบหน้าที่ของร่างกาย ตั้งแต่ในระดับเซลล์ ความสามารถในการทำงานของระบบต่าง ๆ ลดลง การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่เกิดขึ้น ได้แก่

การเห็น การหดคลายอวัยวะกล้ามเนื้อที่มีหน้าที่ดึงเซลล์ให้ไปงพองมีความสามารถ น้อยลง เป็นเหตุให้จุด ที่ภาพตกตลาดเคลื่อนไป การเห็นภาพจึงเสียไป

การได้ยิน ความสามารถในการรับคลื่นเสียงของอวัยวะคลื่นเสียงค่อยๆ ลดลงของเยื่อแก้วหู เมื่อมีคลื่นเสียงมากระทบในขนาดปกติเสียงลดลง และเซลล์ประสาทที่ทำหน้าที่แปลคลื่นเสียงเป็นการได้ยิน อาจเสื่อมสมรรถภาพ เนื่องจากภาวะการส่งเลือด ไปเลี้ยงบริเวณนี้ค่อยๆ ลดลงเพราะสภาพการเปลี่ยนแปลงของเส้นโลหิตหรือการเสื่อมหน้าที่ของมันเอง

การสัมผัส สภาพผิวหนังทั่วร่างกาย ความตึงตัว ความยืดหยุ่น และจุดประสาทรับรู้ต่อการสัมผัสเปลี่ยนแปลงไป ปรากฏการณ์ตามนี้ต่าง ๆ ผิวหนังแห้ง ตกกระบริเวณที่พบบ่อย คือ หลัง

การลิ้มรส จะรู้รสน้อยลงเพราะปมรับรสที่ลิ้นหมดตัวลง

การดมกลิ่น ประสาทรับกลิ่นที่จมูกทำงานบกพร่องลงไป เป็นเหตุให้การดมกลิ่นสามารถรับรู้ได้น้อยลง

การควบคุมรักษาระดับอุณหภูมิในร่างกาย ผู้สูงอายุจะมีความสามารถในการควบคุมรักษา ระดับอุณหภูมิในร่างกายลดลง จึงเป็นเหตุให้ทนต่อการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิร้อนจัดหรือหนาวจัดไม่ได้ เนื่องจากปริมาณขนและต่อมเหงื่อเสื่อมลดลง อัตราการเผาผลาญอาหารในร่างกายลดลง ขึ้นไปมันลดความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อลดลง

ระบบกระดูก ผู้สูงอายุมีความเปราะบางของกระดูก เนื่องจากมีการเสื่อมสลายตัวของแคลเซียม นอกจากกระดูกและการขาดวิตามินดี เพราะผู้สูงอายุนั้นจะมีการรับประทานอาหารที่

ไม่ได้ และไม่ค่อยชอบแสงแดด เป็นผลให้เกิดรูพรุนตามแนวกระดูกยาว เรียกว่า โรคกระดูกพรุน (Osteoporosis) ซึ่งทำให้กระดูกแตกหักได้ง่าย และพบว่า มีฮอร์โมนกระดูก ของกระดูกสันหลังจะลดลงทำให้หลังโก่งได้

ระบบหายใจ ปริมาณจุอากาศของปอดน้อยลง เนื่องจากกล้ามเนื้อทรวงอกมีความแข็งเกร็งเพิ่มขึ้น เพราะกระดูกซี่โครงมีการเคลื่อนไหวช้าลง อัตราการหายใจ ก็ช้าลงมีความรู้สึกเหมือนหายใจไม่อิ่ม ไม่เพียงพอที่จะถ่ายเทปริมาณ อากาศให้เต็มที่เพราะฉะนั้นอาจจะทำให้เกิดโรคของปอดได้ง่าย

ระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิต ความสามารถของหัวใจในการเต้น และความแรงในการบีบตัวลดลง หัวใจโตขึ้น ทำให้ปริมาณโลหิตที่ออกจากหัวใจในแต่ละนาทีลดน้อยลงด้วย ผนังของเส้นเลือดอาจมีไขมันเกาะอยู่มากทำให้แข็งและหนาเลือดไปเลี้ยงตามส่วนต่าง ๆ ได้น้อย โดยเฉพาะปลายขา เท้า ทำให้ในคนสูงอายุเป็นแผลเรื้อรังที่ปลายขา ที่เท้าได้ง่าย นอกจากนี้ยังพบว่า รุหลอดเลือดของผู้สูงอายุที่แคบเข้า ทำให้ด้านภาวะไหลเวียนของเลือดอาจมีความดันโลหิตสูงกว่าปกติทำให้เกิดโรคของหลอดเลือดและโรคของอวัยวะที่เส้นเลือดขนาดเล็กไปเลี้ยงได้ง่าย เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Myocardial Infarction) เป็นต้น

ระบบการย่อยอาหาร การหลั่งน้ำย่อยของกระเพาะอาหารลดน้อยลง กรดเกลือในกระเพาะอาหารอยู่ในระดับต่ำ อาหารถูกย่อยไม่สมบูรณ์ การดูดซึมแคลเซียมและเหล็กลดลง ฉะนั้นผู้สูงอายุจึงมักเป็นโรคขาดอาหารและซีดได้ง่าย

ระบบขับถ่าย ผู้สูงอายุจะมีการถ่ายปัสสาวะบ่อยมาก ทั้งนี้เพราะกระเพาะปัสสาวะของคนสูงอายุจะเล็กลง สามารถเก็บปัสสาวะได้เพียง 250 ซีซี หรือประมาณครึ่งหนึ่งของวัยหนุ่มสาว แต่ถ่ายออกน้อยเพราะปริมาณของเลือดผ่านไปไตลดลงถึงร้อยละ 50 ทำให้อัตราการกรองและจำนวนน้ำที่ขับออกน้อยลง อีกประการหนึ่งกล้ามเนื้อยึดปิดเปิดบริเวณช่องเปิดของกระเพาะปัสสาวะเสื่อมความสามารถในการหดเกร็ง จึงทำให้มีปัสสาวะไหลซึมออกได้ง่าย การขับถ่ายอุจจาระ การทำงานของลำไส้มีการเคลื่อนไหวช้าลง อาหารจึงอยู่ในลำไส้นาน อัตราการดูดซึมน้ำ กลับเข้าสู่ผนังของลำไส้จะมีมากขึ้น ทำให้อุจจาระมีโอกาสจับตัวเป็นก้อนแข็งในลำไส้ส่วนปลายมากขึ้น ทำให้ถ่ายอุจจาระยาก

ระบบต่อมไร้ท่อ วัยสูงอายุจะมีการลดการทำงานของต่อมไร้ท่อ ซึ่งมีผลมากต่อสภาวะร่างกายและจิตใจ ทำให้มีการเสื่อมและถดถอยตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เช่น

1. ต่อมได้สมอง โดยเฉพาะต่อมได้สมองส่วนหน้าจะเสื่อมหน้าที่ลงอย่างรวดเร็ว ทำให้ฮอร์โมนเต้านม เป็นผลให้ผู้สูงอายุเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย พบบริเวณรักแร้และหัวเข่าร่วง อวัยวะเพศเสื่อม เล็กลง
2. ต่อมไทรอยด์ จะมีขนาดเล็กลงหลังอายุ 50 ปีไปแล้ว การผลิตฮอร์โมนเต้านม ซึ่งอาจจะทำให้เบื่ออาหารและทำให้ตาฝ้าฟางและขุ่นมัว
3. ตับอ่อน จะหลั่งอินซูลินน้อยลง การนำน้ำตาลไปใช้ให้เป็นประโยชน์ มีน้อย ผู้สูงอายุอาจเห็นเบาหวานอย่างอ่อน ๆ ได้ หรือมีแนวโน้มที่จะเป็นเบาหวานได้ง่ายกว่าคนหนุ่มสาว
4. ต่อมเพศ มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในเพศหญิงอายุ 45 ปีขึ้นไป รังไข่ มดลูก ช่องคลอด เต้านมจะเหี่ยวแฟบ และหมดประจำเดือน ในเพศชายอัตราจะเหี่ยว เล็กลง การแข็งตัวของอวัยวะเพศชายไม่ดีพอ อาจต้องใช้เวลานาน

ระบอบประสาทและสมอง ความสามารถของศูนย์กลางควบคุมประสาทลดลง อาจเนื่องมาจากการแข็งตัวหรือตีตันตันของเส้นเลือด มีเลือดมาเลี้ยงไม่เพียงพอ จึงเป็นผลให้ความสามารถในการทำงานของเซลล์สมองลดลงประสิทธิภาพการสั่งงานของสมองลดลง ไม่มีเซลล์ใหม่มาแทน ทำให้ความคิด สติปัญญา เสื่อมถอย ความจำเสื่อม จำเรื่องในอดีตได้มากกว่าปัจจุบัน

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ (Psychological Change) เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เศรษฐกิจสังคม จึงมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของจิตใจ เพราะวัยสูงอายุเป็นช่วงของการหยุดงานประจำ ต้องจากงานประจำที่เคยทำ จากสถานที่ที่คุ้นเคย ซึ่งยังคงมีความผูกพันอยู่ ทำให้เกิดความสูญเสีย ประกอบกับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจสังคม ร่วมด้วย จะเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปรับตัวได้ มีมดอด ขาดหวัง หงุดหงิด กังวล มีอารมณ์เศร้า อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย มีความกลัวว่าจะถูกทอดทิ้ง ขาดความมั่นใจในตนเอง คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า และเกิดความสงสารตนเอง ในผู้สูงอายุที่ต้องสูญเสียคู่ชีวิตก็เช่นเดียวกัน จะมีผลอย่างมากต่อภาวะจิตใจอารมณ์ เพราะขาดผู้ใกล้ชิดคิดถึง เพื่อนคุยที่รู้จักและเข้าใจกันดีมาเป็นระยะเวลายาวนาน การสูญเสียนี้ เป็นเหตุให้เกิดความ รู้สึกว่าเหงาอ้างว้าง เปล่า เปลี่ยวเดียวดาย และเป็นสาเหตุให้การทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกายอ่อนแอลง และในผู้สูงอายุที่ลักษณะของการเป็นตัวของตัวเองสูง ึ่งตนเองมาโดยตลอด จะมีปัญหาในการปรับตัวให้ยอมรับสภาพที่ต้องพึ่งผู้อื่น หรือลดการเป็นตัวของตัวเองลง เพราะอำนาจหน้าที่การงานที่หมดไปพร้อมกับความจำกัดทางสุขภาพร่างกายที่มาจาก การเปลี่ยนแปลง ส่วนหญิงสูงอายุเห็นการ

เปลี่ยนแปลงทางสรีระของเนตทิ้งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ จิตใจ
อย่างมาก

ฉะนั้น ผู้สูงอายุที่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงและปรับตัวได้ดี จะมองเห็นแนวทางในการ
ใช้ชีวิตให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง ครอบครัวและสังคม ไม่เป็นสาเหตุของความวุ่นวายใน
ครอบครัวและอยู่ร่วมกับสมาชิกต่างวัยในครอบครัวอย่างมีความสุข อย่างไรก็ตามความสามารถ
ในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ ที่อยู่กับพัฒนาการ ทางด้านบุคลิกภาพ
ของแต่ละบุคคล สิ่งแวดล้อม สังคม ประสบการณ์ และสภาพเศรษฐกิจในครอบครัวด้วย

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เศรษฐกิจ (Social Economic Change) สังคมของ
มนุษย์มีการอยู่ร่วมกัน การมีปฏิริยาโต้ตอบซึ่งกันและกัน การแลกเปลี่ยนแนวความคิดเห็นกัน
และการมีความรู้สึกว่าเป็นสมาชิกของกลุ่ม สิ่งเหล่านี้เป็นความต้องการทางสังคม ในผู้สูง-
อายุก็เช่นเดียวกับผู้สูงอายุต้องการการยอมรับจากสมาชิกอื่น ๆ ในกลุ่มในครอบครัวและสังคม
แต่เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเกิดขึ้น ความสามารถในการร่วมกิจกรรมช้าลง ความ
สามารถในการแสวงหามิตรใหม่มีจำกัด เพราะผู้ที่มีอายุน้อยกว่าขาดความพึงพอใจที่จะสร้าง
สัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ และผู้สูงวัยกว่าก็ขาดความมั่นใจในหลายด้าน เช่น เนื้อเรื่องในการ
สนทนา การตามไม่ทันความเปลี่ยนแปลงของสังคม เกรงถูกรังเกียจถูกปฏิเสธ และถูกหัวเราะ
เยาะจากผู้มีวัยน้อยกว่า ดังนั้นผู้สูงอายุจึงผูกพันเป็นส่วนใหญ่อยู่มิตรเก่าซึ่งจะเหลือน้อยลง

สำหรับสภาพเศรษฐกิจในวัยสูงอายุเป็นปัญหาที่สำคัญ เพราะประชาชนชาวไทยส่วน
ใหญ่มากกว่าร้อยละ 60 มีรายได้น้อยกว่าอัตราค่าเฉลี่ยของรายได้ประชากรในประเทศ และ
ผู้สูงอายุไม่สามารถหางานอื่นทำได้ภายหลังเกษียณอายุ หากมีรายได้แน่นอนจากเงินสวัสดิการ
หรือจากลูกหลาน ก็แก้ปัญห เศรษฐกิจของผู้สูงวัยไม่ได้ แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหารื่องการครอง
ชีพแทบทั้งสิ้น ดังนั้นภาวะเศรษฐกิจก็เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวล มี
ความเครียดมากขึ้น และส่งผลไปสู่โภชนาการและสุขภาพร่างกายโดยทั่ว ๆ ไปอีกด้วย

(ปาทัม นุญหลง, 2523 : 2-9)

ทฤษฎีการเรียนรู้

การศึกษาทฤษฎีการเรียนรู้เพื่ออธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ที่แสดงออกมาในลักษณะ
ต่าง ๆ กัน มนุษย์จะมีพฤติกรรมอย่างไรนั้นเชื่อว่ามาจากการเรียนรู้ของมนุษย์ว่าเป็นอย่างไร

ทฤษฎีการเรียนรู้ ผลรวมของคำอธิบายในเรื่องการเรียนรู้ที่ได้จัดไว้ข้างมี ระเบียบแบบแผน สามารถแยกเป็น 2 กลุ่ม ใหญ่ ๆ สุข่า จันท์เอม และสุรางค์ จันท์เอม, ม.ป.ป. : 20-55) คือ

1. ทฤษฎีความสัมพันธ์ต่อเนื่อง (Associative Theories) มีจุดเน้นคือ การเรียนรู้ได้นั้น ต้องมีสิ่งเร้าเป็นตัวเร้า และสิ่งเร้าจะเป็นเครื่องช่วยให้เกิดพฤติกรรมตอบสนองขึ้นมา ทฤษฎีความสัมพันธ์เชื่อมโยง สามารถจำแนกเป็น 3 แนวทางคือ

1.1 หลักการวางเงื่อนไข (Conditioning) มี 2 แนวทางคือ

1.1.1 การวางเงื่อนไขแบบคลาสสิก (Classical Conditioning) คือ ผู้เรียน มิได้มีความพร้อมที่จะกระทำ หรือเรียนรู้ แต่ถูกสิ่งเร้ามากระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ โดยอาศัยปฏิกิริยาสะท้อนตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นภายในตัวของแต่ละบุคคล เช่น น้ำลายไหล เข้ากระตัก โกรธ กลัว เป็นต้น ทฤษฎีนี้เจ้าของคือ พาฟลอฟ (Pavlov)

1.1.2 การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (Operate Conditioning) คือ ผู้เรียนพร้อมที่จะกระทำหรือเรียนรู้ในสิ่งนั้น ๆ เมื่อผู้เรียนเห็นสิ่งเร้ามากระตุ้นและผู้เรียนมีความพร้อมที่จะเรียน มักจะเกิดการเรียนรู้โดยทันที การที่ผู้เรียนจะเกิดการเรียนรู้ได้มากน้อย เพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับทำให้สิ่งเสริมแรง เป็นทฤษฎีของสกินเนอร์ (Skinner)

หลักการวางเงื่อนไขนี้ พฤติกรรมที่พึงปรารถนา เมื่อได้รับการส่งเสริมและซ้ำบ่อย ๆ ก็จะเกิดการเรียนรู้และเกิดเป็นพฤติกรรมถาวรได้

1.2 หลักการเชื่อมโยง (Connectionism) กล่าวถึงสภาพทางจิตใจ ระบบประสาทสัมผัส ความนึกคิด จินตนาการ การตัดสินใจ หรือความรู้สึกของแต่ละบุคคลในเรื่องของการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้าและการตอบสนอง โดยมีสิ่งเชื่อมโยงเป็นตัวการที่ทำให้เกิดพฤติกรรม การตอบสนองตามลักษณะที่ผู้เรียนรู้ต้องการ ซึ่งพฤติกรรมตอบสนองมีการแสดงออกในหลายลักษณะ และมักจะสอดคล้องกับทัศนคติของบุคคล โดยอาศัยประสบการณ์เดิม พฤติกรรมตอบสนองทุกพฤติกรรมจะเกิดขึ้นอย่างเหมาะสม รวมทั้งลักษณะพฤติกรรมตอบสนองในลักษณะเพียงลักษณะเดียวเกิดขึ้นได้จากมีสิ่งมาเร้าหลาย ๆ ลักษณะร่วมกัน ผู้เป็นเจ้าของทฤษฎีคือ ธอร์นไดค์ (Thorndike)

1.3 หลักพฤติกรรมนิยม (Behaviorism) กล่าวถึงลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้าและการตอบสนอง ก่อเกิดพฤติกรรมใน 3 ลักษณะคือ

1.3.1 สิ่งเร้าต้นหนึ่งจะสามารถทำให้เกิดพฤติกรรมการตอบสนอง เพียง 1

ลักษณะ

1.3.2 สิ่งเร้าหลาย ๆ ลักษณะจะสามารถทำให้เกิดพฤติกรรมการตอบสนองได้ เพียงลักษณะเดียว

1.3.3 สิ่งเร้าเพียงสิ่งเดียว จะสามารถทำให้เกิดพฤติกรรมการตอบสนองได้ หลายลักษณะ

เราสามารถนำหลักนี้มาใช้ในการเรียนการสอนคือ ต้องสอนทุกเรื่อง โดยแยกเป็นหน่วยย่อยและสอนไปทีละขั้นก่อนจะยุติการสอนในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ต้องให้เข้าใจและสามารถตอบสนองได้อย่างถูกต้อง และการสอนที่ได้ผลดีที่สุด เมื่อผู้เรียนเกิดความตั้งใจและสนใจเรียน นักทฤษฎีที่สำคัญคือ กัทรี และฮัล (Guthrie and Hull)

2. ทฤษฎีความรู้ความเข้าใจ (Cognitive theories) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าการเรียนรู้ สิ่งใดควรพิจารณาโครงสร้าง โดยส่วนรวมทุกแง่มุมเสียก่อนจากนั้นก็แยกส่วนรวมออกเป็นส่วนย่อย เพื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างส่วนย่อยนั้น ๆ จนเกิดความคิดความเข้าใจ สามารถจำแนกเป็น

2.1 การเรียนรู้แบบหั้งเห็น (Insight) เป็นการเรียนรู้จากการลองผิดลองถูก การพิจารณาจากความสัมพันธ์ต่าง ๆ ของสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่ และให้ประสบการณ์เดิมดัดแปลงใช้กับสถานการณ์ใหม่ ๆ ที่เป็นปัญหา การเรียนรู้ในลักษณะนี้จะเกิดกับมนุษย์หรือสัตว์ที่มีสติปัญญาสูงเท่านั้น และการหั้งเห็นในการแก้ปัญหา จะต้องพิจารณาทั้งทางตรงและทางอ้อม จะช้าเร็วขึ้น ขึ้นกับความสามารถ ประสบการณ์ความเข้าใจของแต่ละบุคคล ประโยชน์ที่ได้รับจากการเรียนรู้แบบหั้งเห็นคือ เมื่อผู้เรียนสามารถเข้าใจปัญหา แก้ไขสถานการณ์ได้ ก็จะสามารถนำประสบการณ์นั้นไปแก้ปัญหาแบบเดิมหรือดัดแปลงใช้ในสถานการณ์ใหม่ ๆ ได้ ใช้กันมากในการศึกษาประวัติศาสตร์ และการวิจารณ์วรรณคดี นักคิดแนวนี้ได้แก่ นักจิตวิทยา กลุ่มเกสตัลท์ (Gestalt Psychology)

2.2 ทฤษฎีสถานของเลวิน (Lewin's Field theory) กล่าวว่า บุคคลดำรงชีวิตอยู่ในสนามอากาศแห่งชีวิต (Life Space) ประกอบด้วยตัวบุคคล และสิ่งแวดล้อมทางจิต เป็นสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอก ที่บุคคลนั้นมีปฏิริยาสนองตอบ ซึ่งอาจจะมีชีวิต ไม่มีชีวิต มีตัวตน ไม่มีตัวตน เช่น ความนึกคิด ทักษะคติ พฤติกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น จึงเกิดจากแรงภายในหรือภายนอกของบุคคลนั้น มากจะทำให้เกิดขึ้น การเรียนรู้ตามทฤษฎีนี้จึงเน้นในเรื่อง

ของแรงจูงใจ ของแต่ละบุคคล การเรียนรู้อาจเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแรงจูงใจ หรือการเปลี่ยนเจตนา เมื่อเจตนาเดิมได้รับการตอบสนองจนพอใจแล้วก็ถึงเจตนาใหม่ การกระทำที่อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ ความเข้าใจ ทำให้เกิดการเรียนรู้ตามเป้าหมาย หรืออาจทำให้เกิดการท้อถอย เบื่อหน่ายได้ และความสำนึกหรือล้มเหลวในการบรรลุเป้าหมายของบุคคล ที่ขึ้นอยู่กับระดับความมุ่งหวังของบุคคลซึ่งควรจะต้องไว้ให้พอเหมาะ ไม่สูงและต่ำจนเกินไป การนำไปใช้ในการเรียนรู้ คือ ต้องพยายามสร้างแรงจูงใจทั้งภายในและภายนอกให้เกิดความพยายามที่จะเรียนรู้ ให้รู้จักการตั้งเป้าหมายของการเรียนรู้ และเน้นหลักเหตุผล ตลอดจนหลักการของความแท้จริงต่าง ๆ เพื่อความเข้าใจโลกที่อยู่อาศัยได้ดีขึ้น (สุชา จันทรเอม และ สุรางค์ จันทรเอม, ม.ป.ป. : 20-55)

ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม

นักทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมกล่าวว่า ทฤษฎีการเรียนรู้ทั้งหมด ถูกสร้างขึ้นอยู่บนรากฐาน สภาพการณ์ทางการทดลองที่ถูกสร้างขึ้น ซึ่งมีส่วนน้อยที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริง การวัดพฤติกรรมมนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับปฏิริยาโต้ตอบของมนุษย์นั้น เชื่อว่า การคิดรูปแบบ การสร้างเป็นรูปแบบ อาจจะถูกเลียนแบบได้ ดังนั้น การเลียนแบบ การลอกแบบ และการเรียนรู้ โดยการสังเกตการณ์ จึงเป็นทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (เจริญ ทองถาวร, 2530 : 67-68)

ทฤษฎีการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่

การเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่จะต่างจากของเด็กมาก เพราะทองเด็กจะเริ่มตั้งแต่จากครู และเนื้อหาวิชา แต่สำหรับผู้ใหญ่จะเริ่มจากความสนใจ แหล่งความรู้ที่มีคุณค่าของผู้ใหญ่คือ ประสบการณ์ของผู้ใหญ่เอง พื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ สำหรับผู้ใหญ่ จึงต้องเน้น

1. ตรงกับความต้องการและความสนใจของบุคคล
2. ยึดถือสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตเป็นหลัก
3. การวิเคราะห์ประสบการณ์ที่ผ่านมา นำมาใช้

4. ให้สามารถเป็นผู้นำตนเองได้
5. ให้เป็นไปตามความสามารถของแต่ละบุคคล
(สวัณณ์ วัฒนวงศ์, 2524 : 56-58)

ความหมายของพฤติกรรมการระวังรักษาสุขภาพ

พฤติกรรมการระวังรักษาสุขภาพ ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

ประภาณี สุวรรณ กล่าวว่ หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ ไม่ว่าจะสังเกตได้หรือไม่ก็ตาม แต่สามารถวัดได้ แต่เน้นเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเท่านั้น
(ประภาณี สุวรรณ, 2526 : 30)

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ กล่าวว่ คือ พฤติกรรมที่คนพยายามกระทำเพื่อป้องกันมิให้เกิดความเจ็บป่วย (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2524 : 26)

เพนเดอร์ ได้กล่าวกว่ เป็นเสมือนพื้นฐานความเข้าใจเกี่ยวกับการกระทำเพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพให้เป็นไปตามแบบแผนการรักษา เป็นการผสมผสานระหว่างทฤษฎีทางกายภาพ ชีวภาพ จิตวิทยา และสังคม ตลอดจนภาวะเศรษฐกิจของแต่ละคน (Pender, 1987 : 26)

กล่าวได้ว่า พฤติกรรมการระวังรักษาสุขภาพจึงเป็นการกระทำของมนุษย์ที่ป้องกันและส่งเสริมให้สุขภาพของตนแข็งแรง มิให้เกิดความเจ็บป่วย

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการระวังรักษาสุขภาพ

จากการศึกษาทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคม หรือทฤษฎีสถานะ ของเลวิน (Lewin Field theory) และทฤษฎีเชิงพฤติกรรม (Behavior Theory) ที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้ของการเกิดพฤติกรรม โดยบุคคลจะถูกดึงดูดให้เข้าไปใกล้สิ่งที่เห็นมวกหรือสิ่งที่ตนพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตน และจะถอยห่างสิ่งที่เห็นลบ หรือสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา หรืออาจจะกล่าวได้ว่า การมีสุขภาพดี เป็นสิ่งที่บุคคลปรารถนา และการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่บุคคลต้องการปฏิเสธ พฤติกรรมการระวังรักษาสุขภาพ เพื่อให้บุคคลมีสุขภาพดี จึงได้มีการศึกษากันพบว่า สิ่งที่มีผลต่อ พฤติกรรมการระวังรักษาสุขภาพที่สำคัญมี

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Perceived Susceptibility) เป็นความเชื่อของบุคคลว่า ตนเองมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยได้ และเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะที่เจ็บป่วย จึงต้องมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพ (Rosenstock, 1974 : 330)
2. การรับรู้ถึงความรุนแรงและผลกระทบของโรค (Perceived Seriousness) แม้ว่าบุคคลจะรู้ว่าตนเองมีโอกาสเจ็บป่วย แต่เขายังไม่หาวิธีป้องกัน จนกว่าเขาจะมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วย ทำให้เกิดอันตรายกับอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย ซึ่งจะมีผล กระทบต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม (Becker, 1974 : 411)
3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค (Perceived Benefits) ผู้ที่ปฏิบัติตามคำแนะนำต่าง ๆ เพื่อการป้องกันโรคและเชื่อว่าการปฏิบัตินั้นสามารถลดภาวะความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อสุขภาพได้
4. การรับรู้ถึงอุปสรรคที่ขัดขวางต่อพฤติกรรมอนามัย (Perceived Barrier) เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าในแง่ลบ เช่น ความไม่สะดวก ความสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ความกลัวเจ็บ ความยุ่งยากซับซ้อน ความไม่พอใจในการบริการ สิ่งเหล่านี้ ทำให้หลีกเลี่ยงพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของตนเอง (Rosenstock, 1974 : 331)
5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) เป็นความสนใจ เป็นสภาพด้านอารมณ์ที่เน้นในเรื่องสุขภาพ ที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมด้านการรักษาสุขภาพไม่ให้เจ็บป่วย หรือดูแลเอาใจใส่ให้มีสุขภาพดีขึ้น (Becker, 1974 : 410)
6. ปัจจัยร่วมอื่น ๆ (Other Modifying Factors) ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น
 - 6.1 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่น อายุ เพศ การศึกษา รายได้ อาชีพ
 - 6.2 ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติ เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย กับเจ้าหน้าที่ ความต่อเนื่องในการตรวจรักษาของแพทย์ (Becker, 1974, 415)

การให้บริการผู้สูงอายุในประเทศไทย

1 การให้บริการผู้สูงอายุ

นายแพทย์บรรลุ ศิริวานิช รองอธิบดีกรมการแพทย์ ได้อธิบายการให้บริการผู้สูงอายุนี้ นอกจากด้านการแพทย์ ที่ประกอบด้วย การป้องกันการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้ความพิการกลับคืนสู่สภาพปกติ แล้วยังต้องการบริการด้านอื่น ๆ

อีกด้วย แนวทางการให้บริการนั้น อาศัยกลวิธีด้านสาธารณสุขมูลฐานแบ่งออกเป็น 4 ระดับคือ

1.1 บริการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นการให้ความรู้เบื้องต้นแก่ประชาชน ให้สามารถช่วยตนเองได้ โดยใช้อาสาสมัครจากชุมชน

1.2 ศูนย์บริการสาธารณสุขและโรงพยาบาลอำเภอ ให้บริการด้านรักษาที่ไม่ยากนัก และส่งเสริมสุขภาพเป็นหลัก

1.3 โรงพยาบาลจังหวัด มีขีดความสามารถให้บริการสูงกว่าโรงพยาบาลอำเภอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับการรักษาเฉพาะโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพ

1.4 โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลภาค โรงพยาบาลเฉพาะโรค และโรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์ มีขีดความสามารถให้บริการได้มากกว่าโรงพยาบาลอำเภอ และโรงพยาบาลจังหวัดสามารถแบ่งแยกการรักษาออกเป็นหน่วยต่าง ๆ ซึ่งจะมีคลินิกผู้สูงอายุ เป็นหน่วยย่อยหนึ่งในสาขาอายุรกรรม

ปัจจุบันการให้บริการผู้สูงอายุทางการแพทย์ ได้มีแนวทางการบริการคือ สำหรับโรงพยาบาลที่มีเจ้าหน้าที่มากพอ ได้จัดตั้งคลินิกให้บริการ ผู้ป่วยสูงอายุแยกต่างหากจากผู้ป่วยประเภทอื่น โดยให้บริการทั้งทางด้านป้องกันและด้านรักษา และจัดให้มีการอบรมระยะสั้นสำหรับแพทย์ทั่วไป เพื่อให้มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุในด้านการรักษาและส่งเสริมสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ (บรรลุ ศิริวานิช, 2528 : 32-34)

2. วิธีแก้ปัญหาให้ผู้สูงอายุ

จากที่กล่าวมาแล้ว การหาแนวทางแก้ปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เพื่อนำไปใช้ในเชิงปฏิบัติได้ไว้ดังนี้คือ

2.1 การแก้ปัญหาของผู้สูงอายุในสถานบริการสาธารณสุขมีแนวทางการพิจารณา คือ โรคใดบ้างที่เกิดขึ้นจากการที่มีอายุสูงขึ้น และมีหนทางใดที่จะป้องกันให้โรคเหล่านี้เกิดขึ้นได้ช้าลงกว่าเดิมโรคใดบ้างที่เป็นโรคติดเชื้อมากและเกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกอายุอยู่แล้ว ดังเช่น วัณโรคปอด เป็นต้น นอกจากจะพิจารณาในแง่การป้องกันแล้ว จำเป็นต้องหาวิถีทางให้ผู้สูงอายุ เหล่านี้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และได้รับบริการที่ดีตามความเหมาะสมอีกด้วยมีโรคเป็นจำนวนมาก ซึ่งถ้ามีสุขภาพอนามัยดีตั้งแต่เยาว์วัยหรือก่อนอายุ 60 ปีก็อาจไม่มีปัญหาต่อเนื่องกันมาถึงเมื่ออายุเกิน 60 ปีไปแล้ว

2.2 การแก้ปัญหาของผู้สูงอายุในระดับทบวงมหาวิทยาลัย

2.2.1 ด้านการศึกษา การศึกษาในระดับปริญญาตรี ควรมีการให้การศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยแทรกเป็นชั่วโมง เกี่ยวกับผู้สูงอายุในเครดิตการศึกษาที่มีอยู่แล้ว ทั้งในด้านสาขาแพทยศาสตร์ เกษตรศาสตร์ ทัศนแพทยศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ ฯลฯ หรือจะเปิดเป็นวิชาเลือกทั้งในระดับปริญญาตรี และภายหลังระดับปริญญาตรี ในด้านกายวิภาคศาสตร์ สรีรวิทยา เกษตรวิทยา ชีวเคมี และพยาธิวิทยา ปัจจุบันได้สอนตั้งแต่เริ่มใช้ที่ผสมอยู่ในครุภัณฑ์มาจนถึงผู้ใหญ่ ถ้าได้เสริมหรือเพิ่มเติมการเปลี่ยนแปลงในระยะที่มีอายุเกิน 60 ปีไปด้วย จะเป็นภาระพื้นฐานในด้านพรีคลินิก อันจะเกี่ยวโยงต่อเนื่อง ไปถึงด้านการรักษาและการป้องกันต่อไป การศึกษาภายหลังปริญญาตรี เมื่อได้มีการปูพื้นฐานในระดับปริญญาตรีมาแล้วเป็นอย่างดี ก็จะทำให้ผลิต หรือบัณฑิตเหล่านั้นได้ทราบถึงปัญหาของผู้สูงอายุดีขึ้น ดังนี้จึงอาจเสริมวิชาอันเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เข้าไว้ในเครดิต ซึ่งจัดไว้แล้วแต่เดิมหรือจัดเป็นวิชาเลือก รวมทั้งมีการค้นคว้าวิจัยในเรื่องซึ่งเกี่ยวกับผู้สูงอายุเป็นลำดับต่อไปด้วย

2.2.2 ในด้านการบริการเมื่อมีผู้สูงอายุมากขึ้น การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยจึงควรมีขึ้นเช่นกัน ปัญหาในปัจจุบันที่เกิดขึ้น คือ ผู้สอนหรืออาจารย์ในมหาวิทยาลัยทางด้านคลินิก คือ มีบุคลากรไม่เพียงพอ พอที่จะเปิดบริการในด้านนี้โดยเฉพาะ จึงควรที่สำนักงานประมาณจะได้พิจารณาให้ความสำคัญด้วยเช่นเดียวกัน เพื่อการบริการผู้สูงอายุได้เป็นไปตามเป้าหมายโดยมีประสิทธิภาพ

2.2.3 ในด้านการป้องกันโรค มีโรคหลายโรคด้วยกันที่อาจป้องกันให้เกิดน้อยลงได้ ทั้งในผู้สูงอายุ และในวัยที่ต่ำกว่าอายุ 60 ปี โดยอาศัยเวชศาสตร์ป้องกันและสังคมเข้ามามีส่วนร่วมเป็นสำคัญ ในระดับกระทรวงศึกษาธิการ มีวิธีการที่อาจช่วยให้เด็กในวัยเรียนได้เข้าใจสภาพจิตใจของผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป อันอาจทำให้เกิดช่องว่างระหว่างวัยน้อยลง และทำให้สามารถทำกิจกรรมร่วมกันได้ ครูหรืออาจารย์จึงเป็นผู้ช่วยปลูกฝังความรู้สึกรับผิดชอบในสังคมได้ดีที่สุด ในด้านการศึกษา ควรปลูกฝังจริยธรรมอันดีที่เด็กจะพึงมีกับผู้ใหญ่ในวัยสูงอายุ อันอาจทำให้โรคอันเกิดจากจิตประสาทลดลง และเกิดความอบอุ่นในครัวเรือนในสังคมไทยเรา ควรที่ลูกหลานจะพึงเอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุโดยใกล้ชิด ถ้าได้ปลูกฝังความคิดนี้ไว้เหมือนแต่เดิมา การแยกตัวของผู้สูงอายุไปอยู่ในบ้านของผู้ที่ราซึ่งจัดโดยรัฐหรือเอกชนก็จะลดลง การปลูกฝังความรู้ ในเรื่องเวชศาสตร์การป้องกันและสังคมในระดับพื้นฐานอาจช่วยป้องกันการกระจายของวัณโรคปอดได้ เช่น การกินน้ำลายที่มีเชื้อโรค ตามสถานที่สาธารณะเป็นต้น ซึ่งใน

ประเทศที่เจริญแล้วจะไม่ทำกัน เพราะเป็นการกระจายเชื้อโรคแก่สาธารณชนทั่วไป อนึ่ง มีผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากที่ยังมีความสามารถให้ชีวิตให้เกิดประโยชน์ในด้านการศึกษาในท้องถิ่นทั่วไปจึงควรหาทางให้ผู้สูงอายุได้ทำงาน สร้างบทบาทที่เพิ่มประโยชน์แก่ตนเองและสังคม โดยอาจหาข่าวสารจากอาสาสมัครหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) เพื่อสำรวจผู้สูงอายุที่มีความประสงค์ที่จะช่วยกระทำกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้

2.2.4 โดยการให้ระบบสาธารณสุขมูลฐานคุณภาพของประชาชนถือเป็นหลักใหญ่ในการพัฒนาประเทศ การที่บุคคลใดจะมีคุณภาพดีได้นั้น จำเป็นต้องมีสุขภาพกายและจิตใจดีด้วย เพื่อที่จะได้ใช้ความฉลาดและกำลังกายไปในทางที่ถูกต้อง ทำให้เกิดประโยชน์ทั้งตนเอง ครอบครัว หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ ฯลฯ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดการสาธารณสุขมูลฐานขึ้น เพื่อช่วยพัฒนาประชากรให้ดีขึ้นทั้งในด้านสุขภาพอนามัยและจิตใจ การสาธารณสุขมูลฐาน นี้ประกอบด้วย การให้การศึกษาแก่ประชาชนเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพอนามัยที่มีอยู่ ตลอดจนวิธีการป้องกันและควบคุมปัญหาเหล่านี้ การส่งเสริมในเรื่องโภชนาการและโภชนาการ การจัดหาน้ำดื่ม และน้ำใช้ที่ปลอดภัย ตลอดจนการจัดให้มีการสุขาภิบาลขั้นพื้นฐาน การอนามัยแม่และเด็กรวมทั้งการวางแผนครอบครัว การให้ภูมิคุ้มกันเพื่อป้องกันโรคติดต่อที่สำคัญ การป้องกันและควบคุมโรคต่าง ๆ ที่มีอยู่ในท้องถิ่น การรักษาพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับโรคและการบาดเจ็บที่พบบ่อย การจัดหายาที่จำเป็นสำหรับประเทศไทย ในการสัมมนาระดับชาติ เรื่อง "กลวิธีเพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้า เมื่อ 2543" ในปี 2522 มีมติให้เพิ่มอีก 4 องค์ประกอบคือ การส่งเสริมสุขภาพในช่องปาก การส่งเสริมสุขภาพจิต การสังคมสงเคราะห์แก่ผู้พิการ การป้องกัน แก้ไข และควบคุมมลภาวะแวดล้อม (ศรีจิตรา ภูมณาด, 2524 : 81-85)

นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขปัจจุบันเน้น 10 องค์ประกอบแรก ซึ่งจะเห็นได้ว่างานต่าง ๆ เหล่านี้ มีการขยายขอบเขตกว้างขวางเพื่อเข้าสู่จุดที่สำคัญจุดเดียวคือ ให้ทุกคนมีสุขภาพอนามัย และมีบริการไปได้ทั่วถึงกันทั้งประเทศในทุก ๆ ด้าน

การให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ โรงพยาบาลทุ่งหว้า จังหวัดสตูล

โรงพยาบาลทุ่งหว้า อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล รับผิดชอบดูแลเกี่ยวกับสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ตำบลทุ่งหว้า อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล มีประชากร ประมาณ 5,602 คน (จากการสำรวจของโรงพยาบาลทุ่งหว้า) ประชาชนส่วนใหญ่ ร้อยละ 75 มีอาชีพด้านเกษตร

เกษตรกรรม และอีกร้อยละ 25 มีอาชีพรับจ้างและอื่น ๆ การให้บริการด้านสุขภาพผู้สูงอายุได้ดำเนินการขึ้น เพื่อเป็นการบริการแก่ผู้สูงอายุในตำบลทุ่งหว้า เพื่อให้ผู้สูงอายุเหล่านั้น ได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นหลักของครอบครัว และเป็นประโยชน์แก่สังคมส่วนรวม ได้อย่างยาวนาน

การให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ ของโรงพยาบาลทุ่งหว้า เปิดดำเนินการในรูปของคลินิกผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 1 มกราคม 2536 ประกอบด้วยกิจกรรม คือ

1. การส่งเสริมสุขภาพ ตรวจร่างกาย
2. การรักษายาบาล
3. การอบรมความรู้เกี่ยวกับการรักษาสุขภาพ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพและพฤติกรรมในการเลือก

สถานบริการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ

งานวิจัยในเรื่องภาวะสุขภาพและพฤติกรรมในการเลือกสถานบริการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุนั้น ได้มีการศึกษากันไว้มากพอสมควร ทั้งในและนอกประเทศ งานวิจัยที่น่าสนใจนำมาศึกษา ดังจะกล่าวตามลำดับดังนี้

1. งานวิจัยเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ในปี พ.ศ. 2511 ชานเนส และคณะ ได้ศึกษาเรื่องจิตวิทยาและสุขภาพของผู้สูงอายุจากประเทศเดนมาร์ค อังกฤษ และสหรัฐอเมริกา พบว่า ในการประเมินสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเหล่านั้น คล้ายคลึงกันคือ ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีร้อยละ 54 ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพไม่ได้ไม่เลวร้อยละ 30 และประเมินว่าตนเองมีสุขภาพแย่อ้อยละ 16 (Shanao, Ethel and other, 1968 : 212-213)

ในปี พ.ศ. 2516 พรรณทิพย์ รามสูตร ได้ศึกษาเรื่องความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในเมืองตรอมมอน นครเขรฐาเล็ม ประเทศอิสราเอล พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางด้านสุขภาพอนามัยในกลุ่มต่าง ๆ เช่น เพศ อายุ และการศึกษา สถานะทางสุขภาพกับความสามารถทางร่างกายมีความสัมพันธ์กันอย่างสูง และไม่มีความแตกต่างกันระหว่างสถานภาพทางสุขภาพกับการดำรงชีวิตประจำวัน (พรรณทิพย์ รามสูตร, 2516 : 61-64)

ในปี พ.ศ. 2517 ดวงพร ดวงนิกุล ได้ศึกษาสำรวจความต้องการที่คนชราที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร พบว่าผู้ชราที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา

นั้น มีปัญหาเกี่ยวกับครอบครัว อยู่กับครอบครัวไม่มีความสุข เนื่องจากสาเหตุด้านเศรษฐกิจ รายได้ไม่พอกับรายจ่าย ด้านอารมณ์และจิตใจที่ทาดผู้อุปการะเลี้ยงดู (ดวงพร ดวงนิกุล, 2517 : 20)

ในปี พ.ศ. 2518 อุตตราพร มุขนาค ตึกหาถึงปัญหาความต้องการของคนชราบ้านบางแค พบว่า คนชราที่มาอยู่สถานสงเคราะห์คนชรานบ้านบางแค นั้น สาเหตุจากไม่มีที่อยู่อาศัยร้อยละ 40.50 ขาดผู้อุปการะเลี้ยงดูร้อยละ 35.33 สาเหตุทางจิตใจ อารมณ์ ที่รู้สึกว่าจะไม่มีความสุข เมื่ออยู่กับครอบครัวร้อยละ 21.30 และเนื่องจากความเจ็บป่วยร้อยละ 20.67 (อุตตราพร มุขนาค, 2518 : 100)

ในปีเดียวกัน สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ ได้ศึกษาวิจัยเรื่องปัญหาและการกำหนดนโยบาย สำหรับประชากรวัยชราในประเทศไทย เพื่อศึกษาลักษณะสถานภาพทางเศรษฐกิจสังคม และสุขภาพอนามัยของคนชราระหว่างเขตเมือง เขตชนบท และคนชราในสถานสงเคราะห์ของกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทยทั้ง 5 แห่ง คือ บางแค เชียงใหม่ นครราชสีมา ยะลา และชลบุรี มีประชากรตัวอย่างทั้งหมด 688 รายพบว่า คนชราในเขตชนบทประเมินสุขภาพของตนว่า ไม่แข็งแรงกว่าผู้อยู่ในเขตเมือง และความผิดปกติของระบบต่าง ๆ ของร่างกาย พบว่า คนชราร้อยละ 64 มีระบบไหลเวียนโลหิตผิดปกติและได้เสนอนโยบายเกี่ยวกับโครงการต่าง ๆ ในอนาคตสำหรับคนชรา มีดังนี้

- 1) โครงการส่งเสริมสุขภาพคนชรา เพื่อให้คนชรารู้จักรักษาสุขภาพของตนเอง เช่น รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การรู้จักออกกำลังกาย การรู้จักปรับสภาพอารมณ์
- 2) โครงการสวัสดิการทางการแพทย์ เพื่อรักษาอาการผิดปกติที่พบบ่อยในคนชรา
- 3) โครงการกายภาพบำบัด เพื่อให้คนชราออกกำลังกายและฝึกฝนกล้ามเนื้ออย่างถูกวิธี (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2518 : 4-25)

ในปี พ.ศ. 2522 บุญถิ่น สุภาพ ได้ทำการวิจัยเรื่องการศึกษาเปรียบเทียบปัญหาความต้องการ และโลกทัศน์ของคนชราในสถานสงเคราะห์คนชราของรัฐบาล และเอกชน จำนวน 100 คน พบว่า ปัญหาแรกคือ ปัญหาเรื่องเศรษฐกิจและการดำรงชีพ ปัญหารองลงมาคือ ปัญหาความเสื่อมโทรมของสุขภาพ และพอใจ เมื่อได้รับการตอบสนองด้วยอาหาร ที่พัก ความปลอดภัยและนันทนาการ (บุญถิ่น สุภาพ, 2529 : 93-95)

ในปี พ.ศ. 2523 นีรสิทธ์ คำนวมศิริ และคณะ ได้ทำการวิจัย เรื่อง ความทันสมัย ภาพพจน์ เกี่ยวกับตนเองและปัญหาบางประการของคนชรา พบว่าผู้สูงอายุชาย โดยทั่วไปไม่

สภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุหญิง และโรคที่ผู้สูงอายุเป็นกันมาก ได้แก่ โรคเกี่ยวกับระบบหมุนเวียนและความดันของโลหิต โรคลม โรคเกี่ยวกับไขข้อกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคเกี่ยวกับตา หู คอ และจมูก โรคเกี่ยวกับระบบหายใจ โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร ลำไส้ และกระเพาะ และโรคเกี่ยวกับระบบขับถ่ายและอวัยวะภายใน (เฟรลิกกี คำานวนศิลป์ และคณะ, 2523 : 161)

ในปี พ.ศ. 2532 นิวัติ กลิ่นงาม ได้ทำการศึกษาเรื่องสภาวะปัญหาความต้องการ เป้าหมายชีวิตและการเตรียมตัวของผู้สูงอายุที่จังหวัดเพชรบุรี พบว่า

- 1) อาการเจ็บป่วยด้านร่างกาย มีอาการเป็นหวัดคัดจมูกมากที่สุด รองลงมาคือ ปวดเมื่อย เคล็ดขัดยอก เป็นลมหน้ามืด นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ปวดท้อง ตามลำดับ
- 2) ภาวะการเจ็บป่วยทางอารมณ์และจิตใจพบว่า มีอาการโกรธและท้อเคื่องมากที่สุด รองลงมาคือ การทะเลาะกับบุคคลในครอบครัว ความรู้สึกผิดหวัง ความรู้สึกเปล่าเปลี่ยว วิตกกังวลในทรัพย์สิน รู้สึกตนเองไร้ค่า หวาดระแวงกลัว ถูกทอดทิ้งตามลำดับ
- 3) ปัญหาการปรับตัวและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นพบว่า มีปัญหาไม่เข้าใจกับลูกหลานมากที่สุด (นิวัติ กลิ่นงาม, 2532 : 60-63)

นภาพร ชัยวรรม และคณะ ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเรื่องผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรของผู้สูงอายุในประเทศไทยที่มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด คือ สภาวะสุขภาพไม่ได้เอานำไปสู่ปัญหาเศรษฐกิจ และขณะเดียวกันความยากจนก็จะมีผลทำให้สุขภาพด้านร่างกายและจิตใจไม่ได้ไปด้วย โรคที่ผู้สูงอายุไทยเป็นมากที่สุด คือ เป็นโรคเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อ โครงสร้าง และเนื้อเยื่อเสริม และโรคเกี่ยวกับระบบย่อยอาหาร (นภาพรรม ชัยวรรม และคณะ, 2532 : 96-99)

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการเลือกสถานบริการรักษาสุขภาพ

จากการศึกษาและวิจัยในประเทศ นักวิชาการหลายท่านได้ศึกษาการเลือกใช้บริการเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วย ซึ่งจะเลือกให้บริการแบบใดนั้นขึ้นกับปัจจัยหลาย ชนิดด้วยกัน งานวิจัยที่สำคัญและน่าสนใจ เช่น

ในปี 2517 สันทัต เสริมศรี และ เจมส์ เอ็น โรลีย์ วิจัย เกี่ยวกับพฤติกรรมในการใช้บริการทางการแพทย์สาธารณสุขและการคุมกำเนิดของไทย : การวิจัยในชุมชนแห่งหนึ่ง พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคไม่รุนแรง จะไปซื้อยาจากร้านขายยามากินเอง มีจำนวนน้อยที่ไปรับ

บริการรักษาที่สถานอนามัยซึ่งมักเป็นคนจน และทั่วไปเป็นกรณีอุบัติเหตุซึ่งมีอาการหนัก (สันทัด เสริมศรี และเจมส์ เอ็น โรลีย์, 2517 : บทคัดย่อ)

ในปี 2520 ญูเลียส เลี้ยวประไพ ได้ศึกษาเรื่องการไปใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนที่จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ถ้ามีอาการเจ็บไข้ได้ป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ส่วนใหญ่ประมาณ ร้อยละ 58 ไปที่เภสัชกรที่ร้านขายยา ร้อยละ 21.5 ไปสถานบริการของรัฐ ร้อยละ 8 ไปคลินิกเอกชน และถ้ามีอาการบาดเจ็บหรือป่วยหนัก ผู้ป่วยใช้บริการของรัฐเป็นส่วนมากถึงร้อยละ 65.6 และอีกส่วนหนึ่งยังรักษาทางแผนโบราณ (ญูเลียส เลี้ยวประไพ, 2524 : บทคัดย่อ)

ในปี 2523 เบญจา ยอดดำเนิน และกฤตยา อาชวนิจกุล ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของคนไทย ในทฤษฎีและการศึกษาทางสังคมวิทยา มานุษยวิทยาการแพทย์ที่อำเภอห้วยจักร จังหวัดลำปาง พบว่า ถ้ามีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยก็จะซื้อยากินเอง หากหมอเถื่อน เมื่อมีอาการถึงขั้นรุนแรงจึงจะพึ่งพาโรงพยาบาลเป็นที่สุดท้าย (เบญจา ยอดดำเนิน และกฤตยา อาชวนิจกุล, 2523 : 45-48)

นอกจากการศึกษาของอรทัย รวยอาจิณ และกาญจนา แก้วเทพ ได้ศึกษาเรื่องบทบาทของแพทย์ แผนโบราณในการพัฒนาสาธารณสุขไทย พบว่าผู้ป่วยในชนบทที่ยากจนจะไปพึ่งการรักษาจากหมอแผนโบราณเมื่ออาการเจ็บป่วยเป็นมากขึ้นจึงจะยอมไปใช้การรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันของรัฐมากกว่าของเอกชนเพราะค่าบริการของรัฐถูกกว่าเกี่ยวกับอาชีพ พบว่า ข้าราชการของรัฐมักไปโรงพยาบาลบ่อย พวกที่มีอาชีพทางการเกษตร นิยมใช้บริการจากหมอตำแยและหมอฉีดยามาก สำหรับประชาชนในเขตเมืองที่เจริญดีแนวโน้มที่จะไปใช้บริการ 5 ประเภท คือ แพทย์โรงพยาบาลอำเภอ คลินิกเอกชน โรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลของรัฐ ส่วนประชาชนในเขตชนบทที่ยังไม่เจริญมาก มีแนวโน้มที่จะไปใช้บริการจาก หมอแผนโบราณ หมอผี หมอตำแย หมอฉีดยา แพทย์ประจำตำบล และพนักงานอนามัยของรัฐ (อรทัย รวยอาจิณ และกาญจนา แก้วเทพ, 2523 : บทคัดย่อ)

ในปี 2525 มานพ คณะโต ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มชาติพันธุ์ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า ประชากรที่มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น ปวดศีรษะ หน้ามืด เป็นลม ส่วนมากจะรักษาด้วยการไปซื้อยามากินเอง ซึ่งทำให้อาการเจ็บป่วยหายได้ ถ้าไม่หายจึงจะไปใช้บริการของรัฐหรือของเอกชน (มานพ คณะโต, 2525 : บทคัดย่อ)

ในปี 2527 ที่นัชม เจริญยุทธ ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยกำหนดการเลือกใช้บริการสาธารณสุขประเภทต่าง ๆ ของประชาชนในชนบทที่จังหวัดชัยภูมิพบว่า ผู้สูงอายุนิยมใช้บริการของเอกชน ผู้ที่มีการศึกษาดำเนินการให้บริการของหมอแผนโบราณมากที่สุด ด้านรายได้ พบว่า ผู้ที่มีรายได้สูงนิยมใช้บริการของเอกชนมากที่สุด ส่วนผู้ที่มีรายได้ต่ำ นิยมใช้บริการแผนโบราณมาก (ที่นัชม เจริญยุทธ, 2527 : บทคัดย่อ)

วชิระ สิงคหเสนทร์ ศึกษาเรื่อง การใช้บริการทางการแพทย์ และอนามัยของชาวชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า หากผู้ไม่สบายมีอาการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย ส่วนใหญ่จะปล่อยให้หายเอง และไปซื้อยามากินเอง แต่ถ้าไม่สบายมากจึงจะเข้ารับการรักษาพยาบาลแผนใหม่ (วชิระ สิงคหเสนทร์, 2527 : บทคัดย่อ)

จากบทความและงานวิจัยดังกล่าวข้างต้น ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีสภาวะความเสี่ยงของร่างกาย ทขาดความแข็งแรง แคล้วคล่องว่องไว ความคิดอ่านช้าลง จำได้ไม่นาน ลืมง่าย การมองเห็น การรับฟัง เริ่มลดลง เกิดปัญหาเกี่ยวกับกระดูกและข้อ เนื่องจากความเสี่ยงจากการให้ทำงานเกินระยะเวลาที่ยาวนาน ผมเริ่มหงอกขาว ผิวหนังเริ่มมีรอยย่น และสภาพจิตใจที่เริ่มมีสภาพของสังคมที่เปลี่ยนไปจากเดิม ความรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว เริ่มมีขึ้น สภาวะต่าง ๆ เหล่านี้ทั้งภาครัฐบาล และภาคเอกชน จึงพยายามช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีสภาวะที่ดีขึ้น เช่น การให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐฟรี การแนะนำแนวทางในการรักษาสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ และบุคคลที่จะเป็นผู้สูงอายุต่อไปในอนาคต การสร้างความรู้ความเข้าใจ แก่บุคคลโดยทั่วไปให้สามารถปฏิบัติแก่ผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

ในงานวิจัยต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มักพบว่า ผู้สูงอายุคิดว่าตนเองยังมีสุขภาพที่ดีอยู่ ไม่จำเป็นต้องไปหาแพทย์ แต่อย่างไรก็ตาม มีผลงานการวิจัยในเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุชายมีสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุหญิง และโรคที่เป็นกันมากคือ โรคเกี่ยวกับความดันโลหิต โรคเกี่ยวกับกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคเกี่ยวกับตา หู คอ และจมูก ส่วนอาการเจ็บป่วย พบว่ามีอาการเป็นหวัดคัดจมูก กันมาก และอาการปวดเมื่อย นอนไม่หลับ สภาวะด้านจิตใจนั้น ส่วนใหญ่พบว่ามีอาการโกรธ และผิดหวังมากในผู้สูงอายุ

เกี่ยวกับพฤติกรรมการรักษาสุขภาพการเลือกใช้บริการทางการแพทย์ พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคไม่รุนแรง นิยมซื้อยาจากร้านขายยามากินเอง มีส่วนน้อยที่ใช้บริการของรัฐ เช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาลประจำอำเภอ และที่ไปมักไปด้วยกรณีฉุกเฉิน ซึ่งมีอาการหนักหรืออาการให้สิ้นแรง

ผู้วิจัยจึง ได้ศึกษา เป็นแนวทางสำหรับการศึกษาในเรื่องผลของการให้บริการด้านสุขภาพที่มีต่อภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลทุ่งหว้า อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล โดยทำการศึกษาผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยให้กลุ่มทดลองได้รับการด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุ่งหว้า เป็นระยะเวลา 4 เดือน จากนั้นทำการศึกษาเปรียบเทียบผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่ม ในเรื่องภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการรักษาสุขภาพ ว่ามีความแตกต่างหรือเหมือนกัน อย่างไรบ้าง โดยจำแนกตามข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคม ที่อมูลต่าง ๆ ที่ได้มาจะทำการเก็บรวบรวมไว้เป็นแนวทางสำหรับการดำเนินการวางแผนป้องกัน และปรับปรุงการบริการสำหรับผู้สูงอายุต่อไป

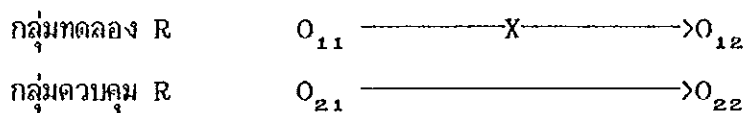
บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เพื่อต้องการศึกษาถึงภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการรักษาสุขภาพ ของผู้สูงอายุในเขตตำบลทุ่งหญ้า อำเภอทุ่งหญ้า จังหวัดสตูล หลังจากการให้บริการด้านสุขภาพ แก่ผู้สูงอายุเหล่านั้นแล้ว ผู้สูงอายุจะมีภาวะสุขภาพ และมีพฤติกรรมการรักษาสุขภาพแตกต่างไป จากเดิมอย่างไรบ้าง จึงได้กำหนดวิธีดำเนินการในการศึกษาดังนี้

แบบแผนการวิจัย

แบบการวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ในลักษณะทดสอบก่อนและหลังและมีกลุ่มควบคุม (Pretest-posttest Control group design) โดยทำการวัดกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ก่อนแล้วให้กลุ่มหนึ่งได้รับการกระตุ้นจากนั้น ทำการวัดกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 อีกครั้งหนึ่ง นำผลที่ได้จากการวัดทั้งหมดมาเปรียบเทียบกัน ศึกษา เห็นภาพได้ดังนี้



O_{ij} แทนการสังเกตหรือการวัดของกลุ่มที่ i ครั้งที่ j
(ในเรื่องภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการระวังรักษาสุขภาพ)

X แทนการกระตุ้นหรือการทดลอง
(การให้บริการด้านสุขภาพใช้ระยะเวลา 4 เดือน)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีชื่อตามสำเนาทะเบียนบ้านในเขตตำบลทุ่งหว้า อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล ปี 2534 จึงมีจำนวนทั้งสิ้น 159 คน เป็นผู้สูงอายุชาย 87 คน ผู้สูงอายุหญิง 72 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยนี้ ใช้วิธีการเลือกดังนี้

2.1 รวบรวมรายชื่อผู้สูงอายุ โดยจำแนกผู้สูงอายุออกเป็นกลุ่มที่ได้รับการบริการด้านสุขภาพ และกลุ่มที่ไม่ได้รับการบริการด้านสุขภาพ

2.2 สุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ โดยวิธีการสุ่มแบบธรรมดา เพื่อแบ่งออกเป็นผู้สูงอายุ กลุ่มที่ได้รับการบริการด้านสุขภาพ และไม่ได้รับการบริการด้านสุขภาพ กลุ่มละ 30 คน ตามสัดส่วนแบ่งแยกตามหมู่บ้าน 8 หมู่บ้านคือ

หมู่ที่ 1 บ้านท่าอ้อย	ผู้สูงอายุ 16 คน	สุ่มเลือก 2 คน
หมู่ที่ 2 บ้านท่าเรือ	ผู้สูงอายุ 51 คน	สุ่มเลือก 6 คน
หมู่ที่ 3 บ้านในบ่าน	ผู้สูงอายุ 23 คน	สุ่มเลือก 3 คน
หมู่ที่ 4 บ้านทุ่งปรีอ	ผู้สูงอายุ 35 คน	สุ่มเลือก 4 คน
หมู่ที่ 5 บ้านท่าขาม	ผู้สูงอายุ 35 คน	สุ่มเลือก 4 คน
หมู่ที่ 6 บ้านโพธิ์	ผู้สูงอายุ 45 คน	สุ่มเลือก 5 คน
หมู่ที่ 7 บ้านศรีวัง	ผู้สูงอายุ 26 คน	สุ่มเลือก 3 คน
หมู่ที่ 8 บ้านควนดำเสา	ผู้สูงอายุ 23 คน	สุ่มเลือก 3 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบบันทึก จำนวน 1 ชุด แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1.1 ส่วนที่ 1 เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ ตัวแปรที่ต้องการศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ลักษณะการอยู่อาศัย จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระดับ

การศึกษา รายได้ และแหล่งรายได้ และอาชีพ กำหนดตัวเลือกเป็นแบบเลือกตอบ และเติมข้อความ จำนวน 8 ข้อ

1.2 ส่วนที่ 2 เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเรื่อง การรับรู้ การเคลื่อนไหวร่างกาย การเจ็บป่วย การทำงาน โรคประจำตัว น้ำหนัก ส่วนสูง ความดันโลหิต การมองเห็น การได้ยิน ความเหมาะสมของไขมันหน้าท้อง ระบบการหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินอาหาร ระบบกล้ามเนื้อ ระบบประสาท ผิวหนัง ความผิดปกติอื่น ๆ กำหนดตัวเลือกเป็นแบบเลือกตอบจากการวัด จำนวน 14 ข้อ

1.3 ส่วนที่ 3 เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุในเรื่อง การรับประทานอาหาร การพักผ่อนอย่างเพียงพอ การออกกำลังกาย การอยู่ในสถานแวดล้อมที่ดี การรับรู้ข่าวสารการใช้ยา การใช้สถานบริการในการรักษาสุขภาพ กำหนดตัวเลือกเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 6 ข้อ

2. ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ มีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

2.1 ศึกษารายละเอียดในเรื่อง ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมรักษาสุขภาพ จากเอกสาร ตำราที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งงานวิจัยที่มีโครงสร้างใกล้เคียงกับงานวิจัยครั้งนี้ เพื่อทราบรูปแบบและรายละเอียดของเครื่องมือ

2.2 จากการศึกษาในข้อที่ 1 ได้กรอบแนวความคิดแล้วนำมาสร้างเป็นแบบบันทึก ยึดแนวทางการสร้างเครื่องมือวัดในการวิจัยทางสาธารณสุข เป็นแบบบันทึกประวัติของผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข (แบบผส. 5) และงานวิจัยเรื่อง พฤติกรรม การให้บริการสาธารณสุขของรัฐ ของดวงสมร บุญคง (2526 : ภาคผนวก)

2.2.1 ส่วนที่ 1 สร้างแบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ ได้แก่

- 1) เพศ
- 2) อายุ
- 3) สถานภาพการสมรส
- 4) การอยู่อาศัย

- 5) จำนวนสมาชิกในครอบครัว
- 6) ระดับการศึกษา
- 7) รายได้และแหล่งรายได้
- 8) อาชีพ

2.2.2 ส่วนที่ 2 สร้างแบบบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่

- 1) สุขภาพทั่วไป
 - การรับรู้
 - การเคลื่อนไหวร่างกาย
 - การเจ็บป่วย
 - การทำงาน
 - โรคประจำตัว
- 2) การตรวจร่างกาย
 - น้ำหนัก ส่วนสูง
 - ความดันโลหิต
 - การมองเห็น
 - การได้ยิน
 - การตรวจปัสสาวะ
 - ความหนาของไขมันที่ท้อง
 - ระบบหายใจ
 - ระบบหัวใจและหลอดเลือด
 - ระบบทางเดินอาหาร
 - ระบบกล้ามเนื้อ
 - ระบบประสาท
 - ผิวหนัง
 - สภาพจิตใจ

2.2.3 ส่วนที่ 3 สร้างแบบบันทึกเกี่ยวกับพฤติกรรมการรักษาสุขภาพ ได้แก่

- 1) การพึ่งพาตนเอง
 - การรับประทานอาหาร
 - การพักผ่อน
 - การออกกำลังกาย
 - การอยู่ในสภาพสิ่งแวดล้อมที่ดี
 - การรับรู้ข่าวสารที่มีประโยชน์
- 2) การพึ่งพาสถานบริการ
 - การใช้บริการของรัฐ
 - การใช้บริการของเอกชน

(ดูภาคผนวก 1)

3. หาค่าความเที่ยงตรงและค่าความเชื่อมั่นของแบบบันทึก

นำแบบร่างของคำแนะนำปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล, โรงพยาบาลทุ่งหว้า, สำนักงานสาธารณสุข อำเภอทุ่งหว้า จำนวน 5 ท่าน คือ

นายแพทย์ศิริชัย	ภัทราพงษ์	ผู้เชี่ยวชาญพิเศษด้านเวชกรรมป้องกัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
นางสาวสุกัญญา	จง เอกวุฒิ	ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
นายแพทย์สมศักดิ์	ผดุงวิทย์วัฒนา	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งหว้า
นายวิรัช	ไผ่ยศศักดิ์	นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอทุ่งหว้า
นางพรพรรณ	ระพีไพศาล	หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพและรักษา พยาบาล สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสตูล

เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงในเนื้อหา (Content Validity)

4. นำเสนอคณะกรรมการควบคุมการทำวิชาโท เมื่อผ่านการพิจารณาแก้ไขข้อบกพร่องแล้วนำไปทดลองใช้ทำการศึกษานำร่อง (Pilot Study) กับผู้สูงอายุของอำเภอทุ่งหว้า จำนวน 20 คน เพื่อความเข้าใจ ชัดเจน ของในแต่ละข้อ
5. หาความเชื่อมั่นโดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาช (Cronbach, 1970 : 161)

$$\alpha_k = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right)$$

- เมื่อ α_k แทน ความเชื่อมั่น
 k แทน จำนวนข้อทั้งหมดในแบบบันทึก
 S_i^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนในแต่ละข้อ
 S_t^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนทั้งหมด

6. เกณฑ์การให้คะแนนการตรวจให้คะแนนก่อนนำผลคำตอบมาวิเคราะห์ จะพิจารณาในแบบบันทึกส่วนที่ 2 (แบบบันทึกเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุ) และส่วนที่ 3 แบบบันทึกเกี่ยวกับพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ

6.1 ส่วนที่ 2 แบบบันทึกเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ การตรวจสุขภาพของผู้สูงอายุในเรื่องของการตรวจสุขภาพทั่วไป การตรวจร่างกาย จำนวน 14 ข้อ

การให้คะแนนสุขภาพ

- ดี ให้คะแนน 2 คะแนน
- ไม่ดี ให้คะแนน 1 คะแนน

6.2 ส่วนที่ 3 แบบบันทึกเกี่ยวกับพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การพึ่งพาตนเอง และการใช้สถานบริการในการรักษาสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ

การให้คะแนนพฤติกรรมการรักษาสุขภาพ

- ถูกต้องเหมาะสม ให้คะแนน 2 คะแนน
- ไม่ถูกต้องเหมาะสม ให้คะแนน 1 คะแนน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. เตรียมแบบบันทึกสุขภาพ
2. เตรียมรายชื่อผู้สูงอายุตามสำเนาทะเบียนบ้านตำบลทุ่งหว้า อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูลปีปัจจุบัน
3. กำหนดแผนและระยะเวลาในการเก็บบันทึกข้อมูล
4. เก็บข้อมูลครั้งแรก โดยพยาบาลวิชาชีพ และแพทย์ของโรงพยาบาลทุ่งหว้า ตามรายชื่อที่สำรวจ
5. เริ่มกิจกรรมคลีนิกผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการบริการด้านสุขภาพในเรื่องการอบรมให้ความรู้ในเรื่องการเลือกรับประทานอาหาร การใช้ยา การพักผ่อน การสังเกตอาการ การออกกำลังกาย และได้รับการพบแพทย์เพื่อดูแลรักษาสุขภาพ ทุกวันอังคาร สัปดาห์ที่ 2 ของเดือน เป็นระยะเวลา 4 เดือน
6. เก็บข้อมูลครั้งที่สอง โดยพยาบาลวิชาชีพ และแพทย์ของโรงพยาบาลทุ่งหว้า จากกลุ่มทดลองที่ได้รับการบริการด้านสุขภาพจากโรงพยาบาลทุ่งหว้า และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการบริการด้านสุขภาพจากโรงพยาบาลทุ่งหว้า โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 30 คน
7. ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบบันทึกสุขภาพ และพฤติกรรมการรักษาสุขภาพ ของผู้สูงอายุทุกชุด

การจัดกระทำกับข้อมูล

การจัดกระทำกับข้อมูลที่ได้มาขึ้น ดำเนินการดังนี้ คือ

1. นำข้อมูลที่ได้มาแยกกรองรหัส เพื่อดำเนินการหาความสัมพันธ์สำหรับการประมวลผลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์
2. นำเสนอข้อมูลในรูปของความเรียง

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึก สมบูรณ์แล้ว นำข้อมูลที่ได้ไปประมวลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package For the Social Sciences) จะดำเนินการประมวลผลดังต่อไปนี้

1. วิธีสถิติเชิงพรรณนา

เป็นการอธิบายลักษณะข้อมูล เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ได้จากการเก็บข้อมูลครั้งแรก ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ลักษณะของการอยู่อาศัย จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระดับการศึกษา รายได้และแหล่งรายได้ และอาชีพ ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการรักษาสุขภาพ โดยใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) และค่าร้อยละ (Percentage) และนำเสนอข้อมูลด้วยตารางแจกแจงความถี่

2. วิธีวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ตามลักษณะข้อมูลที่แตกต่างกัน ดังรายละเอียดในตาราง 3

ตาราง 3 วิธีวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์	แหล่งข้อมูล	วิธีวิเคราะห์ข้อมูล
1. เพื่อศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุตามสถานภาพส่วนบุคคลและสังคม	ข้อมูลจากการบันทึกสุขภาพครั้งแรกตอนที่ 1, 2 และ 3	- การหาค่าความถี่ - การกระจายอัตราส่วนร้อยละ

วัตถุประสงค์	แหล่งข้อมูล	วิธีวิเคราะห์ข้อมูล
<p>2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังการบริการด้านสุขภาพตามสถานภาพส่วนบุคคลและสังคม</p>	<p>ข้อมูลจากการบันทึกครั้งแรกและครั้งหลังตอนที่ 1, 2 และ 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การหาค่ามัธยเลขคณิต (Arithmetic Mean) - การหาส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) - การทดสอบค่า t (t-test) แบบตัวอย่างไม่เป็นอิสระต่อกัน
<p>3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามสถานภาพส่วนบุคคลและสังคม</p>	<p>ข้อมูลจากการบันทึกสุขภาพครั้งหลังตอนที่ 1, 2 และ 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การหาค่ามัธยเลขคณิต - การหาส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน - การทดสอบค่า t แบบตัวอย่างเป็นอิสระต่อกันของเซฟเฟ (Scheffe's S Test)
<p>4. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการบริการด้านสุขภาพจำแนกตามสถานภาพส่วนบุคคลและสังคม</p>	<p>ข้อมูลจากการบันทึกสุขภาพครั้งหลังตอนที่ 1, 2 และ 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การหาค่ามัธยเลขคณิต - การหาส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน - การทดสอบค่า F (F-test) - การทดสอบแบบพหุด้วยวิธีการของ
<p>5. เพื่อรวบรวมปัญหาและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ</p>	<p>จากการสังเกตการณ์ติดตาม</p>	<ul style="list-style-type: none"> - จากสรุปผลการประชุมของเจ้าหน้าที่

วิธีเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

เสนอโดยการให้ตารางทางสถิติ และแปลผล อธิบายความหมายไว้ล่างของแต่ละตาราง แบ่งออกได้เป็น 3 หัวข้อ คือ

1. ข้อมูลพื้นฐานกลุ่มตัวอย่าง
2. การทดสอบสมมติฐาน
3. ปัญหาและข้อเสนอนะ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อคำนวณค่าสถิติต่าง ๆ ให้เครื่องคอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) เวอร์ชัน ดังนี้

1. ค่าร้อยละ

โดยใช้สูตร (Guilford, 1956 : 43)

$$\text{ร้อยละของเลขจำนวนใด} = \frac{\text{เลขจำนวนนั้น}}{\text{จำนวนเต็ม}} \times 100$$

2. ค่าเฉลี่ย

โดยใช้สูตร (Norman and others, 1975 : 183)

$$\bar{X} = \frac{\sum_{i=1}^N X_i}{N}$$

เมื่อ	N	X	แทน	ค่าเฉลี่ย
	\sum	X	แทน	ผลรวมของคะแนนทุกจำนวนตั้งแต่ 1 ถึง N
	$i=1$	N	แทน	จำนวนประชากร

3. ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

โดยใช้สูตร (Norman and others, 1975 : 184)

$$S.D. = \sqrt{\frac{\left(\sum_{i=1}^N X_i^2 \right) - N\bar{X}^2}{N-1}}$$

เมื่อ	S.D.	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	$\sum_{i=1}^N X_i^2$	แทน	ผลรวมกำลังสองของคะแนนแต่ละจำนวนตั้งแต่ 1 ถึง N
	X^2	แทน	ค่าเฉลี่ยยกกำลังสอง
	N	แทน	จำนวนประชากร

4. ค่าที (t-test)

กรณีตัวอย่างเป็นอิสระต่อกัน

โดยใช้สูตร (Norman and others, 1975 : 99)

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{N_1} + \frac{S_2^2}{N_2}}}$$

เมื่อ	x_i	แทน	ค่าเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่าง i
	s_i^2	แทน	ค่าความแปรปรวนของกลุ่ม i
	N_i	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง i

กรณีตัวอย่างไม่เป็นอิสระต่อกัน

โดยใช้สูตร (Norman and others, 1975 : 102)

$$t = \frac{\bar{D}}{\frac{S_D}{\sqrt{N}}}$$

เมื่อ \bar{D} แทน ค่าความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ย

S_D แทน ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

N แทน จำนวนประชากร

5. การทดสอบค่าเอฟ (F-test) โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way Analysis of Variance หรือ ANOVA)

โดยใช้สูตร (Norman and others, 1975 : 133)

$$F = \frac{MSBG}{MSWG}$$

เมื่อ F แทน ค่าสถิติที่ใช้เปรียบเทียบในการแจกแจงแบบ F

MSBG แทน ค่าเฉลี่ยผลบวกกำลังสองระหว่างกลุ่ม

MSWG แทน ค่าเฉลี่ยผลบวกกำลังสองภายในกลุ่ม

กรณีที่พบว่ามีนัยสำคัญจะทำการทดสอบแบบพหุ (Multiple Range Test)

โดยใช้สูตร Scheffe's Procedure

$$S = \text{Sqrt} \frac{(1 + 1)}{N_i N_j}$$

เมื่อ S แทน ค่าสถิติ

Sqrt แทน ความแปรปรวนคลาดเคลื่อนภายในกลุ่ม

N_i แทน ขนาดกลุ่มตัวอย่าง i

N_j แทน ขนาดกลุ่มตัวอย่าง j

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาเรื่องผลของการให้บริการด้านสุขภาพที่มีต่อภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการรักษาสุขภาพ ศึกษาเฉพาะกรณีผู้สูงอายุตำบลทุ่งหญ้า อำเภอทุ่งหญ้า จังหวัดสตูล ครั้งได้รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลโดยเครื่องคอมพิวเตอร์ เพื่อนำเสนอตามหัวข้อดังนี้ คือ ข้อมูลพื้นฐาน กลุ่มตัวอย่าง การทดสอบสมมติฐานและปัญหาและข้อเสนอแนะ

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างตามหัวข้อเรื่องผลของการให้บริการด้านสุขภาพ ที่มีต่อภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งหญ้า อำเภอทุ่งหญ้า จังหวัดสตูล ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการให้บริการด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แสดงข้อมูลพื้นฐานต่าง ๆ ดังนี้คือ

1. ด้านสภาพส่วนบุคคลและสังคมของผู้สูงอายุ จากการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 เพศ มีจำนวนและร้อยละจำแนกตามเพศดังรายละเอียดในตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
1. ชาย	16	53.3
2. หญิง	14	46.7
รวม	30	100

จากตาราง 2 แสดงให้เห็นว่า มีผู้สูงอายุเพศชายร้อยละ 53.3 สูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง ซึ่งมีร้อยละ 46.7

1.2 อายุ มีจำนวนและร้อยละ จำแนกตามอายุดังรายละเอียดในตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุ

อายุ	จำนวน	ร้อยละ
1. 60 - 64 ปี	7	23.3
2. 65 - 69 ปี	9	30.0
3. 70 ปีขึ้นไป	14	46.7
รวม	30	100.0

จากตาราง 3 แสดงให้เห็นว่า มีผู้สูงอายุช่วงอายุ 70 ปีขึ้นไปมากที่สุดคือ ร้อยละ 46.7 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 65-69 ปี มีร้อยละ 30 และช่วงอายุ 60-64 ปี มีร้อยละ 23.3

1.3 สถานภาพการสมรส มีจำนวนและร้อยละ จำแนกตามสถานภาพการสมรสดังรายละเอียดในตาราง 4

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามสถานภาพการสมรส

สถานภาพการสมรส	จำนวน	ร้อยละ
1. โสด	0	0
2. คู่	22	73.3
3. หม้าย หย่า แยกกันอยู่	8	26.7
รวม	30	100

จากตาราง 4 แสดงให้เห็นว่า มีผู้สูงอายุสถานภาพการสมรสคู่ มากที่สุดมีร้อยละ 73.3 รองลงมาคือ ผู้สูงอายุสถานภาพหม้าย หย่า แยกกันอยู่มีร้อยละ 26.7 ส่วนผู้สูงอายุสถานภาพโสดไม่มีเลย

1.4 จำนวนสมาชิกในครอบครัว มีจำนวนและร้อยละ จำแนกตามจำนวนสมาชิกในครอบครัวดังรายละเอียดในตาราง 5

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามจำนวนสมาชิกในครอบครัว

จำนวนสมาชิกในครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
1. 1 - 4 คน	22	73.3
2. 5 - 7 คน	6	20.0
3. 8 คนขึ้นไป	2	6.7
รวม	30	100

จากตาราง 5 แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 1-4 คน มีจำนวนมากที่สุดมีร้อยละ 73.3 รองลงมาคือมีจำนวนสมาชิก 5-7 คน มีร้อยละ 20 และมีจำนวนสมาชิก 8 คนขึ้นไปมีร้อยละ 6.7

1.5 ระดับการศึกษา มีจำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับการศึกษาดังรายละเอียดใน ตาราง 6

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
1. ต่ำกว่า ป.4	23	76.7
2. จบชั้น ป.4	3	10.0
3. สูงกว่า ป.4	4	13.3
รวม	30	100

จากตาราง 6 แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ป.4 มีจำนวนมากที่สุด มีร้อยละ 76.7 รองลงมาคือ สูงกว่า ป.4 มีร้อยละ 13.3 และจบชั้น ป.4 มีร้อยละ 10

1.6 รายได้ มีจำนวนและร้อยละ จำแนกตามรายได้ตั้งรายละเอียด ในตาราง 7

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายได้

รายได้	จำนวน	ร้อยละ
1. ต่ำกว่า 2,250 บาท	28	93.3
2. ระหว่าง 2,250 - 4,500 บาท	0	0
3. สูงกว่า 4,500 บาท	2	6.7
รวม	30	100

จากตาราง 7 แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุมีรายได้ต่ำกว่า 2,250 บาท มีจำนวนมากที่สุดคือร้อยละ 93.3 รองลงมาคือ รายได้สูงกว่า 4,500 บาท มีร้อยละ 6.7 แต่ผู้สูงอายุ รายได้ระหว่าง 2,250-4,500 บาท ไม่มีเลย

1.7 อาชีพ มีจำนวนและร้อยละ จำแนกตามอาชีพดังรายละเอียดในตาราง 8

ตาราง 8 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	จำนวน	ร้อยละ
1. เกษตรกรรม	11	36.7
2. นอกภาคเกษตร	19	63.3
รวม	30	100

จากตาราง 8 แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุอาชีพนอกภาคเกษตรกรรมมีจำนวน ร้อยละ 63.3 มากกว่าผู้สูงอายุอาชีพเกษตรกรรมมีร้อยละ 36.7

2. ด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จากการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง มีรายละเอียดดังใน ตาราง 9

ตาราง 9 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามภาวะสุขภาพ

ภาวะสุขภาพ	ปกติ		ไม่ปกติ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การรับรู้	29	96.7	1	3.3	30	100
2. การเคลื่อนไหวร่างกาย	30	100	0	0	30	100
3. การเจ็บป่วย	25	83.3	5	16.7	30	100
4. ความสามารถทำงานได้	30	100	0	0	30	100
5. เคยเจ็บป่วย	21	70	9	30	30	100
6. มีโรคประจำตัว	9	30	21	70	30	100
7. ความดันโลหิต	29	96.7	1	3.3	30	100
8. การมองเห็น	13	43.3	17	56.7	30	100
9. การได้ยิน	25	83.3	5	16.7	30	100
10. ความหนาไขมีนหน้าท้อง	9	30	21	70	30	100
11. ระบบหายใจ	2	6.7	28	93.3	30	100
12. ระบบทางเดินอาหาร	25	83.3	5	16.7	30	100
13. ระบบกล้ามเนื้อ	12	40	18	60	30	100
14. ผิวหนัง	24	80	6	20	30	100
15. ระบบหัวใจและหลอดเลือด	25	83.3	5	16.7	30	100
16. ระบบจิตใจ	21	70	9	30	30	100

จากตาราง 9 แสดงให้เห็นภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า

- 2.1 การรับรู้ของผู้สูงอายุ สามารถพูดคุยรู้เรื่อง สูงถึงร้อยละ 96.7 อีกร้อยละ 3.3 พูดคุยไม่รู้เรื่อง
- 2.2 การเคลื่อนไหวร่างกาย ผู้สูงอายุทุกคนสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติ คิดเป็นร้อยละ 100
- 2.3 การเจ็บป่วยพบว่า ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยร่างกายไม่ปกติขณะเก็บข้อมูล มีร้อยละ 16.7 และผู้สูงอายุที่ไม่มีอาการเจ็บป่วยมีร้อยละ 83.3
- 2.4 ความสามารถที่จะทำงานได้ ผู้สูงอายุสามารถทำงานบ้าน ช่วยเหลือครอบครัวได้ทุกคน คิดเป็นร้อยละ 100
- 2.5 ประวัติการเคยมีอาการเจ็บป่วยในระยะสี่เดือนที่ผ่านมา มีผู้สูงอายุเคยมีอาการเจ็บป่วยร้อยละ 30 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 70 ไม่เคยเจ็บป่วยเลย
- 2.6 โรคประจำตัวของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 70 มีโรคประจำตัวและอีกร้อยละ 30 ไม่มีโรคประจำตัว
- 2.7 ความดันโลหิตของผู้สูงอายุ ร้อยละ 96.7 เป็นปกติ มีเพียงเล็กน้อยคือ ร้อยละ 3.3 ผิดปกติ
- 2.8 การมองเห็นของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่คือร้อยละ 56.7 มองเห็นไม่ชัด และร้อยละ 43.3 มองเห็นชัดปกติ
- 2.9 การได้ยินของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ได้ยินเป็นปกติ คือร้อยละ 83.3 และร้อยละ 16.7 ได้ยินไม่ปกติ
- 2.10 ความหนาของไขมัน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีไขมันมากคิดเป็นร้อยละ 70 และร้อยละ 30 มีความหนาของไขมันปกติ
- 2.11 ระบบหายใจของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ร้อยละ 93.3 ระบบหายใจไม่ปกติ และร้อยละ 6.7 มีระบบหายใจเป็นปกติ
- 2.12 ระบบทางเดินอาหาร ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 83.3 ระบบทางเดินอาหารเป็นปกติ และร้อยละ 16.7 ไม่ปกติ
- 2.13 ระบบกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ร้อยละ 60 ระบบกล้ามเนื้อไม่ปกติ และร้อยละ 40 เป็นปกติ

2.14 ชีพทังของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ร้อยละ 80 ชีพทังเป็นปกติและร้อยละ 20 ไม่ปกติ

2.15 ระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ร้อยละ 83.3 ระบบหัวใจและหลอดเลือดเป็นปกติและร้อยละ 16.7 ผิดปกติ

2.16 สภาพจิตใจของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 70 มีสภาพจิตใจปกติและร้อยละ 30 ผิดปกติ

3. ด้านพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ จากการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างมีรายละเอียดดังในตาราง 10

ตาราง 10 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามพฤติกรรมการรักษาสุขภาพ

พฤติกรรมการรักษาสุขภาพ	เหมาะสม		ไม่เหมาะสม		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การรับประทานอาหาร	18	60	12	40	30	100
2. การพักผ่อน	24	80	6	20	30	100
3. การออกกำลังกาย	21	70	9	30	30	100
4. การอยู่อาศัย	21	70	9	30	30	100
5. การรับรู้ข่าวสาร	11	36.7	13	63.3	30	100
6. การรักษาอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย	23	76.7	7	23.3	30	100
7. การรักษาอาการเจ็บป่วยมาก	29	96.7	1	3.3	30	100

จากตาราง 10 แสดงให้เห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการรักษาสุขภาพดังนี้คือ

- 3.1 การรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่รับประทานอาหารเหมาะสม ร้อยละ 60 และร้อยละ 40 ไม่เหมาะสม
- 3.2 การพักผ่อนของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีการพักผ่อนเหมาะสมร้อยละ 80 และร้อยละ 20 ไม่เหมาะสม
- 3.3 การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ร้อยละ 70 มีการออกกำลังกายเหมาะสม และร้อยละ 30 ไม่เหมาะสม
- 3.4 การอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ร้อยละ 70 มีที่อยู่อาศัยในที่ที่เหมาะสม และร้อยละ 30 ไม่เหมาะสม
- 3.5 การรับรู้ข่าวสารของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ร้อยละ 76.7 มีการรับรู้ข่าวสารเหมาะสม และร้อยละ 23.3 ไม่เหมาะสม
- 3.6 การรักษาอาการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ส่วนใหญ่ร้อยละ 76.7 มีการรักษาอาการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ เหมาะสม และร้อยละ 23.3 ไม่เหมาะสม
- 3.7 การรักษาอาการเจ็บป่วยมาก ส่วนใหญ่ร้อยละ 96.7 มีการรักษาอาการเจ็บป่วยมากเหมาะสม และร้อยละ 3.3 ไม่เหมาะสม

ผลการทดสอบสมมติฐาน

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน ได้เสนอผลการทดสอบสมมติฐานดังนี้

1. การทดสอบสมมติฐาน 1

สมมติฐาน 1 กล่าวว่า ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุหลังดีกว่าก่อนการรับบริการด้านสุขภาพ จากการรวบรวมข้อมูล และการทดสอบค่าที่ ปรากฏผลดังรายละเอียดในตาราง 11

ตาราง 11 ผลการทดสอบค่าทีด้านภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ
ก่อนกับหลังการรับบริการด้านสุขภาพ

ผู้สูงอายุ	ภาวะสุขภาพ				พฤติกรรมการรักษาสุขภาพ		
	n	\bar{x}	SD	t	\bar{x}	SD	t
ก่อนๆ	30	26.96	1.90	0.07	11.90	1.19	-0.88
หลังๆ	30	26.93	1.78		11.60	1.16	

จากตาราง 11 พบว่า ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ
ก่อนกับหลังการรับบริการด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน แสดงว่า สมมติฐาน 1 ที่ตั้งไว้ไม่เป็นจริง

2. ผลการทดสอบสมมติฐาน 2

สมมติฐาน 2 กล่าวว่า ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานภาพส่วนบุคคล และสังคม ด้านเพศ อายุ สถานภาพการสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระดับการศึกษา รายได้และอาชีพ หลังดีกว่าก่อนการรับบริการด้านสุขภาพ จากการรวบรวมข้อมูลและการทดสอบค่าที่ ปรากฏผลดังรายละเอียดในตาราง 12

ตาราง 12 ผลการทดสอบค่าที่ด้านภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนกับหลังการรับบริการด้านสุขภาพ จำแนกตามสถานภาพส่วนบุคคลและสังคม

สถานภาพส่วนบุคคลและสังคม	ภาวะสุขภาพ				พฤติกรรมการรักษาสุขภาพ		
	n	\bar{x}	SD	t	\bar{x}	SD	t
1. เพศ							
1.1 เพศชาย							
ก่อนฯ	16	26.94	2.05	1.65*	12.00	1.16	-.9
หลังฯ	14	27.93	1.00		11.64	1.01	
1.2 เพศหญิง							
ก่อนฯ	14	27.00	1.80	-1.39	11.79	1.25	-.34
หลังฯ	16	26.06	1.88		11.63	1.31	
2. อายุ							
2.1 60-64 ปี							
ก่อนฯ	7	26.86	1.86	.37	11.57	.98	.15
หลังฯ	11	27.18	1.78		11.64	.81	

ตาราง 12 (ต่อ)

สถานภาพส่วน บุคคลและสังคม	n	ภาวะสุขภาพ			พฤติกรรมการรักษาสุขภาพ		
		\bar{x}	SD	t	\bar{x}	SD	t
2.2 65-69 ปี							
ก่อนฯ	9	26.67	1.73	-.89	11.89	1.27	-.38
หลังฯ	6	25.83	1.84		11.67	1.56	
2.3 70 ปีขึ้นไป							
ก่อนฯ	14	27.21	2.12	.02	12.07	1.27	-.84
หลังฯ	13	27.23	1.70		11.62	1.56	
3. สถานภาพการสมรส							
3.1 โสด							
ก่อนฯ	0	0	0	-	0	0	-
หลังฯ	1	28.00	0		11.00	0	
3.2 คู่							
ก่อนฯ	22	27.18	1.97	-.51	11.95	1.17	-1.13
หลังฯ	19	26.89	1.60		11.58	.90	
3.3 หม้าย, หย่า, แยกกันอยู่							
ก่อนฯ	8	26.38	1.69	.55	11.75	1.28	.07
หลังฯ	10	27.23	2.23		11.80	1.62	

ตาราง 12 (ต่อ)

สถานภาพส่วน บุคคลและสังคม	ภาวะสุขภาพ				พฤติกรรมการรักษาสุขภาพ		
	n	\bar{x}	SD	t	\bar{x}	SD	t
4. จำนวนสมาชิกในครอบครัว							
4.1 1-4 คน							
ก่อนๆ	22	27.18	1.92	-.27	11.68	1.25	.73
หลังๆ	11	27.00	1.62		12.00	1.00	
4.2 5-7 คน							
ก่อนๆ	6	26.50	1.76	.6*	12.33	.82	1.39
หลังๆ	15	27.07	2.02		11.53	1.30	
4.3 8 คนขึ้นไป							
ก่อนๆ	2	26.00	2.83	.15	13.00	.00	-
หลังๆ	4	26.25	1.50		11.00	.81	
5. ระดับการศึกษา							
5.1 ต่ำกว่า ป.4							
ก่อนๆ	23	26.83	1.86	-.1	11.91	1.31	-1.07
หลังๆ	17	26.76	2.02		11.47	1.28	
5.2 จบ ป.4							
ก่อนๆ	3	27.00	2.00	-.34	11.33	.58	.54
หลังๆ	9	26.67	1.32		11.67	1.00	
5.3 สูงกว่า ป.4							
ก่อนๆ	4	27.75	2.36	.37	12.25	.50	.0
หลังๆ	4	28.25	1.26		12.25	.96	

ตาราง 12 (ต่อ)

สถานภาพส่วน บุคคลและสังคม	ภาวะสุขภาพ				พฤติกรรมการรักษาสุขภาพ		
	n	\bar{x}	SD	t	\bar{x}	SD	t
6. รายได้							
6.1 ต่ำกว่า 2,250 บาท							
ก่อนฯ	28	26.96	1.95	-.28	11.90	1.23	-1.21
หลังฯ	20	26.80	2.02		11.45	1.28	
6.2 2,250-4,500 บาท							
ก่อนฯ	0	0	0	-	0	0	-
หลังฯ	1	26.83	1.47		12.0	.90	
6.3 สูงกว่า 4,500 บาท							
ก่อนฯ	2	27.00	1.41	1.04*	12.00	0	-
หลังฯ	4	27.75	1.47		12.00	.82	
7. อาชีพ							
7.1 เกษตรกรรม							
ก่อนฯ	11	27.36	2.34	-.19	12.28	.79	-1.53
หลังฯ	13	27.23	.93		11.70	1.03	
7.2 นอกภาคเกษตรกรรม							
ก่อนฯ	19	26.74	1.63	-.05	11.68	1.34	-.22
หลังฯ	17	27.71	2.23		11.59	1.28	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 12 ปรากฏผลดังต่อไปนี้

2.1 ภาวะสุขภาพ พบว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุหลังดีกว่าก่อนการรับบริการด้านสุขภาพ ในเพศชาย จำนวนสมาชิกในครอบครัว 5-7 คน และรายได้สูงกว่า 4,500 บาท

2.2 พฤติกรรมการรักษาสุขภาพ พบว่า พฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนกับหลังการรับบริการด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน

แสดงว่า สมมติฐาน 2 ที่ตั้งไว้ส่วนใหญ่เป็นจริง ยกเว้นด้านภาวะสุขภาพมีเพียง 3 ด้าน ที่เป็นจริง

3. ผลการทดสอบสมมติฐาน 3

สมมติฐาน 3 กล่าวว่าภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง (ได้รับการบริการด้านสุขภาพ) ดีกว่ากลุ่มควบคุม (ไม่ได้รับการบริการด้านสุขภาพ) จากการรวบรวมข้อมูล และการทดสอบค่าที่ ปรากฏผล ดังรายละเอียดในตาราง 13

ตาราง 13 ผลการทดสอบค่าที่ด้านภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ผู้สูงอายุ	ภาวะสุขภาพ				พฤติกรรมการรักษาสุขภาพ		
	n	\bar{x}	SD	t	\bar{x}	SD	t
กลุ่มทดลอง	30	26.93	1.78	1.05*	11.63	1.16	.11
กลุ่มควบคุม	30	26.37	2.38		11.60	1.25	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 13 พบว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่พฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แสดงว่า สมมติฐาน 3 ที่ตั้งไว้ ด้านภาวะสุขภาพเป็นจริง

4. ผลการทดสอบสมมติฐาน 4

สมมติฐาน 4 กล่าวว่า ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานภาพส่วนบุคคลและสังคม ด้านเพศ อายุ สถานภาพการสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ และอาชีพ กลุ่มทดลอง (ได้รับบริการด้านสุขภาพ) ดีกว่ากลุ่มควบคุม (ไม่ได้รับบริการด้านสุขภาพ) จากการรวบรวมข้อมูลและการทดสอบค่าที่ ปรากฏผลดังรายละเอียดในตาราง 14

ตาราง 14 ผลการทดสอบค่าที่ด้านภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำแนกตามสถานภาพส่วนบุคคล และสังคม

สถานภาพส่วนบุคคลและสังคม	ภาวะสุขภาพ				พฤติกรรมการรักษาสุขภาพ		
	n	\bar{x}	SD	t	\bar{x}	SD	t
1. เพศ							
1.1 เพศชาย							
กลุ่มทดลอง	14	27.93	1.00	2.04*	11.64	1.01	0
กลุ่มควบคุม	14	26.57	2.28		11.64	1.45	
1.2 เพศหญิง							
กลุ่มทดลอง	14	26.07	1.88	-.16	11.63	1.31	.15
กลุ่มควบคุม	14	26.19	2.51		11.56	1.09	
2. อายุ							
2.1 60-64 ปี							
กลุ่มทดลอง	11	27.19	1.78	1.29*	11.64	.81	1.94*
กลุ่มควบคุม	11	26.00	2.45		10.91	.94	

ตาราง 14 (ต่อ)

สถานภาพส่วน บุคคลและสังคม	ภาวะสุขภาพ				พฤติกรรมการรักษาสุขภาพ		
	n	\bar{x}	SD	t.	\bar{x}	SD	t.
2.2 65-69 ปี							
กลุ่มทดลอง	6	25.83	1.84	.46	11.67	.82	.06
กลุ่มควบคุม	8	25.38	1.85		11.63	1.41	
2.3 70 ปีขึ้นไป							
กลุ่มทดลอง	13	27.23	1.69		11.62	1.56	-1.17
กลุ่มควบคุม	11	27.45	2.38		12.27	1.10	
3. สถานภาพการสมรส							
3.1 โสด							
กลุ่มทดลอง	1	28.00	0	-	11.00	0	-
กลุ่มควบคุม	1	25.00	0		11.00	0	
3.2 คู่							
กลุ่มทดลอง	19	26.90	1.60	.29	11.58	.90	.02
กลุ่มควบคุม	21	26.71	2.24		11.57	1.03	
3.3 หม้าย หย่า แยกกันอยู่							
กลุ่มทดลอง	10	26.90	2.23	1.08*	11.80	1.62	.06
กลุ่มควบคุม	8	25.63	2.77		11.75	1.83	

ตาราง 14 (ต่อ)

สถานภาพส่วน บุคคลและสังคม	ภาวะสุขภาพ				พฤติกรรมการรักษาสุขภาพ		
	n	\bar{x}	SD	t	\bar{x}	SD	t
4. จำนวนสมาชิกในครอบครัว							
4.1 1-4 คน							
กลุ่มทดลอง	11	27.00	1.61	.44	12.00	1.00	.48
กลุ่มควบคุม	16	26.63	2.50		11.81	.98	
4.2 5-7 คน							
กลุ่มทดลอง	15	27.07	2.02	1.23*	11.53	1.30	.06
กลุ่มควบคุม	10	26.10	1.79		11.50	1.58	
4.3 8 คนขึ้นไป							
กลุ่มทดลอง	4	26.25	1.50	.13	11.00	.82	.00
กลุ่มควบคุม	4	26.00	3.56		11.00	1.41	
5. ระดับการศึกษา							
5.1 ต่ำกว่า ป.4							
กลุ่มทดลอง	17	26.77	2.02	.71*	11.47	1.28	-.57
กลุ่มควบคุม	24	26.25	2.47		11.71	1.33	
5.2 จบ ป.4							
กลุ่มทดลอง	9	26.67	1.32	.31	11.67	1.00	.88*
กลุ่มควบคุม	5	26.40	1.95		11.20	.84	
5.3 สูงกว่า ป.4							
กลุ่มทดลอง	4	28.25	1.26	-	40.50	1.73	-
กลุ่มควบคุม	1	29.00	0		40.00	.00	

ตาราง 14 (ต่อ)

สถานภาพส่วน บุคคลและสังคม	ภาวะสุขภาพ				พฤติกรรมการรักษาสุขภาพ		
	n	\bar{x}	SD	t	\bar{x}	SD	t
6. รายได้							
6.1 ต่ำกว่า 2,250 บาท							
กลุ่มทดลอง	20	26.80	2.02	1.0*	11.45	1.28	-.33
กลุ่มควบคุม	22	26.10	2.52		11.59	1.44	
6.2 2,250-4,500 บาท							
กลุ่มทดลอง	6	26.83	1.47	.03	11.00	.89	.73
กลุ่มควบคุม	7	26.86	1.77		11.71	.49	
6.3 สูงกว่า 4,500 บาท							
กลุ่มทดลอง	4	27.75	.50	-	12.00	.82	-
กลุ่มควบคุม	1	29.00	0		11.00	.0	
7. อาชีพ							
7.1 เกษตรกรรม							
กลุ่มทดลอง	13	27.23	.93	-.31	11.69	1.03	.07
กลุ่มควบคุม	12	27.42	1.98		11.64	.89	
7.2 นอกภาคเกษตรกรรม							
กลุ่มทดลอง	17	26.71	2.23	1.32*	11.59	1.29	.07
กลุ่มควบคุม	18	25.67	2.40		11.56	1.46	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 14 ปรากฏดังต่อไปนี้

4.1 ภาวะสุขภาพ พบว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมในเพศชาย อายุ 60-64 ปี สถานภาพการสมรส หม้าย หย่า แยกกันอยู่ จำนวนสมาชิกในครอบครัว 5-7 คน ระดับการศึกษาต่ำกว่า ป.4 รายได้ต่ำกว่า 2,250 บาท และอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม

4.2 พฤติกรรมการรักษาสุขภาพ พบว่า พฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมในอายุ 60-64 ปีและจน ป.4

แสดงว่าสมมติฐาน 4 ที่ตั้งไว้ ภาวะสุขภาพส่วนใหญ่เป็นจริง แต่พฤติกรรมการรักษาสุขภาพ มีเพียง 2 ด้านที่เป็นจริง

5. ผลการทดสอบสมมติฐาน 5

สมมติฐาน 5 กล่าวว่า ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง (ได้รับบริการด้านสุขภาพ) แตกต่างกันตามสถานภาพส่วนบุคคลและสังคม ด้านเพศ อายุ สถานภาพการสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระดับการศึกษารายได้ และอาชีพ จากการรวบรวมข้อมูล การทดสอบค่าที การทดสอบค่าเอฟ และทดสอบเปรียบเทียบด้วยวิธีการของเซฟเฟ่ ปรากฏผลดังรายละเอียดในตาราง 15-16

ตาราง 15 ผลการทดสอบค่าทีด้านภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง จำแนกตามเพศและอาชีพ

สถานภาพส่วนบุคคลและสังคม	ภาวะสุขภาพ				พฤติกรรมการรักษาสุขภาพ		
	n	\bar{x}	SD	t	\bar{x}	SD	t
1. เพศ							
เพศชาย	14	26.57	2.28	.44	11.64	1.45	.17
เพศหญิง	16	26.19	2.51		11.56	1.09	
2. อาชีพ							
เกษตรกรรวม	12	27.42	1.98	2.09*	11.67	.89	.23
นอกภาคเกษตรกรรวม	18	25.67	2.40		11.56	1.46	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 16 ผลการทดสอบค่าเอฟด้านภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ
กลุ่มทดลอง จำแนกตามอายุ สถานภาพการสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว
ระดับการศึกษา และรายได้

สถานภาพส่วน บุคคลและสังคม	แหล่งความ แปรปรวน	ภาวะสุขภาพ				พฤติกรรมรักษาสุขภาพ			
		df	SS	MS	F	SS	MS	F	
1. อายุ									
	ระหว่างกลุ่ม	2	22.37	11.18	2.15*	10.23	5.12	3.95*	
	ภายในกลุ่ม	27	140.60	5.21		34.97	1.30		
	รวม	29	162.97			45.20			
2. สถานภาพการสมรส									
	ระหว่างกลุ่ม	2	8.81	4.40	.77*	.56	.28	1.69	
	ภายในกลุ่ม	27	154.16	5.17		44.64	1.65		
	รวม	29	162.97			45.20			
3. จำนวนสมาชิกในครอบครัว									
	ระหว่างกลุ่ม	2	2.32	1.16	.19	2.26	1.13	.71*	
	ภายในกลุ่ม	27	160.65	5.95		42.94	1.59		
	รวม	29	162.97			45.20			
4. ระดับการศึกษา									
	ระหว่างกลุ่ม	2	7.27	3.63	.63*	1.44	.72	.45	
	ภายในกลุ่ม	27	155.70	5.77		43.76	1.62		
	รวม	29	162.97			45.20			

ตาราง 16 (ต่อ)

สถานภาพส่วน บุคคลและสังคม	แหล่งความ แปรปรวน	ภาวะสุขภาพ			พฤติกรรมการรักษาสุขภาพ			
		df	SS	MS	F	SS	MS	F
5. รายได้								
	ระหว่างกลุ่ม	2	10.29	5.15	.91*	.45	.23	.14
	ภายในกลุ่ม	27	152.68	5.65		44.75	1.66	
	รวม	29	162.97					

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 17 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่าง ด้านภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง จำนวนตาม
อายุ สถานภาพการสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระดับการศึกษา และรายได้

สถานภาพส่วนบุคคล และสังคม	n	ภาวะสุขภาพ			พฤติกรรมการรักษาสุขภาพ		
1. อายุ		60-64 ปี	65-69 ปี	70 ปีขึ้นไป	60-64 ปี	65-69 ปี	70 ปีขึ้นไป
60-64 ปี	11	$\bar{x} = 26.00$	$\bar{x} = 25.38$	$\bar{x} = 27.46$	$\bar{x} = 10.91$	$\bar{x} = 11.63$	$\bar{x} = 12.27$
65-69 ปี	8						
70 ปีขึ้นไป	11						
2. สถานภาพการสมรส		โสด	คู่	หย่า	โสด	คู่	หย่า
โสด	1	$\bar{x} = 25.00$	$\bar{x} = 26.71$	$\bar{x} = 25.63$	$\bar{x} = 11.00$	$\bar{x} = 11.57$	$\bar{x} = 11.75$
คู่	21						
หย่า	8						
3. จำนวนสมาชิกในครอบครัว		1-4 คน	5-7 คน	8 คนขึ้นไป	1-4 คน	5-7 คน	8 คนขึ้นไป
1-4 คน	16	$\bar{x} = 26.62$	$\bar{x} = 26.10$	$\bar{x} = 26.00$	$\bar{x} = 11.81$	$\bar{x} = 11.50$	$\bar{x} = 11.00$
5-7 คน	10						
8 คนขึ้นไป	4						

ตาราง 17 (ต่อ)

สถานภาพส่วนบุคคล และสังคม	n	ภาวะสุขภาพ	พฤติกรรมการรักษาสุขภาพ
4. ระดับการศึกษา			
ต่ำกว่า ป.4	24	ต่ำกว่า ป.4 $\bar{x} = 26.25$	ต่ำกว่า ป.4 $\bar{x} = 11.70$
จบ ป.4	5	จบ ป.4 $\bar{x} = 26.40$	จบ ป.4 $\bar{x} = 11.20$
สูงกว่า ป.4	1	สูงกว่า ป.4 $\bar{x} = 29.00$	สูงกว่า ป.4 $\bar{x} = 11.00$
5. รายได้			
ต่ำกว่า 2,250 บาท	22	ต่ำกว่า 2,250 บาท $\bar{x} = 26.09$	ต่ำกว่า 2,250 บาท $\bar{x} = 11.59$
2,250-4,500 บาท	7	2,250-4,500 บาท $\bar{x} = 26.86$	2,250-4,500 บาท $\bar{x} = 11.71$
สูงกว่า 4,500 บาท	1	สูงกว่า 4,500 บาท $\bar{x} = 29.00$	สูงกว่า 4,500 บาท $\bar{x} = 11.00$

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 15-17 พบว่า

5.1 ภาวะสุขภาพ ปრაกฏผลดังนี้

5.1.1 ด้านเพศ จากตาราง 15 พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างเพศชาย กับเพศหญิง

5.1.2 ด้านอายุ จากตาราง 16 พบว่า มีความแตกต่างกันระหว่างอายุ 60-64 ปี 65-69 ปี และ 70 ปีขึ้นไป เมื่อทดสอบเปรียบเทียบด้วยวิธีการของเซฟเฟ จากตาราง 17 ไม่พบว่ามี 2 กลุ่มใดที่แตกต่างกัน

5.1.3 ด้านสถานภาพการสมรส จากตาราง 16 พบว่า มีความแตกต่างกันระหว่างสถานภาพการสมรส โสด คู่ และหย่า แยกกันอยู่ เมื่อทดสอบเปรียบเทียบด้วยวิธีการของเซฟเฟ จากตาราง 17 ไม่พบว่ามี 2 กลุ่มใดที่แตกต่างกัน

5.1.4 ด้านจำนวนสมาชิกในครอบครัว จากตาราง 16 พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างจำนวนสมาชิกในครอบครัว 1-4 คน 5-7 คน และ 8 คนขึ้นไป

5.1.5 ด้านระดับการศึกษา จากตาราง 16 พบว่า มีความแตกต่างกันระหว่างระดับการศึกษาต่ำกว่า ป.4 จบ ป.4 และสูงกว่า ป.4 เมื่อทดสอบเปรียบเทียบด้วยวิธีการของเซฟเฟ จากตาราง 17 ไม่พบว่ามี 2 กลุ่มใดที่แตกต่างกัน

5.1.6 ด้านรายได้ จากตาราง 16 พบว่า มีความแตกต่างกันระหว่างรายได้ต่ำกว่า 2,250 บาท 2,250-4,500 บาท และสูงกว่า 4,500 บาท เมื่อทดสอบเปรียบเทียบด้วยวิธีการของเซฟเฟ จากตาราง 17 ไม่พบว่ามี 2 กลุ่มใดที่แตกต่างกัน

5.1.7 ด้านอาชีพ จากตาราง 15 พบว่า มีความแตกต่างกันระหว่างอาชีพเกษตรกรรมและอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม

5.2 พฤติกรรมการรักษาสุขภาพ ปრაกฏผลดังนี้

5.2.1 ด้านเพศ จากตาราง 15 พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างเพศหญิง กับเพศชาย

5.2.2 ด้านอายุ จากตาราง 16 พบว่า มีความแตกต่างกันระหว่างอายุ 60-64 ปี 65-69 ปี และ 70 ปีขึ้นไป เมื่อทดสอบเปรียบเทียบด้วยวิธีการของเซฟเฟ จากตาราง 17 พบว่า คู่ที่มีความแตกต่างกันคือ ช่วงอายุ 60-64 ปี กับ 70 ปีขึ้นไป

5.2.3 ด้านสถานภาพการสมรส จากตาราง 16 พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างสถานภาพการสมรส โสด คู่ และหม้าย หย่า แยกกันอยู่

5.2.4 ด้านจำนวนสมาชิกในครอบครัว จากตาราง 16 พบว่า มีความแตกต่างกันระหว่างจำนวนสมาชิกในครอบครัว 1-4 คน 5-7 คน และ 8 คนขึ้นไป เมื่อทดสอบเปรียบเทียบด้วยวิธีการของเซเนเฟ จากตาราง 17 ไม่พบว่ามี 2 กลุ่มใดที่แตกต่างกัน

5.2.5 ด้านระดับการศึกษา จากตาราง 16 พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างระดับการศึกษา ต่ำกว่า ป.4 จบ ป.4 และสูงกว่า ป.4

5.2.6 ด้านรายได้ จากตาราง 16 พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างรายได้ ต่ำกว่า 2,250 บาท 2,250 บาท-4,500 บาท และสูงกว่า 4,500 บาท

5.2.7 ด้านอาชีพ จากตาราง 15 พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างอาชีพเกษตรกรรม และอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม

แสดงว่า สมมติฐาน 5 ที่ตั้งไว้ ภาวะสุขภาพเป็นจริงเพียง 4 ด้าน และพฤติกรรมการรักษาสุขภาพเป็นจริงเพียง 2 ด้าน

ปัญหาและข้อเสนอแนะ

จากการให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ และได้มีการประชุมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องสามารถทราบปัญหาและข้อเสนอแนะต่าง ๆ ดังนี้

ตาราง 18 แสดงปัญหาและข้อเสนอแนะของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพ

ปัญหาและข้อเสนอแนะ	แนวทางแก้ไข
1. ผู้สูงอายุต้องการให้มีคณิศผู้สูงอายุต่อไป	1. จัดโครงการคณิศผู้สูงอายุเป็นงานประจำ
2. ผู้สูงอายุต้องการพบแพทย์ทุกครั้ง	2. จัดให้ได้พบแพทย์
3. ผู้สูงอายุ ทิวณะร่วมโครงการ	3. จัดอาหารเลี้ยง
4. การเดินทางมาร่วมกิจกรรมไม่สะดวก	4. จัดรถยนต์รับ-ส่ง

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัย เรื่องผลของการให้บริการด้านสุขภาพที่มีต่อภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการรักษาสุขภาพ ศึกษาเฉพาะกรณีผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งหญ้า จังหวัดสตูล ได้ศึกษาในประเด็นต่าง ๆ ต่อไปนี้คือ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์คือ

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการให้บริการด้านสุขภาพ ที่มีต่อภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานภาพส่วนบุคคล และสังคม ด้านเพศ อายุ สถานภาพการสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพ

2.2 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการรับบริการด้านสุขภาพ

2.3 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการรับบริการด้านสุขภาพ จำแนกตามสถานภาพส่วนบุคคล และสังคมด้านเพศ อายุ สถานภาพการสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพ

2.4 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง (ได้รับการบริการด้านสุขภาพ) และกลุ่มควบคุม (ไม่ได้รับการบริการด้านสุขภาพ)

2.5 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง (ได้รับการบริการด้านสุขภาพ) และกลุ่มควบคุม (ไม่ได้รับการบริการด้านสุขภาพ) จำแนกตามสถานภาพส่วนบุคคลและสังคม ด้านเพศ อายุ สถานภาพการสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพ

2.6 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง (ได้รับการบริการด้านสุขภาพ) จำแนกตามสถานภาพส่วนบุคคลและสังคม ด้านเพศ อายุ สถานภาพการสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพ

2.7 เพื่อรวบรวมปัญหาและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ สำหรับเป็นแนวทางในการจัดการบริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุต่อไป

สมมติฐานการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีสมมติฐาน คือ

1. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุหลังดีกว่าก่อนการรับบริการด้านสุขภาพ
2. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานภาพส่วนบุคคลและสังคม ด้านเพศ อายุ สถานภาพการสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ และอาชีพ หลังดีกว่าก่อนการรับบริการด้านสุขภาพ
3. ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลอง (ได้รับการบริการด้านสุขภาพ) ดีกว่ากลุ่มควบคุม (ไม่ได้รับการบริการด้านสุขภาพ)
4. ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง (ได้รับการบริการด้านสุขภาพ) จำแนกตามสถานภาพส่วนบุคคล และสังคม ด้านเพศ อายุ สถานภาพการสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ และอาชีพ ดีกว่ากลุ่มควบคุม (ไม่ได้รับการบริการด้านสุขภาพ)
5. ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการรักษาสุขภาพ ของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลอง (ได้รับการบริการด้านสุขภาพ) แตกต่างกันตามสถานภาพส่วนบุคคล และสังคมด้าน เพศ อายุ สถานภาพการสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพ

วิธีดำเนินการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุในตำบลทุ่งหว้า จังหวัดสตูล แบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน เลือกโดยวิธีการสุ่ม
2. แบบการวิจัยลักษณะทดสอบก่อนและหลัง โดยมีกลุ่มควบคุมใช้ระยะเวลา 4 เดือน

วิธีการรวบรวมข้อมูล

ใช้วิธีการสัมภาษณ์ สังเกตและตรวจสอบสุขภาพ โดยแพทย์และพยาบาล ของโรงพยาบาล ทุ่งหว้า

เครื่องมือในการวิจัย

เป็นแบบบันทึกสุขภาพและพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ ของกระทรวง-สาธารณสุข นำมาปรับปรุงและหาค่าความเชื่อมั่น โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนแบค ได้ค่าความเชื่อมั่น .54

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้การประมวลผลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โปรแกรม SPSS/PC⁺ เพื่อหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที และการทดสอบค่าเอฟ

สรุปผลการวิจัย

จากการวิจัยพบว่า

1. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อยู่กับคู่สมรส การศึกษาต่ำกว่า ป.4 และมีรายได้ต่ำกว่า 2,250 บาท ปัญหาด้านสุขภาพพบเรียงตามลำดับคือ ระบายหายใจและความแข็งแรงของปอด

ความหนาของไทรันหน้าท้อง การมีโรคประจำตัว และการมองเห็น ส่วนปัญหาด้านพฤติกรรม การรักษาสุขภาพ พบเรียงตามลำดับคือ การรับรู้ข่าวสารน้อย การรับประทานอาหารไม่ถูกหลัก โภชนาการ ขาดการออกกำลังกายอย่างถูกต้อง และวิถีการรักษาอาการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ไม่เหมาะสม

2. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนกับหลังการรับบริการด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน

3. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเพศชาย จำนวนสมาชิกในครอบครัว 5-7 คน และรายได้สูงกว่า 4,500 บาท หลังดีกว่าก่อนการรับบริการด้านสุขภาพ แต่พฤติกรรมรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนกับหลังการรับบริการด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน

4. ภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง (ได้รับบริการด้านสุขภาพ) ดีกว่ากลุ่มควบคุม (ไม่ได้รับบริการด้านสุขภาพ) แต่พฤติกรรมรักษาสุขภาพไม่แตกต่างกัน

5. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เพศชาย อายุ 60-64 ปี สถานภาพการสมรส หม้าย หย่า แยกกันอยู่ จำนวนสมาชิกในครอบครัว 5-7 คน การศึกษาต่ำกว่า ป.4 รายได้ต่ำกว่า 2,250 บาท และอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม กลุ่มทดลอง (ได้รับบริการด้านสุขภาพ) ดีกว่ากลุ่มควบคุม (ไม่ได้รับบริการด้านสุขภาพ) และพฤติกรรมรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ อายุ 60-64 ปี และจบ ป.4 กลุ่มทดลอง (ได้รับการบริการด้านสุขภาพ) ดีกว่ากลุ่มควบคุม (ไม่ได้รับการบริการด้านสุขภาพ)

6. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง (ได้รับบริการด้านสุขภาพ) แตกต่างกันด้านอายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพ เมื่อทดสอบแบบพหุเพื่อจับคู่พิจารณาถึงความแตกต่าง ไม่พบว่าคู่ใดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ และพฤติกรรมรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลอง (ได้รับการบริการด้านสุขภาพ) แตกต่างกันด้านอายุ และจำนวนสมาชิกในครอบครัว เมื่อทดสอบแบบพหุเพื่อจับคู่พิจารณาถึงความแตกต่าง พบว่ามีเพียงด้านอายุ ในช่วงอายุ 60-64 ปี กับช่วงอายุ 70 ปีขึ้นไป มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

7. ปัญหาข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุหิวขณะมารับบริการด้านสุขภาพ การเดินทางมารับบริการด้านสุขภาพไม่สะดวก ต้องการให้มีการจัดบริการด้านสุขภาพต่อไป และต้องการพบแพทย์ทุกครั้งที่มาใช้บริการด้านสุขภาพ

อภิปรายผล

ในการวิจัยเรื่องผลของการให้บริการด้านสุขภาพที่มีต่อภาวะสุขภาพและพฤติกรรม การรักษาสุขภาพ ศึกษาเฉพาะกรณีผู้สูงอายุตำบลทุ่งหว้า จังหวัดสตูล ให้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของการให้บริการด้านสุขภาพที่มีต่อภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยโรงพยาบาลทุ่งหว้า จัดคลื่นิคือผู้สูงอายุให้ความรู้และการบริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการรักษาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปจำแนกตามสถานภาพส่วนบุคคลและสังคมด้านเพศ อายุ สถานภาพการสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพ จากการวิเคราะห์ข้อมูล การทดสอบสมมติฐาน และสรุปผลการวิจัยสามารถ อภิปรายผลตามลำดับดังนี้

1. ตามที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศชายอยู่กับคู่สมรส การศึกษาต่ำกว่า ป.4 และมีรายได้ต่ำกว่า 2,250 บาท มีปัญหาด้านสุขภาพพบเรียงตามลำดับ จากมากไปน้อย คือ ระบบหายใจ และความแข็งแรงของปอด ความหนาของไขมันหน้าท้อง การมีโรคประจำตัว และการมองเห็น ส่วนปัญหาด้านพฤติกรรมรักษาสุขภาพพบเรียงตามลำดับจากมากไปน้อย คือ การรับรู้ข่าวสารน้อย การรับประทานอาหารไม่ถูกหลักโภชนาการ ขาดการออกกำลังกายอย่างถูกต้อง และการรักษาอาการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ไม่เหมาะสมนั้น (ดูรายละเอียดในตาราง 10) อาจเพราะว่าผู้สูงอายุในตำบลทุ่งหว้า โดยสภาพเศรษฐกิจและสังคมยังอยู่ในระดับต่ำ มีการศึกษาต่ำ มีรายได้ต่ำ และส่วนใหญ่มีอาชีพด้านเกษตรกรรม ดังนั้นความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมรักษาสุขภาพจึงมีน้อย แบบอย่างแนวทางการปฏิบัติที่เคยปฏิบัติมาแต่ก่อนเป็นประจำจึงเป็นสิ่งสะดวกเรียบง่าย แม้ว่าจะไม่ถูกสุขลักษณะก็ตาม เช่น การนิยมดื่มน้ำชาในตอนเช้า การสูบบุหรี่ หรือแม้แต่การรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันปาล์ม เป็นต้น ปัญหาด้านสุขภาพที่พบ คือ เรื่องของระบบหายใจและความแข็งแรงของปอด รองลงมาคือ ความหนาของไขมันหน้าท้อง การมีโรคประจำตัว และการมองเห็น ซึ่งสอดคล้องการศึกษาของ สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ (2518) ที่พบปัญหาด้านสุขภาพ คือ โรคเกี่ยวกับระบบไซซ้อ การศึกษาของ พิรสิทธิ์ คำานวดศิลป์ และคณะ (2523) พบว่าโรคที่ผู้สูงอายุเป็นกันมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคลม และโรคเกี่ยวกับระบบไซซ้อ การศึกษาของ นิวัติ กลิ่นงาม พบปัญหาด้านสุขภาพคือ อาการคัดจมูก ปวดเมื่อย และนอนไม่หลับ และการศึกษาของ ณาพร ชัยวรณ

และคณะ (2532) พบว่าโรคที่ผู้สูงอายุเป็นกันมาก คือ โรคเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อ และโรคเกี่ยวกับระบบย่อยอาหาร ในการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาที่แล้วมาคือ การใช้เครื่องมือในการวัดสุขภาพ เช่น ใช้เครื่องวัดความจุปอด เครื่องวัดไขมันหน้าท้อง เครื่องวัดแรงบีบมือ เครื่องวัดความดัน เครื่องตรวจเลือด และเครื่องตรวจปัสสาวะ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจร่างกายด้วยเครื่องมือดังกล่าวพบว่า ความแข็งแรงของปอดเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ แต่จากการสอบถามและสัมภาษณ์โรคที่พบบ่อยและหนักมากในผู้สูงอายุขึ้น ปัญหาเรื่องความแข็งแรงของปอดเป็นปัญหาที่ผู้สูงอายุไม่ได้ให้ความสำคัญมากนัก เพราะไม่ก่อให้เกิดอาการเจ็บป่วยหรือผิดปกติในสภาวะปกติ ต้องใช้เครื่องมือช่วยวัดจึงทราบ ด้านพฤติกรรมกรรมการรักษาสุขภาพนั้นเรื่อง การรับรู้ข่าวสาร การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรักษาอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยยังไม่ถูกต้องนั้นอาจจะเพราะว่าผู้สูงอายุมีวิถีการปฏิบัติภารกิจประจำวันอยู่เป็นประจำ เช่น การนึ่งต้มน้ำชาในตลาดตอนเช้า และนั่งพูดคุยกัน อาหารการกินบางคนก็ซื้อกินในตลาด บางคนก็รับประทานร่วมกับครอบครัว โดยหุงหาอาหารเองบ้าง บุตรหลานนำมาให้บ้าง การออกกำลังกายแม้ไม่มีการออกกำลังกายอย่างชัดเจน แต่ก็มีการออกกำลังกายทางอ้อม เช่น การเดินไปตลาดตอนเช้า การขี่รถจักรยาน การทำสวนครัวเล็ก ๆ น้อย ๆ การเลี้ยงโดพาคีโต ไบกินหญ้า เป็นต้น สุขภาพของผู้สูงอายุจึงยังคงมีความแข็งแรงอยู่ เพราะมีการเคลื่อนไหวร่างกายอยู่ตลอด ส่วนปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในการระวังรักษาสุขภาพ คือ การรักษาอาการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ไม่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สันทัต เสริมศรี และเจมส์ เอ็น ไรลีย์ (2517) พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการของโรคไม่รุนแรง จะไปซื้อยาจากร้านขายยามากินเอง การศึกษาของ บุญเลิศ เลี้ยงประไพ (2520) พบว่าเมื่อมีอาการเจ็บไข้ได้ป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ส่วนใหญ่ไปซื้อยาจากร้านขายยา การศึกษาของ เบญจา ยอดดำเงิน และกฤษฎา อาชนิจกุล (2523) พบว่าถ้ามีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยก็จะซื้อยามากินเอง เมื่อถึงขั้นรุนแรงจึงพึ่งพาโรงพยาบาล การศึกษาของ มานพ คณะโต (2525) พบว่าประชากรที่มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยจะไปซื้อยามากินเอง การศึกษาของ วัชรระ สิงคเชนทร์ พบว่า หากผู้ไม่สบายมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย จะปล่อยให้หายเอง ถ้าไม่สบายมากถึงเข้ารับการรักษาพยาบาลแทนใหม่ จากการศึกษาครั้งนี้ต้องการให้ผู้สูงอายุที่มีอาการไม่สบายเล็ก ๆ น้อย ๆ ได้ใช้บริการรักษาอาการเจ็บป่วยไม่ว่าจะเล็กน้อยหรือรุนแรง จากสถานพยาบาลของรัฐบาล โดยสามารถใช้บริการฟรีและสามารถทราบสมมติฐานแท้จริงของโรค เพื่อสะดวกในการรักษาให้หายได้

อย่างรวดเร็วนั้นและประหยัด แทนที่จะรักษาแบบอาศัยความเชื่อซึ่งอาจทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น ทำให้การรักษาเป็นไปอย่างยากลำบากและสิ้นเปลืองมากขึ้นตามลำดับ

2. ตามที่พบว่า ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนกับหลังการรับบริการด้านสุขภาพไม่แตกต่างกันนั้น (ดูรายละเอียดในตาราง 11) อาจจะเป็นเพราะว่าด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมีความเสื่อมของร่างกายเป็นไปตามกาลเวลา การรับบริการด้านสุขภาพ ในระยะเวลา 4 เดือน จึงไม่เกิดความแตกต่างกันในด้านสุขภาพ และจากสภาพส่วนบุคคลและสังคมของผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำ ดังนั้นความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของการรักษาสุขภาพเพื่อที่จะดูแลรักษาสุขภาพของตนเองจึงมีน้อย ทำให้สภาพร่างกายเสื่อมไปตามกาลเวลา การมีรายได้ต่ำ มีผลให้ผู้สูงอายุขาดความสะดวกสบายในการที่จะดูแลรักษาสุขภาพของตน ทั้งทางด้านอาหารการกิน การมีเวลาออกกำลังกาย การนำบัตรรักษาโรค และการดำรงชีวิตประจำวัน ทำให้สภาพร่างกายไม่แข็งแรงเพราะขาดการดูแลอย่างเหมาะสม และการมีโรคประจำตัวที่ทำให้สภาพร่างกายเจ็บป่วยไม่สบาย อ่อนแอ ปวดจุกต่าง ๆ เหล่านี้จึงมีผลให้ภาวะสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุ ก่อนกับหลังการรับบริการด้านสุขภาพ ไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม มีแนวโน้มที่ภาวะสุขภาพสามารถดีขึ้นได้ในกลุ่มของเพศชาย มีจำนวนสมาชิก 5-7 คนและมีรายได้สูงกว่า 4,500 บาท ส่วนด้านพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้ยอมรับและยึดถือปฏิบัติแบบใหม่เพื่อรักษาสุขภาพ เป็นการศึกษาเพราะผู้สูงอายุชอบความสะดวกสบายแบบเดิม ๆ ที่เคยปฏิบัติกันมา การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทำให้เกิดการยุ่งยากลำบากในการปรับตัว ประกอบกับระดับการศึกษาที่ต่ำ ทำให้การเรียนรู้และเข้าใจถึงประโยชน์ของพฤติกรรมการรักษาสุขภาพมีน้อย การมีภาระกิจประจำวันที่ต้องปฏิบัติ จนแทบจะไม่มีเวลาว่าง และระยะเวลาการให้บริการด้านสุขภาพ 4 เดือน นั้นยังไม่เพียงพอสำหรับการให้ผู้สูงอายุ ได้รับรู้และเข้าใจถึงประโยชน์ที่ได้รับ ดังนั้นพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนกับหลังการรับบริการด้านสุขภาพจึงไม่แตกต่างกัน

3. ตามที่พบว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเพศชาย จำนวนสมาชิกในครอบครัว 5-7 คน และรายได้สูงกว่า 4,500 บาท หลังดีกว่าก่อนการรับบริการด้านสุขภาพ แต่พฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนกับหลังการรับบริการด้านสุขภาพไม่แตกต่างกันนั้น (ดูรายละเอียดในตาราง 12) อาจจะเป็นเพราะว่า ในด้านภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุเพศชาย มีความสมบูรณ์แข็งแรงจากการทำงานที่ต้องการใช้แรงงาน เสมือนการออกกำลังกาย การมีภาระรับผิดชอบงานบ้าน

งานครัวห้อย ทำให้สามารถมีเวลาที่จะออกกำลังกาย เล่นกีฬา หรือปะปนพูดคุยกับเพื่อนฝูงญาติพี่น้อง ทำให้อารมณ์ดี สุขภาพจิตแจ่มใส ส่งผลให้สุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุเพศชายหลังดีกว่าก่อนรับบริการด้านสุขภาพ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ พรรณทิพย์ รามสูตร (2516) พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางด้านสุขภาพอนามัย ในกลุ่มของเพศ แต่สอดคล้องกับการศึกษาของพีรสิทธิ์ คำานวนศิลป์ และคณะ (2523) พบว่า ผู้สูงอายุเพศชาย มีภาวะสุขภาพดีกว่าเพศหญิง ในผู้สูงอายุที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 5-7 คน หลังดีกว่าก่อนรับบริการด้านสุขภาพ เป็นเพราะการที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่น้อยไป จะทำให้ขาดคนช่วยทำงาน ช่วยดูแลกิจการต่าง ๆ และการที่มีจำนวนสมาชิกมากเกินไปนั้น จะทำให้เกิดความวุ่นวาย เป็นปัญหาเป็นภาระแก่ผู้สูงอายุ การที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่พอดี เช่น 5-7 คน นั้น สมาชิกในครอบครัวสามารถช่วยทำงาน ผ่อนภาระแก่ผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีเวลาสำหรับการพักผ่อน ออกกำลังกาย พะปนพูดคุยกับบุตรหลาน ทำให้ช่วยผ่อนคลายความเครียดได้ ร่างกายจึงแข็งแรง ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุหลังจึงดีกว่าก่อนการรับบริการด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิวัติ กลิ่นงาม (2532) พบว่า ปัญหาด้านจิตใจของผู้สูงอายุเกิดจากความขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว ในผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงกว่า 4,500 บาท หลังดีกว่าก่อนการรับบริการด้านสุขภาพ เป็นเพราะผู้ที่มีรายได้สูง มีความสามารถในการหาสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ มากมาย ไม่ต้องทำงานหนัก มีเวลาว่างสำหรับการออกกำลังกาย สามารถปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดี อดี ตลอดจนเป็นผู้ที่มีความรู้ ความคิดอ่านที่ดี สามารถเข้าใจเรื่องการรักษาสุขภาพการดี มีผลให้ภาวะสุขภาพหลังดีกว่าก่อนการรับบริการด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ณาพร ชัยวรรม และคณะ (2532) พบว่า ความยากจน มีผลทำให้สุขภาพด้านร่างกายและจิตใจไม่ดีไปด้วย ส่วนพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนกับหลังไม่แตกต่างกันนั้น อาจเพราะว่า นอกจากความเคยชินในแบบประเพณีปฏิบัติที่มีมาแต่เดิม การศึกษาในระดับต่ำที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ ตลอดจนค่านิยมความเชื่อต่าง ๆ ทำให้พฤติกรรมของผู้สูงอายุหลังการรับบริการด้านสุขภาพไม่เปลี่ยนแปลงไป แม้ว่าจะมีการยอมรับในระยะแรก ๆ สำหรับแบบอย่างการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพแต่เมื่อสภาพของร่างกายอยู่ในสภาวะปกติ การปฏิบัติตนจึงกลับมาเป็นแบบเดิมที่สะดวกและเรียบง่าย เช่นเดิม

4. ตามที่พบว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง (ได้รับบริการด้านสุขภาพ) ดีกว่ากลุ่มควบคุม (ไม่ได้รับบริการด้านสุขภาพ) แต่พฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน

นั้น (ดูรายละเอียดในตาราง 13) อาจจะเป็นเพราะว่า ในด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเมื่อได้รับบริการด้านสุขภาพแล้ว มีความรู้ ความเข้าใจในการรักษาสุขภาพเพื่อให้สุขภาพดีขึ้น เช่น การออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์หลักโภชนาการ การใช้ยาที่ถูกต้องและมีเวลาพักผ่อน คลายเครียดอย่างเพียงพอ ตลอดจนได้รับการตรวจรักษาสุขภาพโดยแพทย์ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง อาการเจ็บป่วยต่าง ๆ ได้รับการดูแลรักษาให้อยู่ในสภาพปกติ สุขภาพร่างกายจึงดีกว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับบริการด้านสุขภาพ ส่วนด้านพฤติกรรมการรักษาสุขภาพนั้น ไม่แตกต่างกัน แม้ว่าจะได้รับการบริการด้านสุขภาพก็ตาม เพราะการที่จะเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมนั้น ต้องมาจากการมีพื้นฐานคือ ความรู้ ความเข้าใจถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ และสามารถปฏิบัติตนด้านสุขภาพได้ง่าย

5. ตามที่พบว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เพศชาย อายุ 60-64 ปี สถานภาพการสมรส หม้าย หย่า แยกกันอยู่ จำนวนสมาชิกในครอบครัว 5-7 คน การศึกษาต่ำกว่า ป.4 รายได้ต่ำกว่า 2,250 บาท และอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม กลุ่มทดลอง (ได้รับบริการด้านสุขภาพดี) กว่ากลุ่มควบคุม (ไม่ได้รับบริการด้านสุขภาพ) และพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ 60-64 ปี และจบ ป.4 กลุ่มทดลอง (ได้รับบริการด้านสุขภาพ) ดีกว่ากลุ่มควบคุม (ไม่ได้รับบริการด้านสุขภาพ) นั้น (ดูรายละเอียดในตาราง 14) อาจจะเป็นเพราะว่าด้านภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุเพศชาย มีภาวะของการเป็นผู้ล่า ก้าวทำ ก้าวคิด ก้าวตัดสินใจ มีเวลาว่าง เมื่อได้รับการบริการด้านสุขภาพ สามารถรับคำแนะนำและนำไปปฏิบัติตนได้ดี สภาวะสุขภาพจึงดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฟิวสิทท์ คำนวณศิลป์ และคณะ (2523) ที่พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีภาวะสุขภาพดีกว่าเพศหญิง ในผู้สูงอายุอายุ 60-64 ปี เป็นวัยเริ่มต้นของการเป็นผู้สูงอายุ ยังมีความแข็งแรงของร่างกาย มีความเสื่อมของร่างกายน้อย มีความสามารถจำได้ ไม่หลงลืม เมื่อได้รับการบริการด้านสุขภาพ จึงสามารถรับและเรียนรู้ได้ดีกว่า สามารถนำไปปฏิบัติได้ง่ายกว่า ภาวะสุขภาพจึงดีกว่า กลุ่มที่ไม่ได้รับบริการด้านสุขภาพ ซึ่งต่างกับการศึกษาของ นรรณทิพย์ รามสูตร (2516) ที่พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันด้านสุขภาพอนามัยในกลุ่มอายุ ในผู้สูงอายุ สถานภาพการสมรส หม้าย หย่า แยกกันอยู่ เป็นผู้ที่ต้องช่วยเหลือตนเองสูง ภาระงานบ้านงานครัวมีไม่มากนัก เพราะอยู่คนเดียว และในสังคมของชนบทเป็นระบบเครือญาติ มีการพบปะพูดคุย ได้รับการเยี่ยมเยียนอยู่ตลอดเวลา สามารถทำกิจกรรมของสังคม เช่น การไปวัดร่วมกันได้ง่าย เมื่อได้รับการบริการด้านสุขภาพ ก็สามารถมาได้ทุกครั้ง และมีเวลาในการฝึกปฏิบัติ

๓๓. ภาวะสุขภาพจึงดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับบริการด้านสุขภาพ ในผู้สูงอายุมีจำนวนสมาชิก 5-7 คน
 เป็นผู้สูงอายุที่สมาชิกในครอบครัวสามารถช่วยเหลือ ช่วยแบ่งเบาภาระงานด้านครอบครัว ช่วย
 นำไปสถานบริการด้านสาธารณสุขได้ การมาเยี่ยมพบปะพูดคุย ทำให้คลายเหงา เมื่อรับบริการ
 ด้านสุขภาพ ก็สามารถมารับบริการได้ง่าย และนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ ภาวะสุขภาพจึง
 ดีกว่าที่ไม่ได้รับบริการด้านสุขภาพ ซึ่งต่างกับการศึกษาของนิวัติ กลิ่นงาม (2532) ที่พบปัญหา
 ด้านสุขภาพ มีภาวะการเจ็บป่วยทางด้านอารมณ์และจิตใจ เพราะมีปัญหาเกี่ยวกับคนในครอบครัว
 ลูกหลาน ในผู้สูงอายุการศึกษาต่ำกว่า ป.4 จะมีความเชื่อ แพทย์ และเจ้าหน้าที่สูง เมื่อได้รับ
 การชี้แนะ แนะนำการปฏิบัติตน เพื่อรักษาสุขภาพ ก็ยอมรับและปฏิบัติตาม ทำให้สภาวะสุขภาพ
 ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับบริการด้านสุขภาพ ซึ่งต่างกับการศึกษาของพรรณทิพย์ รามสูตร (2516)
 ที่พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันด้านสุขภาพอนามัยในกลุ่มการศึกษา ในผู้สูงอายุรายได้ต่ำกว่า
 2,250 บาท เป็นผู้ที่มีฐานะยากจน ภาวะความรับผิดชอบด้านภาระงานก็มีน้อย มีเวลาว่างที่จะ
 ปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ทำให้สภาวะสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับบริการด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ
 การศึกษาของ นภาพร ชัยวรรณ และคณะ (2532) ที่พบว่าปัญหาความยากจน มีผลให้สุขภาพ
 ด้านร่างกายและจิตใจไม่ดีไปด้วย ในผู้สูงอายุอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม เช่น อาชีพค้าขาย
 รับราชการ มีสภาพของการทำงานที่ไม่หนัก มีรายได้สำหรับเลี้ยงตนเองอย่างสบาย มีความรู้
 ที่ดี รู้จักดำเนินชีวิตประจำวันได้เป็นอย่างดี เมื่อรับบริการด้านสุขภาพแล้ว สามารถนำไปปฏิบัติ
 เพื่อเกิดประโยชน์ได้ สภาวะสุขภาพจึงดีกว่า กลุ่มที่ไม่ได้รับบริการด้านสุขภาพ นับได้ว่า ผู้ที่
 รับบริการด้านสุขภาพและมีภาวะสุขภาพดีนั้น เป็นผู้ที่อยู่ในวัยเริ่มสูงอายุ มีการเรียนรู้ที่ดี มี
 เวลาว่างในการฝึกปฏิบัติตน มีสมาชิกในครอบครัวคอยช่วยเหลือดูแล และที่สำคัญคือ การได้มา
 รับการแนะนำ ตรวจรักษาจากแพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถทำให้ภาวะสุขภาพดีขึ้น ส่วนด้าน
 พฤติกรรมการรักษาสุขภาพ มีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นนั้น เป็นผู้สูงอายุ อายุ 60-64 ปี ซึ่งยังคงมี
 ความแข็งแรงของร่างกาย สามารถเรียนรู้และเข้าใจได้ดี สามารถช่วยเหลือตนเองได้สูง
 เมื่อได้รับการแนะนำด้านสุขภาพจึงสามารถรับ และปรับปรุงพฤติกรรมของตนได้ดี และเป็นผู้สูง
 อายุที่จบ ป.4 ซึ่งมีความรู้ ความคิดที่ดี เมื่อได้รับการแนะนำได้สุขภาพก็สามารถเข้าใจได้ง่าย
 การยอมรับและปฏิบัติจึงเกิดขึ้นได้ดีกว่า กลุ่มที่ไม่ได้รับบริการด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการ
 ศึกษาของชื่นชม เจริญยุทธ (2527) พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาต่ำ มีพฤติกรรมการรักษาพยาบาลไม่
 เหมาะสม คือ นิยมใช้บริการของหมอแผนโบราณ

6. ตามที่พบว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลอง (ได้รับการบริการด้านสุขภาพ) แตกต่างกันด้านอายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพ และพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลอง (ได้รับการบริการด้านสุขภาพ) แตกต่างกันด้านอายุ และจำนวนสมาชิกในครอบครัวนั้น (ดูรายละเอียดในตาราง 15-17) อาจจะเป็นเพราะว่าด้านภาวะสุขภาพในเรื่องอายุ ช่วงอายุที่ต่างกัน มีภาวะสุขภาพต่างกัน การที่พบว่า ผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป ดีกว่าอายุ 60-64 ปี และ 65-69 ปี นั้น เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป มีสุขภาพร่างกายดีมาก่อนแล้ว จากงานที่ทำจากการออกกำลังกายมาโดยตลอด มีจิตใจและอารมณ์ที่ดี เมื่อได้รับการบริการด้านสุขภาพ ก็ช่วยสนับสนุน ส่งเสริมให้ภาวะสุขภาพดีขึ้นกว่าอีก 2 กลุ่ม ซึ่งขัดแย้งกับพรรณทิพย์ รามสูตร (2516) ที่พบว่าไม่มีความแตกต่างกันด้านสุขภาพอนามัยในกลุ่มอายุ ในเรื่องสถานภาพการสมรส โสด จะดีกว่า หม้าย หย่า แยกกันอยู่ และคู่ ซึ่งคนโสดมีจำนวนน้อย แต่ก็ยังกล่าวได้ว่า การอยู่คนเดียว มีภาวะสุขภาพดีกว่า อยู่คู่ เพราะการอยู่คนเดียว มีความคล่องตัวสูง ในการตัดสินใจเลือกแบบประพฤติกฎปฏิบัติ ในการปฏิบัติภารกิจประจำวัน ไม่มีภาระทางครอบครัว ภาวะสุขภาพ ในกลุ่มนี้จึงดีขึ้นเมื่อได้รับการแนะนำด้านสุขภาพอนามัย ในเรื่องระดับการศึกษาสูงกว่า ป.4 ดีกว่า จบ ป.4 และต่ำกว่า ป.4 เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาสูง มีความรู้ความเข้าใจ มีการตัดสินใจที่ดีเมื่อรับการบริการด้านสุขภาพแล้ว สามารถเข้าใจปฏิบัติตน เป็นประโยชน์ต่อตนเองได้ดี ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่จบ ป.4 จึงดีกว่าในกลุ่มอื่น ๆ ซึ่งต่างกับการศึกษาของพรรณทิพย์ รามสูตร (2516) ที่พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางด้านสุขภาพอนามัยในกลุ่มการศึกษา ในเรื่องรายได้ ผู้มีรายได้สูงกว่า 4,500 บาท ดีกว่า รายได้ 2,250-4,500 บาท และต่ำกว่า 2,250 บาท เพราะผู้ที่มีรายได้สูง ย่อมมีความสะดวกสบาย ด้านการงานก็มีน้อย สามารถมีเวลาว่างที่จะปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ทำให้สุขภาพดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการบริการด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นภาพร ธีโยวรณ์ และคณะ (2532) พบว่า สภาพสุขภาพไม่ดี อาจนำไปสู่ปัญหาเศรษฐกิจ และขณะเดียวกันความยากจนก็จะทำให้สุขภาพร่างกายและจิตใจไม่ดีไปด้วย ในเรื่องอาชีพ อาชีพนอกภาคเกษตรกรรมดีกว่าอาชีพเกษตรกรรม เพราะผู้มีอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม ไม่มีภาระในการทำงานหนัก สามารถมีรายได้ จากบำเหน็จ บำนาญ หรืออื่น ๆ ไม่ได้อดร้อน มีโอกาสพบปะพูดคุยกับเพื่อนฝูงได้มาก ต่างกับผู้มีอาชีพภาคเกษตรกรรม ที่ต้องทำงานด้านเกษตร บางครั้งต้องทำงานหนัก ซึ่งมีผลต่อกระดูกและข้อ ทำให้ร่างกายเสื่อมโทรม ปวดเมื่อยได้ง่าย เมื่อได้รับการบริการด้านสุขภาพ

กลุ่มนอกภาคเกษตรกรรม จึงมีภาวะสุขภาพดีกว่ากลุ่มเกษตรกรรม ด้านพฤติกรรมการรักษาสุขภาพ แตกต่างกันในเรื่องอายุ คือ อายุ 65-69 ปี มีพฤติกรรมการรักษาสุขภาพดีกว่า 60-64 ปี และ 70 ปีขึ้นไป เพราะช่วงอายุ 60-64 ปี เป็นวัยเริ่มเป็นผู้สูงอายุ สุขภาพร่างกายยังแข็งแรง ความกระตือรือร้น ในการมีพฤติกรรมการรักษาสุขภาพมีน้อย ต่างจากอายุ 65-69 ปี เริ่มมีความเสื่อมของร่างกายบ้างแล้ว จึงพยายามปฏิบัติตัวตามคำแนะนำด้านสุขภาพ เพื่อดูแลสุขภาพร่างกายของตน ส่วนอายุ 70 ปีขึ้นไป ยังเคยชินกับแบบวิถีชีวิตเดิมอยู่ การเปลี่ยนแปลงจึงมีไม่มากนัก ผู้สูงอายุ 65-69 ปี จึงมีพฤติกรรมการรักษาสุขภาพดีกว่า อีกสองกลุ่ม ในเรื่องจำนวนสมาชิก 1-4 คน มีพฤติกรรมการรักษาสุขภาพดีกว่า 5-7 คน และ 8 คนขึ้นไป เพราะมีจำนวนสมาชิกน้อย ภาระงานบ้านจึงมีน้อย และได้ช่วยเหลือตนเองอยู่ตลอดเวลา สามารถคิดและตัดสินใจได้ดี เมื่อรับการแนะนำด้านสุขภาพการปฏิบัติตามคำแนะนำก็ง่าย เพราะมีเวลา และสะดวกในการปฏิบัติ พฤติกรรมการรักษาสุขภาพในกลุ่มสมาชิก 1-4 คน จึงดีกว่ากลุ่มอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิวัติ กลิ่นงาม (2532) ที่พบปัญหาการปรับตัว มีปัญหาจากบุตรหลานมากที่สุด

7. ตามที่พบว่าปัญหาข้อเสนอนี้เกี่ยวกับการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุคือ ผู้สูงอายุที่หิวขณะมารับบริการด้านสุขภาพ การเดินทางมารับบริการไม่สะดวก ต้องการให้มีการจัดบริการด้านสุขภาพต่อไป และต้องการพบแพทย์ทุกครั้งที่มาใช้บริการด้านสุขภาพนั้น อาจจะเป็นเพราะการที่ผู้สูงอายุหิวขณะมารับบริการเป็นเพราะ ในการตรวจสุขภาพ เช่น การตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ ต้องงดอาหารก่อนไม่ต่ำกว่า 8 ชั่วโมง ทำให้ไม่ได้รับประทานอาหารเช้าเมื่อตรวจเสร็จแล้วจึงสามารถรับประทานอาหารเช้าได้ ผู้สูงอายุบางคนได้พาอาหารติดตัวมาด้วย บางคนไม่ได้นำมาโรงพยาบาลจึงควรจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการบรรเทาอาการหิวไปก่อน ในการเดินทางมารับบริการไม่สะดวก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ฐานะยากจน บางครั้งต้องเดินทางด้วยรถจักรยานยนต์ ซึ่งเป็นอันตรายและการเดินทางโดยรถเมล์ก็ไม่สะดวก เพราะต้องใช้ระยะเวลาในการรอคอยและเดินทางประมาณ 1 ชั่วโมง ดังนั้นการช่วยอำนวยความสะดวกโดยการจัดรถยนต์บริการรับ-ส่ง จึงเป็นประโยชน์และช่วยเหลือผู้สูงอายุได้มาก ส่วนการต้องการให้มีการจัดบริการสุขภาพต่อไป และต้องการพบแพทย์ทุกครั้งที่มาใช้บริการด้านสุขภาพ เพราะผู้สูงอายุได้รับรู้และทราบถึงประโยชน์ที่ได้รับ จึงต้องการจัดให้มีการบริการด้านสุขภาพต่อไป โดยเฉพาะเป็นการบริการที่ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐบาล โดยไม่คิดมูลค่า นับเป็นประโยชน์ที่

ผู้สูงอายุ ถึงแม้จะมีรายได้ต่ำก็สามารถรับบริการได้ และการได้พบแพทย์ทุกครั้งจะสร้างความเชื่อถือยอมรับในการปฏิบัติเพื่อรักษาสุขภาพได้เป็นอย่างดี เพราะผู้สูงอายุเชื่อว่าแพทย์คือผู้ที่มีความรู้ความสามารถมากที่สุดในการดูแลรักษาโรค และช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้นได้ ดังนั้นทางโรงพยาบาลจึงสมควรจัดแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในการให้บริการด้านสุขภาพทุกครั้ง

ข้อเสนอแนะ

ผลจากการศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะ 2 ประเด็นคือ ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

- 1.1 ควรจัดให้มีคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลต่อไป เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง และดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข
- 1.2 สมควรให้ความรู้ด้านสุขภาพ ในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรักษาอาการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ แก่ผู้สูงอายุ และสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ
- 1.3 สมควรให้การดูแลรักษาสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ อายุ 65 ปีขึ้นไป ประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรมมาเป็นพิเศษ
- 1.4 สมควรให้การดูแลผู้สูงอายุเพศหญิงและมีรายได้ต่ำกว่า 4,500 บาท
- 1.5 ในการจัดการบริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ควรมีรถยนต์รับ-ส่งผู้สูงอายุ จัดอาหารให้ผู้สูงอายุ และจัดแพทย์ พยาบาล ตรวจรักษาโรคแก่ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการด้านสุขภาพ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป เพื่อให้การศึกษาวิจัย เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ว่างขวางและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น มีข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยดังนี้

- 2.1 ควรศึกษาพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล แยกศึกษาพฤติกรรมการรักษาสุขภาพขณะเจ็บป่วย พฤติกรรมการรักษาสุขภาพขณะสงสัยว่าจะเจ็บป่วย และพฤติกรรมการรักษาสุขภาพขณะปกติ

2.2 - ควรศึกษาประชากร ผู้สูงอายุที่มีขนาดใหญ่ขึ้นเป็นระดับ หมู่บ้าน ตำบล หรืออำเภอ และเพิ่มระยะเวลาการดูแลรักษาสุขภาพมากขึ้น ประมาณ 1 ปี หรือมากกว่า

2.3 ควรศึกษาวิจัยกลุ่มบุคคล ที่จะเป็นผู้สูงอายุต่อไปในอนาคต เช่น กลุ่มอายุ 50 ปี ขึ้นไป

2.4 ควรศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุเพศหญิง

2.5 ควรศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุกับการทำงาน

อดีต เรก

บรรณานุกรม

กุลยา ตันติภพลาชีวะ. 2523. การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร :

วิทยาลัยพยาบาล กรุงเทพมหานคร.

คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สำนักงาน. 2533. การคาดประมาณ

จำนวนประชากรไทย. กรุงเทพมหานคร.

คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, สำนักงาน. 2525. คู่มือปฏิบัติงานสาธารณสุข.

พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สำนักข่าวพานิช.

จรรยา ทองถาวร. 2530. จิตวิทยาพัฒนาการ. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ,

ถิ่นชม เจริญยุทธ์. 2527. "ปัจจัยกำหนดการเลือกใช้บริการสาธารณสุขประเภทต่าง ๆ ของประชาชนในชนบท", วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (สำเนา)

ดวงพร ดวงนิกุล. 2527. "การสำรวจความต้องการที่คนชราต้องมาอยู่ในสถานสงเคราะห์ คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2517", วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตร์ มหาบัณฑิต แผนกพยาบาลศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (สำเนา)

ดวงสมร บุญดง. 2526. "พฤติกรรมการใช้บริการสาธารณสุขของรัฐ", วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. (สำเนา)

ตุ้ย ชุ่มสาย, ม.ล. 2514. ไปบรรยายที่ชุมชนสูงอายุ. เชียงใหม่ : คนเมืองการพิมพ์จำกัด.

- ทวีทอง ทรงษ์วิวัฒน์. 2524. "แนวคิดทางด้านพฤติกรรมอนามัย" ในรายงานการสัมมนา
ระดับชาติ เรื่อง การพัฒนาการวิจัยทางสุขภาพ และพฤติกรรมอนามัย, หน้า 26.
กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทวีศักดิ์ บัวน้ำจืด. 2529. "การสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย", วารสารสังคม
สงเคราะห์ศาสตร์. 1 (กรกฎาคม-ธันวาคม 2529), 60-69.
- ชัยชัย มุ่งการดี. 2531. "สภาพปัญหาสาธารณสุขภาคใต้", สงขลานครินทร์เวชสาร. 6
(กุมภาพันธ์ 2531) 19-24.
- เนภาพร ชัยวราภรณ์ มาลินี วงษ์สิทธิ์ และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย. 2532. "สรุปผล
โครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคมและประชากรของผู้สูงอายุในประเทศ
ข้อเสนอแนะหรือนโยบาย", วารสารประชากรศาสตร์. 5 (มีนาคม 2532),
95-101.
- นิวัติ กลิ่นงาม. 2532. "สภาพปัญหาความต้องการ เป้าหมายชีวิตและการเตรียมตัวของ
ผู้สูงอายุ", วารสารสังคมศาสตร์ วิทยาลัยครูเพชรบุรี. 10 (มกราคม 2532),
53-68.
- บรรลุ ศิริพานิช และคณะ. 2528. ระบอบวิชาของคณาจารย์ และผู้สูงอายุในประเทศไทย.
กรุงเทพมหานคร : ม.ป.พ.
- บุญเย็น สุภาพ. 2522. "การศึกษาเปรียบเทียบปัญหาความต้องการและโลกทัศน์ของคนชรา
ในสถานสงเคราะห์คนชราของรัฐและเอกชน", วิทยานิพนธ์ปริญญาโท
ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา สาขาสังคมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย. (สำเนา)

- บุญเลิศ เลี้ยวประไพ. 2524. "ประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทย", ในเอกสารประกอบการสัมมนาระดับชาติ เรื่องบริการสุขภาพผู้สูงอายุ, หน้า 24-26.
กรุงเทพมหานคร : กระทรวงสาธารณสุข.
- เบญจมา ยอดดำเนิน และกฤตยา อาชวนิจกุล. 2523. พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของคนไทยในทฤษฎีและการศึกษาทางสังคมวิทยาและสุขภาพการแพทย์.
กรุงเทพมหานคร : โครงการเผยแพร่ข่าวสารและการศึกษาด้านประชากร : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประชากรศาสตร์, สถาบัน. 2528. เอกสารประกอบการสัมมนา ผู้สูงอายุในประเทศไทย.
ณ โรงแรมริเจนท์ พัทยา : สถาบันประชากรศาสตร์.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526. ทัศนคติ : การจัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย.
กรุงเทพมหานคร : โอเดียนสโตร์.
- ปราหันธ์ บุญหลง. 2523. "ความรู้ความเข้าใจในกระบวนการสูงอายุ", ในเอกสารการสัมมนาวิชาการ เรื่องการพยาบาลจิต สังคม สำหรับผู้สูงอายุ, หน้า 1-10.
กรุงเทพมหานคร : คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรรณทิพย์ รามสูตร. 2527. "ความต้องการของคนสูงอายุ", วารสารสุขศึกษา.
7 (กรกฎาคม-กันยายน 2527), 32-34.
- พีระสิทธิ์ คำแนวศิลป์ ลิณี กมลนาวิน และประเสริฐ รักไทยดี. 2523. ความทันสมัยทางอนามัยเกี่ยวกับตนเองและปัญหาบางประการของคนชรา. กรุงเทพมหานคร : สำนักวิจัยสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

- ฟอง เกิดแก้ว. 2518. อนามัยส่วนบุคคลและอนามัยชุมชน. กรุงเทพมหานคร :
ไทยวัฒนาพานิช.
- มาณพ คณะโต. 2525. "พฤติกรรมกรรรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข
ศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มชาติพันธุ์ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา", วิทยานิพนธ์
ปริญญามหาบัณฑิต คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (สำเนา)
- รุ่งโรจน์ นุ่มริ้ว. 2527. "ผู้สูงอายุ." วารสารสุขศึกษา. 7 (กรกฎาคม-กันยายน
2527), 12-16.
- ลักขณา ปราณีนราวัฒน์ และศิwapร อารีลาภประเสริฐ. 2522. การพยาบาลทาง
อายุรศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์พรจันทร์.
- วชิระ สิงคเสนทร์. 2527. "การใช้บริการทางการแพทย์และอนามัยของชาวชนบทในภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือ", วารสารสุขศึกษา. 2 (พฤศจิกายน-สิงหาคม 2527),
37-45.
- ศรีจิตรา บุญภาค. 2524. "ปัญหาผู้สูงอายุในประเทศไทยและวิธีแก้ปัญหาโดยใช้ระบบ
สาธารณสุขมูลฐาน", ในรายงานการสัมมนาในระดับชาติ : บริการสุขภาพผู้สูงอายุ.
หน้า 81-85. กรุงเทพมหานคร : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สันทัต เสริมศรี และเจมส์ เอ็น โรลีย์. 2517. พฤติกรรมในการใช้บริการทางการแพทย์
สาธารณสุขและการคุมกำเนิดของไทย : การวิจัยในชุมชนแห่งหนึ่ง.
กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุชา จันทร์เอม และสุรางค์ จันทร์เอม. ม.ป.ป. จิตวิทยาการเรียนรู้. กรุงเทพมหานคร :
โอเดียนสโตร์.

- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. 2518. "ปัญหาและการกำหนดนโยบายประชากรวัยชราในประเทศไทย", ในรายงานวิจัย ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับกองวิชาการ กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงมหาดไทย, หน้า 4-25. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวัฒน์ วัฒนวงศ์. 2524. หลักการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โอเดียนสโตร์.
- เสาวศิษฐ์ กานต์เดชารักษ์. 2524. "ความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ", วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (สำเนา)
- อรทัย รวยอาจิน และกาญจนา แก้วเทพ. 2523. บทบาทของแพทย์แผนโบราณในการพัฒนาสาธารณสุขไทย. กรุงเทพมหานคร : คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรุณ เนตรศิริ. 2518. "ชราภาพ พหุศาสตร์ภาพ แนวทางปฏิบัติตน", วารสารสุขภาพ. (เมษายน 2518), 44-48.
- อุตตราพร บุณยาค. 2518. "ปัญหาและความต้องการของคนชราในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค", วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. (สำเนา)
- Becker, M.H. 1974. The Health Belief Model and Personal Health Behavior. Thorofore, NJ : Charles B Slack Inc.
- Cronbach, Lee. J. 1970. Essential's of Psychological Testing. 3rd ed. New York : Harper and Row.

- Ferguson, George A. 1976. Statistical Analysis in Psychology and Education. Bombay, Vakils : Feffer and Simons Rivate Ltd.
- Murray, Ruth and Zentner, Judith. 1975. Nursing Assessment & Health Promotion through the Life Span. New Jersey : Prentice-Hall, Inc.
- Norman, Nie H. and others. 1975. Statistical package for the Social Sciences. 2nd ed. New York : McGraw-Hill.
- Pender, N.J. 1987. Health Promotion in Nursing Practics. 2nd ed. Nurwalk : Appleton and Laange.
- Rosenstock, I.M. 1974. "The Health Belief Model and Preventive Health Behavior", Health Education Monography. 4 (Winter 1974), 328-331.
- Shanas, Ethel and others. 1968. The Psychology of Health in Middle Age and Aging. Edited by Bernice L. Neugarten Chicage : The University of Chicago Press.

ภาคผนวก 1.

(แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย)

แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย
เรื่อง

ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมในการเลือกสถานบริการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ
ก่อนและหลังจากการให้ความรู้และบริการรักษาสุขภาพ
(ศึกษาเฉพาะกรณี ตำบลทุ่งหญ้า อำเภอทุ่งหญ้า จังหวัดสตูล)

- คำชี้แจง แบบสอบถามนี้แบ่งออกเป็น 3 ตอน
- ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์
 - ตอนที่ 2 ข้อมูลด้านภาวะสุขภาพ
 - ตอนที่ 3 ข้อมูลด้านพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ

แบบสอบถามฉบับนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อที่จะสำรวจสภาพของผู้สูงอายุในด้านสุขภาพ
และพฤติกรรมในการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง สำหรับการ
พัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุและอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป

ชื่อผู้สัมภาษณ์.....วัน เดือน ปีที่สัมภาษณ์.....

บันทึกของผู้สัมภาษณ์.....

.....

บันทึกของผู้ตรวจแบบสอบถาม.....

.....

ชื่อผู้ตรวจแบบสอบถาม.....

ความคิดเห็นของแพทย์.....

จากอาชีพของตนเองดอกเบี๋ย/ค่าเช่า (ระบุ).....
บ้านญาติบุตรหลาน
อื่น ๆ (ระบุ).....

8. อาชีพ ปัจจุบันทำนา ทำสวน ทำไร่
ค้าขาย
รับจ้าง
ประมง
อาชีพอิสระ
อยู่บ้านเฉย ๆ
ข้าราชการบ้านญาติ
อื่น ๆ ระบุ.....

ตอนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพ

2.1 สุขภาพทั่วไป

- 2.1.1 การรับรู้.....พูดคุยรู้เรื่อง.....
 หลงลืม.....ไม่รู้สีกตัว
- 2.1.2 การเคลื่อนไหว.....เดินได้ดี.....
 ต้องใช้เครื่องช่วย.....นอนอยู่กับที่
- 2.1.3 การเจ็บป่วย.....สุขภาพแข็งแรง.....เจ็บป่วยบ่อย
- 2.1.4 การทำงาน.....รู้สึกสุขภาพดี ทำงานไหว
รู้สึกสุขภาพไม่ดี แต่ทำงานไหว
รู้สึกไม่สบายจนทำงานไม่ไหว
เจ็บป่วยต้องนอนรักษาตัว
- 2.1.5 ในระยะสี่เดือนที่ผ่านมา เคยเจ็บป่วยเป็นโรค หรือ ได้
 รับอุบัติเหตุบ้าง หรือไม่.....มี.....ไม่มี
 สาเหตุของการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุ.....

- ลักษณะของการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุ.....
-
- 2.1.6 มีโรคประจำตัวคือ.....
-ต้องพบแพทย์เป็นประจำ.....ทานยาเป็นประจำ
-ทานบ้างไม่ทานบ้าง.....ไม่ได้ทานยา
- อาการของโรค.....กำเริบ.....ไม่กำเริบ
- 2.2 การตรวจร่างกาย
- 2.2.1 น้ำหนักกิโลกรัม
- 2.2.2 ส่วนสูงกิโลกรัม
- 2.2.3 ความดันโลหิต.....มม.ปรอท
- 2.2.4 การมองเห็น ตาขวา.....ตาซ้าย.....
- 2.2.5 การได้ยิน.....
- 2.2.6 ความหนาของไขมันหน้าท้อง.....ซม.
- 2.2.7 ระบบการหายใจ.....
- 2.2.8 ระบบหัวใจและหลอดเลือด.....
- 2.2.9 ระบบทางเดินอาหาร.....
- 2.2.10 ระบบกล้ามเนื้อ.....
- 2.2.11 ระบบประสาท.....
- 2.2.12 ผิวหนัง.....
- 2.2.13 ความผิดปกติอื่น ๆ ที่พบ.....
- 2.2.14 การตรวจปัสสาวะ.....
- 2.2.15 สภาพจิตใจ
-ดี
-ไม่ดี.....กลัว.....วิตกกังวล.....
- เศร้าเสียใจ.....คับข้องใจ

ตอนที่ 3 ที่มูลด้านพฤติกรรมกรรการรักษาสุขภาพ

- 3.1 การรับประทานอาหาร.....มือเช้า (ระบุ).....
มือกลางวัน (ระบุ).....
มือเย็น (ระบุ).....
อาหารว่าง (ระบุ).....
- 3.2 การพักผ่อนกลางวัน มีกิจกรรม.....ใช้เวลา.....ชม.
พักผ่อน ประมาณ.....ชม.
กลางคืน มีกิจกรรม.....ใช้เวลา.....ชม.
พักผ่อน ประมาณ.....ชม.
- 3.3 การออกกำลังกายออกกำลังกายตอนเช้า ประมาณนาที
วิธี (ระบุ).....
ออกกำลังกายตอนเย็น ประมาณ.....นาที
วิธี (ระบุ).....
ไม่ได้ออกกำลังกาย
- 3.4 ลักษณะที่อยู่อาศัยดี (สะอาด อากาศดี ไม่มีเสียงดัง)
ปานกลาง
ต้องปรับปรุง
- 3.5 การรับรู้ข่าวสารตำราทีวี
หนังสือพิมพ์
ประกาศ
เพื่อนบ้านบอก อื่น ๆ
- 3.6 การใช้สถานบริการในการรักษาสุขภาพ
 3.6.1 เมื่อท่านเจ็บป่วย เล็กน้อยท่านทำอย่างไร
ไม่รักษา
ซื้อยากินเอง
หาหมอรักษาตามบ้าน
หาแพทย์ที่คลีนิด.....

.....หาแพทย์ที่โรงพยาบาล.....

.....อื่น ๆ (ระบุ).....

ท่านได้รับการแนะนำมาจาก.....ตนเอง.....ญาติ.....

เพื่อนบ้าน.....อื่น ๆ (ระบุ).....

3.6.1 เมื่อท่านเจ็บป่วยมาก ๆ ท่านทำอย่างไร

.....ไม่รักษา

.....ซื้อยากินเอง

.....หาหมอรักษาตามบ้าน

.....หาแพทย์ที่คลินิก.....

.....หาแพทย์ที่โรงพยาบาล.....

.....อื่น ๆ (ระบุ).....

ท่านได้รับการแนะนำ นำมาจาก.....ไปด้วยตนเอง.....ญาติ.....

เพื่อนบ้าน.....อื่น ๆ (ระบุ).....

3.6.3 ท่านเคยไปใช้บริการของสถานบริการของรัฐหรือไม่

.....เคยไม่เคย (เพราะ).....

ถ้าเคยท่านไปให้บริการที่ใดมากที่สุด

.....กองทุนยา

.....สถานีอนามัย

.....โรงพยาบาลอำเภอ

.....โรงพยาบาลจังหวัด

.....อื่น ๆ (ระบุ).....

ภาคผนวก 2

(โครงการบริการด้านสุขภาพผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลทุ่งห้วย จังหวัดสตูล)

ภาคผนวก 2

โครงการสุขภาพผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลทุ่งหว้า จังหวัดสตูล

หลักการและเหตุผล

จากการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 30 ในปี พ.ศ. 2520 องค์การอนามัยโลก ได้มีมติให้ "สุขภาพดีทั่วหน้า เมื่อ พ.ศ. 2543" (Health for all by the year 2000) เป็นเป้าหมายหลักทางสังคม และจากผลการประชุมใหญ่ที่เมืองอัลมาดา ประเทศ-รัสเซีย ในปี 2521 ได้ตกลงให้การสาธารณสุขมูลฐานหรือ Primary Health Care เป็นกลวิธีสำคัญที่จะช่วยให้สุขภาพดี ทั่วหน้า สำหรับในประเทศไทยได้จัดสมมนาระดับชาติ เรื่อง Strategies for Health for all by the year 2000 เมื่อวันที่ 6-7 พฤศจิกายน 2522 และได้มีการลงนามในกฎบัตรเพื่อการพัฒนาสุขภาพ เมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2523 กิจกรรมส่งเสริมให้ประชาชนไทยมีสุขภาพดีทั่วหน้า ปี 2543 คือ งานโภชนาการ งานสุศึกษา งานรักษาพยาบาล งานจัดหายาที่จำเป็น งานสุขภาพภิบาล งานวางแผนครอบครัว งานควบคุมป้องกันโรค งานเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค งานส่งเสริมสุขภาพฟัน งานส่งเสริมสุขภาพจิต งานสังคมสงเคราะห์คนพิการ และงานอนามัยสิ่งแวดล้อม

และจากผลของนโยบายประชากรในการควบคุมอัตราการเพิ่มของประชากร ทำให้โครงสร้างของประชากรเปลี่ยนแปลง จากประชากรผู้เยาว์เป็นภาวะไปสู่ประชากรผู้สูงอายุ เป็นภาวะมากขึ้น ซึ่งจะมีผลต่อการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคมเป็นอย่างมาก ในประเทศไทยขนาดและสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นอย่าง ๆ ช้า ๆ และต่อเนื่องคือ จากประมาณ 1-2 ล้านคนในปี พ.ศ. 2503 เป็นประมาณว่า 3 ล้านคนใน พ.ศ. 2534 หรือ จากประมาณร้อยละ 5 เป็นร้อยละ 6 ในช่วงเกือบสามทศวรรษ ประมาณว่าในอีก 25 ปี ข้างหน้า (พ.ศ. 2555) ประเทศไทยจะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นกว่า 7 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด

ผู้สูงอายุนับได้ว่าเป็นทรัพยากรมนุษย์อันมีค่าของสังคม ที่ทำประโยชน์แก่สังคมมากเป็นเวลานาน จึงสมควรตอบแทนและให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เช่น สุขภาพอนามัย ที่

อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม และสวัสดิการสังคมในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุที่เสื่อมถอยไปตามกาลเวลา ไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพร่างกายที่ชราไปตามชีววิทยา หรือชราด้านจิตวิทยา ความจำ ความเครียด วิตกกังวลต่าง ๆ การบริการด้านสุขภาพเป็นวิธีหนึ่งที่จะให้ผู้สูงอายุเหล่านี้มีสุขภาพดี รู้จักรักษาสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายอย่างเหมาะสม รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และมีความรู้ หลักการปฏิบัติตนตามความเหมาะสมแห่งวัย เพื่อที่จะเป็นผู้สูงอายุที่มีประโยชน์ และมีความรู้ หลักการปฏิบัติตนตามความเหมาะสมแห่งวัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ประชาชนในเขตตำบลทุ่งหว้ารู้จักปฏิบัติตนอย่างถูกสุขลักษณะ โดยเฉพาะผู้สูงอายุได้ปฏิบัติตนอย่างถูกต้องมีสุขภาพดีขึ้น
2. เพื่อให้ประชาชนและผู้สูงอายุได้มีความรู้ในการระวังป้องกันและรักษาโรคเบื้องต้นได้
3. เพื่อบริการแก่ผู้สูงอายุได้ตรวจสุขภาพอย่างทั่วถึง
4. เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้สูงอายุเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับวัย
5. เพื่อให้ชุมชนเห็นคุณค่า คุณประโยชน์ของผู้สูงอายุ
6. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รู้จักวิธีออกกำลังกายอย่างถูกต้องเหมาะสม
7. เพื่อให้ประชาชนและผู้สูงอายุเข้าใจเกี่ยวกับงานด้านสาธารณสุข
8. เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจกันระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชน โดยเฉพาะผู้สูงอายุในเขตตำบลทุ่งหว้า
9. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีสุขภาพที่ดี ทำประโยชน์แก่สังคมต่อไปได้

ประชาชนเป้าหมาย

ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่มีชื่อในสำเนาทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่ในตำบลทุ่งหว้า

สถานที่

โรงพยาบาลทุ่งหว้า อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล

ระยะเวลา

การดำเนินการใช้ระยะเวลา 12 เดือน และมีระยะเวลาการให้ความรู้และการบริการด้านสาธารณสุขมูลฐานเป็นระยะเวลา 4 เดือน และต่อจากนั้นเป็นแผนปฏิบัติงานต่อไปอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลทุ่งหว้าและสาธารณสุขอำเภอทุ่งหว้า

ลักษณะการดำเนินงาน

1. จัดคลินิกสุขภาพผู้สูงอายุเป็นประจำทุกเดือน
2. บริการตรวจสุขภาพ ซึ่งน้ำหนัก วัดความดัน (ตรวจปัสสาวะ, ตรวจอุจจาระ, ตรวจเลือด) วัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ
3. ส่งเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกายอย่างถูกวิธี
4. อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุโดยแพทย์, วิทยากรที่มีความรู้
5. การให้การรักษานายาบาล

หัวข้อในการให้ความรู้การบริการ

1. สุขภาพผู้สูงอายุ และการดูแลรักษา
2. การให้ยาที่ถูกต้อง
3. โรคที่มักเกิดแก่ผู้สูงอายุ และการป้องกัน
4. การออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร

การปฏิบัติงาน

1. ประชาสัมพันธ์งานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
2. สืบค้นข้อมูล เก็บข้อมูลเบื้องต้น
3. จัดคลินิกสุขภาพผู้สูงอายุ
4. สืบค้น เก็บข้อมูลครั้งที่ 2
5. ตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง ณ โรงพยาบาลทุ่งหว้า

สถานที่ดำเนินการ

1. โรงพยาบาลทุ่งหว้า

ผู้รับผิดชอบโครงการ

1. นายสมพร รุ่งลมหา นายแพทย์ โรงพยาบาลทุ่งหว้า
2. นายประสิทธิ์ ปานทอง เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป โรงพยาบาลทุ่งหว้า

ผู้ร่วมโครงการ

- | | | |
|-------------------|------------|--------------------------------------------------|
| 1. นางสาวนราพร | จินดาวัฒน์ | พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทุ่งหว้า |
| 2. นางดาลิสา | โกยบาหลี | ทันตภิบาล |
| 3. นางสาวสุชมาลัย | ชนะวรรณโณ | เภสัชกร |
| 4. นายวิรัช | ไชยศักดิ์ | นักวิชาการสาธารณสุข |
| 5. นายจิตร | คงศิลป์ | สาธารณสุขอำเภอทุ่งหว้า |
| 6. นายหัสสิษ | เลาบุญภัก | เจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ โรงพยาบาลทุ่งหว้า |

งบประมาณ ใช้งบดำเนินการประมาณ 10,000 บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน) สำหรับกิจกรรมคือ

1. เตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือในการจัดคลังโรคสุษภาพ
2. การจัดทำเอกสารการรักษาสุษภาพผู้สูงอายุ 400 ชุด
3. การจัดทำแบบสัมภาษณ์ การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการนำเสนอข้อมูล
4. การจัดหารับรองวิทยากรสำหรับอบรมให้ความรู้ด้านสุษภาพแก่ผู้สูงอายุ

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้สูงอายุในเขตอำเภอทุ่งหว้ามีสุษภาพดีขึ้น
2. บุคคลทั่วไปเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุมากขึ้น
3. สามารถจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุได้สะดวกขึ้น
4. ประชาชนทั่วไปและผู้สูงอายุสามารถเข้าใจงานสาธารณสุขมูลฐานได้ดี
5. ผู้สูงอายุและบุคคลทั่วไปสามารถระวัง ป้องกัน รักษาโรคเบื้องต้นได้
6. ผู้สูงอายุได้รู้จักออกกำลังกายอย่างถูกต้องเหมาะสม

ภาคผนวก 3

ข้อมูลภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการรักษาสุขภาพผู้สูงอายุ
(กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการบริการด้านสุขภาพ)

ภาคผนวก 3

ข้อมูลภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้
รับการบริการด้านสุขภาพ

1. ข้อมูลพื้นฐานกลุ่มตัวอย่าง

สถานภาพส่วนบุคคลและสังคม	จำนวน	ร้อยละ
1.1 เพศ	30	100.0
1.1.1 เพศชาย	14	46.7
1.1.2 เพศหญิง	16	53.3
1.2 อายุ	30	100.0
1.2.1 60-64 ปี	11	36.7
1.2.2 65-69 ปี	8	26.6
1.2.3 70 ปีขึ้นไป	11	36.7
1.3 สถานภาพการสมรส	30	100.0
1.3.1 โสด	1	3.3
1.3.2 คู่	21	70.0
1.3.3 หม้าย หย่า แยกกันอยู่	8	26.7
1.4 จำนวนสมาชิกในครอบครัว	30	100.0
1.4.1 1-4 คน	16	53.3
1.4.2 5-7 คน	10	33.3
1.4.3 8 คนขึ้นไป	4	13.4

สถานภาพส่วนบุคคลและสังคม	จำนวน	ร้อยละ
1.5 ระดับการศึกษา	30	100.0
1.5.1 ต่ำกว่า ป.4	24	80.0
1.5.2 จบชั้น ป.4	5	16.7
1.5.3 สูงกว่า ป.4	1	3.3
1.6 รายได้	30	100.0
1.6.1 ต่ำกว่า 2,250	22	63.4
1.6.2 2,250-4,500	7	23.3
1.6.3 สูงกว่า 4,500 บาท	1	3.3
1.7 อาชีพ	30	100.0
1.7.1 เกษตรกรรม	12	40.0
1.7.2 นอกภาคเกษตรกรรม	18	60.0

2. ด้านภาวะสุขภาพ

จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามภาวะสุขภาพ

ภาวะสุขภาพ	ปกติ		ไม่ปกติ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การรับรู้	29	96.67	1	3.33	30	100
2. การเคลื่อนไหวร่างกาย	28	93.33	2	6.67	30	100
3. การเจ็บป่วย	25	83.33	5	16.67	30	100
4. ความสามารถทำงานได้	28	93.33	2	6.67	30	100
5. เคยเจ็บป่วย	22	63.4	8	26.6	30	100
6. มีโรคประจำตัว	23	76.4	7	23.33	30	100
7. ความดันโลหิต	24	80.0	6	20.0	30	100
8. การมองเห็น	13	43.3	17	56.7	30	100
9. การได้ยิน	25	83.33	5	16.67	30	100
10. ความหนาไขมันหน้าท้อง	9	30.0	21	70.0	30	100
11. ระบบหายใจ	2	6.67	28	93.33	30	100
12. ระบบทางเดินอาหาร	21	70.0	9	30.0	30	100
13. ระบบกล้ามเนื้อ	10	33.3	20	66.7	30	100
14. ระบบผิวหนัง	24	80.0	6	20.0	30	100
15. ปัสสาวะและเลือด	26	86.7	4	13.3	30	100
16. ระบบจิตใจ	24	80.0	6	20.0	30	100

3. ด้านพฤติกรรมการรักษาสุขภาพ

จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามพฤติกรรมการรักษาสุขภาพ

ภาวะสุขภาพ	เหมาะสม		ไม่เหมาะสม		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การรับประทานอาหาร	22	73.3	8	26.7	30	100
2. การนีก่อน	21	70.0	9	30.0	30	100
3. การออกกำลังกาย	24	80.0	6	20.0	30	100
4. การอยู่อาศัย	21	70.0	9	30.0	30	100
5. การรับรู้ข่าวสาร	16	53.33	14	46.62	30	100
6. การรักษาอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย	24		6	33.33	30	100
7. การรักษาอาการเจ็บป่วยมาก	29	96.67	1	3.33	30	100

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ ว่าที่ รท. ประดิษาน ปานทอง

วัน เดือน ปีเกิด 12 มิถุนายน 2506

บิดา มารดา นายประเสริฐ นางสุดสงวน ปานทอง

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
มศ. 5	โรงเรียนมหาวิฑูรย์ จ. สงขลา	2524
รัฐประศาสนศาสตร์บัณฑิต	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่	2527

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

2528-2536	ตำแหน่ง	เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป ระดับ 5
	สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลทุ่งหว้า อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล
2536-ปัจจุบัน	ตำแหน่ง	เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป ระดับ 5
	สถานที่ทำงาน	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ตรัง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง