



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตอนต้น และตอนปลาย ในตำบลสองพี่น้อง อำเภотаใหม่ จังหวัดจันทบุรี

Factors Affecting Self-care Behaviors of the Early and Late Elderly in Song Phi Nong Subdistrict, Tha Mai District, Chanthaburi Province

วิธมา ธรรมเจริญ*, นิตศันย์ เจริญงาม

Wittama Thumcharoen, Nitasanee Chalernngam

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี จังหวัดจันทบุรี 22000

Faculty of Science and Technology, Rambhai Barni Rajabhat University, Chanthaburi 22000 Thailand

*Corresponding author E-mail: wittama.t@rbu.ac.th

(Received : July 15 2020 ; Revised : September 19 2020.; Accepted : October 8 2020)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตอนต้นและตอนปลาย ในตำบลสองพี่น้อง อำเภотаใหม่ จังหวัดจันทบุรี สุ่มตัวอย่างโดยใช้ความน่าจะเป็นแบบสองชั้น ได้ตัวอย่างผู้สูงอายุที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 276 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณโดยวิธีขั้นตอน (Stepwise) ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุตอนต้นและตอนปลายมีภาวะสุขภาพในระดับดีมาก มีแรงสนับสนุนทางสังคม และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับดี ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตอนต้น ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้แก่ ความสมบูรณ์ทางจิต ความสมบูรณ์ทางกาย การสนับสนุนด้านสิ่งของ แหล่งที่มาของรายได้มาจากบุตร/หลาน ความสมบูรณ์ทางสังคม และการดื่มแอลกอฮอล์ โดยปัจจัยดังกล่าวสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตอนต้นได้ร้อยละ 50.40 ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตอนปลาย ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้แก่ การสนับสนุนด้านสิ่งของ ความสมบูรณ์ทางปัญญา ความสมบูรณ์ทางจิต และการสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยปัจจัยดังกล่าวสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตอนปลายได้ร้อยละ 43.50

คำสำคัญ : ปัจจัยที่มีอิทธิพล, พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ, ผู้สูงอายุตอนต้นและตอนปลาย



Abstract

This research aims to study health status, social support and self-health care behaviors and to investigate factors affecting self-health care behaviors of the early and late elderly in Song Phi Nong Subdistrict, Tha Mai District, Chanthaburi Province. Two-stage sampling method was used to select the samples, and then 276 elderly people were selected for interview. The descriptive statistics, including frequency distribution, percentage, mean and standard deviation and the inferential statistics including stepwise multiple regression analysis were used as analytical statistics. The results showed that the overall health status of the early and the late elderly was very good, and the overall social support and self-health care behaviors of the early and the late elderly was good. In addition, this research also found that factors affecting self-health care behaviors of the early elderly statistical significance at 0.05 included mental integrity, physical integrity, tangible support, income support from descendants, social integrity and alcohol consumption. These factors explain the variance of self-health care behaviors of early elderly people at 50.40 percent. Factors affecting self-health care behaviors of the late elderly statistical significance at 0.05. included tangible support, intellectual integrity, mental integrity and emotional support This could explain the variance of self-health care behaviors of the early and the late elderly as 43.50 percent

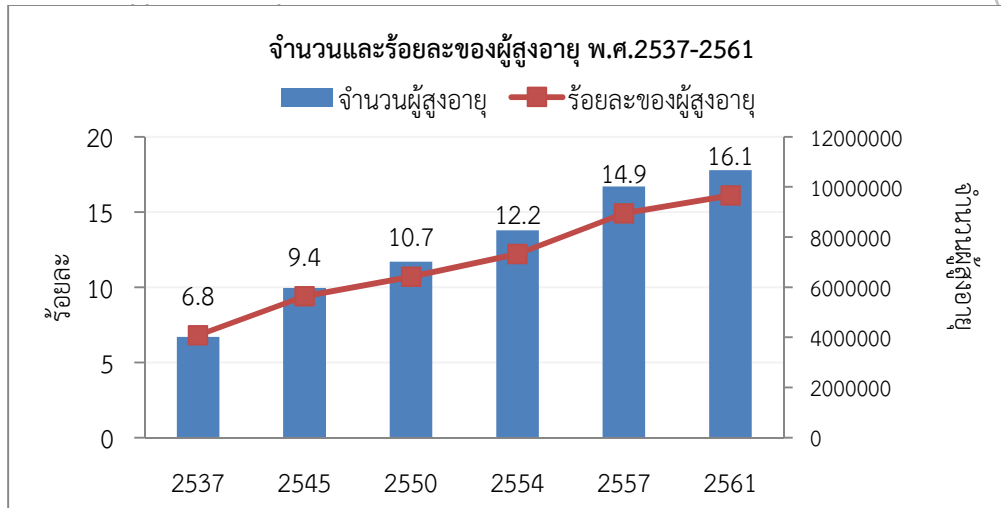
Keywords : factors affecting, self-health care behaviors, the early and the late elderly



บทนำ

ประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมสูงอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และคาดการณ์ว่าในอีก 20 ปีข้างหน้า หรือ พ.ศ. 2568 สังคมไทย จะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) (ชมพูนุท พรหมภักดี, 2556) กล่าวคือสังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศหรือมีประชากรอายุ

ตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 14 ของประชากรทั้งประเทศ (สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2561) จากจำนวนและ ร้อยละของผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2537 - 2561 พบว่า ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 2.4 เท่า โดยในปี พ.ศ. 2561 มีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 16.1 ดังภาพที่ 1 จึงมีแนวโน้มที่ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์



ภาพที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2537- 2561

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (2561)

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลง ในทางเสื่อมถอยทุกด้าน (ประนอม โอทกานนท์, 2554) ร่างกายที่ แก่ชราลงจะส่งผลต่อสุขภาพทำให้ผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยได้ง่าย โดยโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุไทย 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง กลุ่มอาการเมตาบอลิก โรคอ้วนลงพุง ภาวะอ้วน และโรคข้อเสื่อม ตามลำดับ (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, 2556) นอกจากนี้โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ที่พบได้บ่อย เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ฯลฯ โดยสาเหตุ ของปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพ ตนเอง เช่น พฤติกรรมการบริโภคไขมันสูง พฤติกรรมการพักผ่อน และการออกกำลังกายน้อยลง ส่วนด้านสุขภาพจิตนั้น พบว่า มีความเครียดสูงขึ้น เนื่องจากสภาพเศรษฐกิจไม่ดี และด้านสังคม พบว่า ลูกหลานแยกย้ายกันไปประกอบอาชีพที่ต่างจังหวัด หรือไป เรียนหนังสือที่กรุงเทพฯ ทำให้บางครอบครัวผู้สูงอายุต้องอยู่บ้าน เพียงลำพัง ขาดผู้ดูแลเอาใจใส่ (ชุดิมา วัฒนศักดิ์ภูบาล, 2551) และจากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุแต่ละช่วงวัยจะมีการเปลี่ยนแปลง ในทางเสื่อมถอยที่แตกต่างกันทั้งทางสรีรวิทยา ทางจิตใจ อารมณ์ และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุตอนต้นหรือ ตอนปลายจะมีอิทธิพลของปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม

การดูแลสุขภาพที่แตกต่างกันไป (บรรลุ ศิริพานิช, 2540) จากปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ภาครัฐได้ให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิต และการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น ได้มีการกำหนดทิศทาง ยุทธศาสตร์สำหรับผู้สูงอายุ พ.ศ.2559 โดยเน้นการขับเคลื่อนงาน ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง (กรมกิจการผู้สูงอายุ, ม.ป.ป.)

เมื่อพิจารณาภาคตะวันออกใน 10 ปีที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกจังหวัด โดยเฉพาะจังหวัดจันทบุรี มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นสูงสุดเป็นอันดับ 1 อยู่ที่ 17.06% รองลงมาคือ จังหวัดตราด และฉะเชิงเทรา ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561) นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี มีอาชีพเกษตรกรกรรม ดังนั้นจึงมีโอกาสสัมผัสกับสารเคมีได้ง่าย ซึ่งส่งผลเสียต่อสุขภาพโดยตรง จากข้อมูลข้างต้นผู้วิจัยจึงพิจารณา เลือกจังหวัดจันทบุรี ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นมากที่สุด และนอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดจันทบุรีช่วง 5 ปีที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุตอนต้นมีการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.0 เป็นร้อยละ 9.4 ในปี พ.ศ. 2557- 2561 และพบว่าผู้สูงอายุตอนปลายมีการเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 7.0 เป็นร้อยละ 7.79 ในปี พ.ศ. 2557 - 2561 (สำนักงาน สถิติแห่งชาติ, 2561)



จะเห็นได้ว่าในจังหวัดจันทบุรีมีผู้สูงอายุตอนต้นและตอนปลายที่สูงขึ้นซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับทางภาครัฐและเอกชนที่จะช่วยส่งเสริมและผลักดันให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุให้อย่างมีความสุข และมีสุขภาพกายและจิตใจที่ดี จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตอนต้นและตอนปลายในอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี ดังนั้นทางผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตอนต้นและตอนปลายในอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี เพื่อเป็นข้อมูลส่งเสริมให้หน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง ในการเดินหน้าเพื่อกำหนดนโยบายและทิศทางให้กับการดูแลผู้สูงอายุตอนต้นและตอนปลายในจังหวัดจันทบุรีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตอนต้น และตอนปลาย ในตำบลสองพี่น้อง อำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตอนต้น และตอนปลาย ในตำบลสองพี่น้อง อำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี

การทบทวนวรรณกรรม

ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กรอบแนวคิด และสมมติฐานการวิจัย เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาดังนี้

1. ความหมายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งชายและหญิง ซึ่งเป็นไปตามที่องค์การอนามัยโลกกำหนดคือ ใช้อายุ และสภาวะสุขภาพเป็นตัวกำหนด สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับ พ.ศ. 2550 ใช้อายุเป็นตัวกำหนดเช่นกัน โดยแบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่มดังนี้ 1) กลุ่มผู้สูงอายุระดับต้น (The Young old) อายุ 60-70 ปี เป็นกลุ่มที่มีสภาวะทางกายภาพ และสรีรวิทยาเริ่มเปลี่ยนแปลงไม่มาก ทำให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้เป็นส่วนใหญ่ 2) กลุ่มผู้สูงอายุระดับกลาง (The Middle old) อายุ 71-80 ปี เป็นกลุ่มที่มีสภาวะทางกายภาพ และสรีรวิทยาเปลี่ยนแปลงแล้วเป็นส่วนใหญ่ ทำให้การช่วยเหลือตนเองบกพร่องเริ่มต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่งบางอย่าง 3) กลุ่มผู้สูงอายุระดับปลาย (The Old-old) อายุ 81 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มที่มีสภาวะทางกายภาพ และสรีรวิทยาเปลี่ยนแปลงไปเห็นได้ชัดเจน บางคนมีความพิการ บางคนช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ ส่วนคนที่ช่วยเหลือตนเองได้มีเพียงเล็กน้อย (บรรลุ ศิริพานิช, 2540) นอกจากนี้สำนักงานสถิติแห่งชาติ แบ่งผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุตอนต้น และผู้สูงอายุตอนปลาย

จากการศึกษา ผู้วิจัยได้แบ่งผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุตอนต้น หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 - 70 ปี และผู้สูงอายุตอนปลาย หมายถึงบุคคลที่มีอายุ 71 ปีขึ้นไป เนื่องจากผู้สูงอายุระดับต้น สามารถช่วยเหลือตนเองได้เป็นส่วนใหญ่ แตกต่างจากผู้สูงอายุระดับกลาง และระดับปลายซึ่งจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ทางจิตใจ อารมณ์ และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ซึ่งมีความแตกต่างกันไปในแต่ละช่วงอายุ ดังนั้นผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มจึงมีอิทธิพลของปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่แตกต่างกันด้วย

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

2.1 ปัจจัยร่วม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ และลักษณะครอบครัว ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ 1) เพศ จากงานวิจัยของศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539) พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าเพศเป็นสิ่งที่กำหนดบทบาท เมื่อบทบาทต่างกันจะส่งผลให้มีพฤติกรรมต่างกัน (Orem, 1980) และสอดคล้องกับงานวิจัยของเสาวนิจ นิจอนันต์ชัย และมาลี สันติธรรค์ (2553) ที่พบว่า เพศมีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 2) อายุ จากการศึกษาพบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ทางจิตใจ อารมณ์ และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ดังนั้นอายุจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539) พูลศักดิ์ พุ่มวิเศษ (2556) และสอดคล้องกับงานวิจัยของเสาวนิจ นิจอนันต์ชัย และมาลี สันติธรรค์ (2553) ที่พบว่า อายุยิ่งมากขึ้นการดูแลสุขภาพยิ่งน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 3) ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการศึกษาทำให้มีความรู้ด้านสุขภาพจึงส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ (ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล, 2539) สอดคล้องกับงานวิจัยของ พูลศักดิ์ พุ่มวิเศษ (2556) ที่พบว่า ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ช่วยส่งเสริมให้มีความสามารถค้นคว้าหาความรู้ และทำความเข้าใจกับข้อมูลต่าง ๆ 4) อาชีพ เนื่องจากอาชีพที่แตกต่างกัน จะส่งผลต่อความเสี่ยงด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน ดังนั้นอาชีพเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539) 5) สถานภาพ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ เนื่องจากคู่สมรสที่มีความสัมพันธ์อันดีต่อกันจะมีความรักเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน (พูลศักดิ์ พุ่มวิเศษ, 2556) 6) โรคประจำตัว เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองเนื่องจาก



เมื่อผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว แพทย์จะทำการนัดเพื่อตรวจดูอาการ เป็นระยะ ส่งผลให้มีความรู้ในเรื่องพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยของพลศักดิ์ พุ่มวิเศษ (2556) พบว่าโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ 7) การสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ (บรรลุ ศิริพานิช, 2544) 8) การดื่มแอลกอฮอล์ เป็นปัจจัย ที่ทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (ชัยญานุช ไพรวงษ์, ภูภาศิริ อภินันท์เดชา, สำเร็จ แหียงกระโทก, กวี ไชยศิริ และวรัญญู สัตยวงศ์ทิพย์, 2560) และการดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ (บรรลุ ศิริพานิช, 2544) 9) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน เป็นปัจจัยทาง เศรษฐกิจที่จะเอื้อให้ผู้สูงอายุได้รับประทานอาหารที่เพียงพอ สอดคล้องกับงานวิจัยของศุภารินทร์ หันกิตติกุล (2539) ซึ่งพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ ความมั่นคงทางการเงินทำให้ผู้สูงอายุดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการ ดูแลสุขภาพตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี (พลศักดิ์ พุ่ม วิเศษ, 2556) 10) แหล่งที่มาของรายได้ การได้รับความช่วยเหลือทาง ด้านต่าง ๆ เช่น การเงิน หรือสิ่งของ จะทำให้รู้สึกว่าคุณค่า และเอื้อให้มีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับแนวคิดของ ขนิษฐา โกเมนทร์ (2547) 11) ลักษณะครอบครัว จากสภาพสังคม ที่เปลี่ยนไป ทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวลดลง บทบาทหน้าที่ ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา การอบรมสั่งสอนบุตรหลาน ลดน้อยลง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องอยู่ตามลำพัง ส่งผลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับแนวคิดของสัญญา รักษาติ (2544)

2.2 ภาวะสุขภาพ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้ให้นิยามสุขภาพ หมายถึง 1) ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทางกาย การปราศจากโรค และความพิการ รวมถึงความสามารถในการดูแลตนเอง การดำเนินชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง การออกกำลังกาย ปลอดภัย ปลอดภัยจากโรค และสารพิษ และรวมถึงปัจจัย 4 เป็นต้น 2) มีความสมบูรณ์ทางจิต ได้แก่ มีสติ สามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ สามารถควบคุมอารมณ์ได้ มีจิตใจที่แจ่มใส การรู้สึกว่าเป็นคนสำคัญ ไม่เป็นภาระ เป็นต้น 3) ความสมบูรณ์ทางปัญญา หมายถึง ความรู้ทั่ว รู้เท่าทัน และความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดี ความชั่ว ความมีประโยชน์ และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตใจอันดีงาม และเอื้อเพื่อพ่อแม่ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2552) 4) ความสมบูรณ์ทางสังคม สามารถปรับตัวเข้ากับบุคคลและสภาพแวดล้อม เช่น บริบทสภาพแวดล้อม สังคมเข้มแข็ง สังคมยุติธรรม ซึ่งทั้ง 4 ด้านต้องเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ดังนั้นในงานวิจัยนี้ จะใช้ตัวแปรภาวะสุขภาพ ประกอบไปด้วยความสมบูรณ์ทั้ง 4 ด้าน ซึ่งภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับงานวิจัย

ของเสาวนิจ นิจอนันต์ชัย และมาลี สันติศิริศักดิ์ (2553) ซึ่งพบว่าสุขภาพมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยสุขภาพที่ดี ทำให้การดูแลตนเองของผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.3 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือจากการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ทั้งด้านข่าวสาร การให้คำแนะนำ การดูแลเอาใจใส่ การมีคุณค่าที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะใช้แนวคิดของ Tiden เป็นหลักในการศึกษา ซึ่งแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ (Tiden, 1985) 1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotion Support) หมายถึง ความรักใคร่ ความใกล้ชิด การให้ความมั่นใจ การเอาใจใส่ การยอมรับ ซึ่งจะนำไปสู่ความรู้สึกว่าตนเป็นที่รัก และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) หมายถึง การให้คำแนะนำที่สามารถทำให้ผู้สูงอายุแก้ปัญหาได้ หรือการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรม และการกระทำของผู้สูงอายุ 3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible Support) หมายถึง การให้ความช่วยเหลือโดยตรงด้วยการให้สิ่งของ เวลา เงินทอง หรือบริการ เป็นต้น ทั้งนี้การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ (วิลาวลัย รัตนนา, 2552) โดยการสนับสนุนทางสังคมจากชุมชนและสังคม ยิ่งมากทำให้การดูแลตนเองของผู้สูงอายุดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (เสาวนิจ นิจอนันต์ชัย และมาลี สันติศิริศักดิ์, 2553)

3. พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง

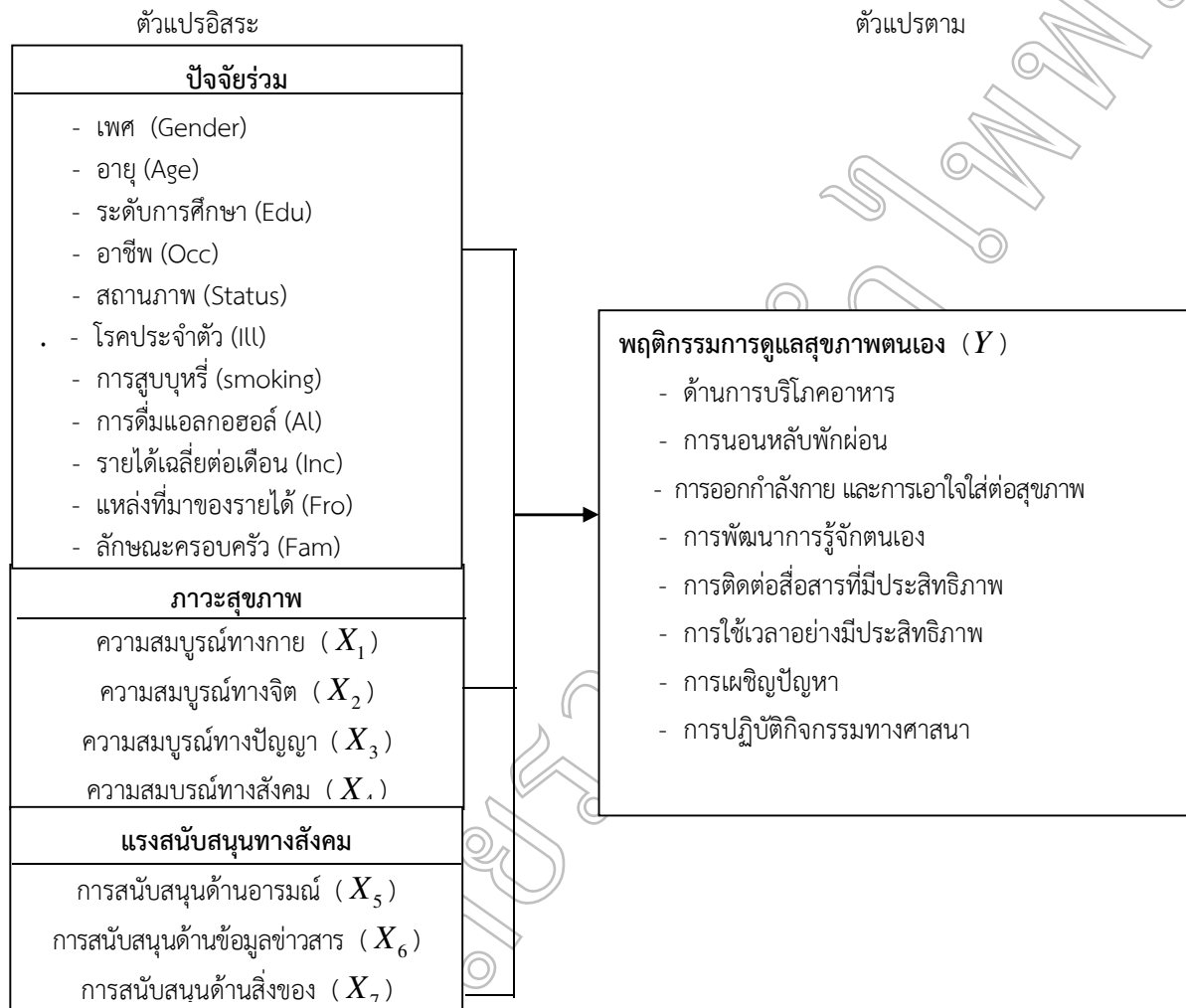
พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง คือ การปฏิบัติกิจกรรมด้านร่างกาย และสังคม เป็นอย่างดีและสม่ำเสมอ (สุขเกษม ร่วมสุข, 2553) ซึ่งในงานวิจัยนี้จะแบ่งพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองเป็น 8 ด้านหลัก ๆ คือ 1) ด้านการบริโภคอาหาร เช่น การบริโภคอาหารให้ครบ 5 หมู่ การดื่มน้ำวันละ 6 - 8 แก้ว และรับประทานอาหารที่มีแคลเซียม เป็นต้น (สุขเกษม ร่วมสุข, 2553) 2) การนอนหลับพักผ่อน เป็นการจัดการด้านร่างกาย การจัดการด้านจิตใจและอารมณ์ และการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ การทำจิตใจให้สงบ เป็นต้น (นิภาภัทร อยู่พุ่ม, 2561) 3) การออกกำลังกาย และการเอาใจใส่ต่อสุขภาพ เช่น มีการอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกาย (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2560) 4) การพัฒนาการรู้จักตนเอง เป็นกระบวนการในการทำความเข้าใจกับความเชื่อ ความคิดของตน ซึ่งสามารถพัฒนาได้ ผู้สูงอายุที่รู้จักตนเองจะสามารถเผชิญกับปัญหา มีความมุ่งมั่นที่จะพยายามหาทางเผชิญปัญหา แก้ไขปัญหา มีจิตใจที่เข้มแข็ง 5) การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เป็นการทำความเข้าใจกับ



สิ่งที่ต้องการจะสื่อว่าจะสื่ออะไรกับใคร โดยเลือกที่จะสื่อโดยวาจาหรือท่าทาง เพื่อให้ชัดเจนที่สุด และช่วยให้สร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ 6) การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ คือ การบริหารเวลาอย่างสมดุลทั้งกิจกรรมในการทำงาน และกิจกรรมเพื่อสภาพจิตใจของตนเอง เป็นต้น (Hill & Smith, 1990) 7) การเผชิญปัญหา คือ

ความสามารถของผู้สูงอายุในการแก้ไขปัญหา โดยอาศัยกระบวนการหาสาเหตุ การหาวิธีการแก้ไขในส่วนที่แก้ไขได้ 8) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ เป็นความเชื่อ ความศรัทธา เป็นต้น

กรอบแนวคิดของการวิจัย



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดของการวิจัย (Conceptual Framework)

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยร่วม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ และลักษณะครอบครัว มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตอนต้น และตอนปลาย

2. ภาวะสุขภาพ ได้แก่ ความสมบูรณ์ทางกาย ความสมบูรณ์ทางจิต ความสมบูรณ์ทางปัญญา และความสมบูรณ์ทางสังคม มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตอนต้น และตอนปลาย

3. แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านสิ่งของมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตอนต้น และตอนปลาย



วิธีดำเนินการวิจัย

1. ประชากร และตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุในตำบลสองพี่น้อง อำเภอกำแพง จังหวัดจันทบุรี จำนวน 17 หมู่บ้าน โดยมีประชากรที่ใช้ในการศึกษา 1,299 คน (องค์การบริหารส่วนตำบลสองพี่น้อง, 2561)

ตัวอย่าง การหาขนาดตัวอย่างจากข้อมูลซึ่งทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน จึงคำนวณขนาดตัวอย่างจาก

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

โดยที่ n คือ ขนาดตัวอย่าง

N คือ ขนาดประชากร

Z คือ ค่ามาตรฐานที่ตรงกับระดับนัยสำคัญที่กำหนด

p คือ สัดส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง 65% ซึ่งได้จากการวิจัยพฤติกรรม การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตลาคกระบัง (สมพร ใจสมุทร, 2547)

$$p = 1 - p = 1 - 0.65 = 0.35$$

e คือ ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดให้ความคลาดเคลื่อน (e) มีค่าไม่เกิน 0.05 ด้วยระดับความเชื่อมั่น 95% และ $Z_{0.025}$ เท่ากับ 1.96 เมื่อคำนวณขนาดตัวอย่างจะได้ผู้สูงอายุที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 276 คน

2. การสุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ ได้มาจากการสุ่มตัวอย่าง โดยใช้ความน่าจะเป็นแบบสองขั้น (Two stage sampling)

2.1 จากหมู่บ้านในตำบลสองพี่น้องทั้งหมด 17 หมู่บ้าน สุ่มหมู่บ้านประมาณ 50% ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 9 หมู่บ้าน (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีจับฉลาก ได้แก่ บ้านสัว บ้านแถว บ้านเขาน้อย บ้านสามผาน บ้านข้ามะปริง บ้านหนองป่าหมาก บ้านข้าปลาไหล บ้านวังเวียน และบ้านหนองหงษ์

2.2 สุ่มผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้านด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยใช้การจับฉลาก โดยสุ่มผู้สูงอายุจากแต่ละหมู่บ้าน โดยใช้วิธีการจัดสรรให้เป็นสัดส่วนกับขนาดประชากร (Allocation proportional to size) ได้ขนาดตัวอย่าง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ขนาดตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาจำแนกตามหมู่บ้านในตำบลสองพี่น้อง

หมู่ที่	ชื่อหมู่บ้าน	ประชากรผู้สูงอายุ (N)		ตัวอย่างผู้สูงอายุ (n)		ตัวอย่างรวม (n)
		60-70 ปี (ผู้สูงอายุตอนต้น)	71 ปีขึ้นไป (ผู้สูงอายุตอนปลาย)	60-70 ปี (ผู้สูงอายุตอนต้น)	71 ปีขึ้นไป (ผู้สูงอายุตอนปลาย)	
1	สัว	78	72	30	28	58
3	แถว	61	37	24	14	38
4	เขาน้อย	20	20	8	8	16
5	สามผาน	55	33	21	13	34
6	ข้ามะปริง	44	17	17	7	24
7	หนองป่าหมาก	31	21	12	8	20
12	ข้าปลาไหล	77	45	30	17	47
13	วังเวียน	31	22	12	9	21
14	หนองหงษ์	18	28	7	11	18
รวม		415	295	161	115	276

3. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา และการทดสอบคุณภาพ

เครื่องมือ

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured Interview) โดยผู้เก็บข้อมูลได้อธิบายชื่อเรื่องวัตถุประสงค์ พร้อมทั้งชี้แจงคำถามในแต่ละส่วน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 ปัจจัยร่วม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ และลักษณะครอบครัว เป็นแบบกำหนดให้ตอบ (Check List)

ตอนที่ 2 ภาวะสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ ความสมบูรณ์ทางกาย ความสมบูรณ์ทางจิต ความสมบูรณ์ทางปัญญา และ ความสมบูรณ์ทางสังคม เป็นแบบประเมินค่าของลิเคิร์ต 5 ระดับ (Likert's Scale)



ตอนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านสิ่งของ โดยลักษณะคำถามแบบประเมินค่าของลิเคิร์ต 5 ระดับ (Likert's Scale)

ตอนที่ 4 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุใน 8 ด้าน โดยลักษณะคำถามเป็นประมาณค่าของลิเคิร์ต 5 ระดับ (Likert's Scale)

การแปลความหมายภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอาศัยแนวคิดของบุญชม ศรีสะอาด (2543) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย ระดับภาวะสุขภาพ/แรงสนับสนุนทางสังคม/พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

4.51 - 5.00 มากที่สุด

3.51 - 4.50 มาก

2.51 - 3.50 ปานกลาง

1.51 - 2.50 น้อย

1.00 - 1.50 น้อยที่สุด

3.2 การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสัมภาษณ์ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ และความครอบคลุมของเนื้อหา จากนั้นนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ (IOC) ซึ่งผลการหาค่าดัชนีพบว่าค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป (สมนึก ภักดิ์ทิพย์, 2545) แสดงให้เห็นว่ามีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

การทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ (Tryout) กับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 50 คน หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้วิธีการคำนวณด้วยสูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค (Cronbach's Alpha) พบว่า ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์มีค่าตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2544; Nunnally, 1994) ดังนั้นคำตอบของแต่ละข้อคำถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์เมื่อคำนวณด้วยสูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค (Cronbach's Alpha)

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

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่อพรรณนาคุณลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง สถิติที่ใช้ คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมาน ซึ่งสถิติที่ใช้ คือ การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) โดยวิธีขั้นตอน Stepwise โดยผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0 ในสมการถดถอยเชิงเส้นนั้นใช้วิธีกำลังสองน้อยที่สุด ทำให้ผลบวกกำลังสองของความคลาดเคลื่อนแต่ละตัวมีค่าน้อยที่สุด เงื่อนไขข้อนี้เป็นจริงเสมอ

2. ค่าคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ จากผลการศึกษาพบว่า ค่าความคลาดเคลื่อนเบี่ยง ผู้วิจัยจึงทำการแปลงข้อมูล Y เป็น Y^3 ได้ค่า Skewness = -0.120 ค่าสถิติ (Komogorov-Smirnov) = 0.046 df=276 และ Sig. = 0.200 ทำให้ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ



3. ค่าคลาดเคลื่อนเป็นอิสระกัน Durbin-watson มีค่าเท่ากับ 2.142 ซึ่งค่าเข้าใกล้ 2 แสดงว่า ความคลาดเคลื่อนแต่ละค่าเป็นอิสระกัน (กลยา วานิชย์บัญชา และจิตา วานิชย์บัญชา, 2561)
4. ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนคงที่

ผลการวิจัย

คุณลักษณะของตัวอย่าง

ผู้สูงอายุที่เป็นตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้อาศัยอยู่บ้านเดี่ยว (ม.1) และบ้านเช่าปลาไหล (ม.12) คิดเป็นร้อยละ 21.00 และ 17.00 ตามลำดับ โดยเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 62.00 เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (มีอายุระหว่าง 60 - 70 ปี) คิดเป็นร้อยละ 58.30 และเป็นผู้สูงอายุตอนปลาย (มีอายุระหว่าง 71 ปีขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ 41.70 โดยเป็นผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 87.70 รองลงมามีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. และไม่ได้เรียน คิดเป็นร้อยละ 8.30 และ 2.20 ตามลำดับ ด้านอาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร และยังคงทำงาน คิดเป็นร้อยละ 55.40 รองลงมาคือว่างงานไม่ได้ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 15.60 ด้านสถานภาพ พบว่า สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 56.20 รองลงมาคือ เป็นหม้าย คิดเป็นร้อยละ 25.00 และมีโรคประจำตัวถึงร้อยละ 68.10 ส่วนโรคที่เป็นพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.01 รองลงมาคือ เป็นโรคเบาหวาน และโรคไขมันในเส้นเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 20.29 และ 15.58 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 33.70 รองลงมาคือ มีรายได้ระหว่าง 5,000 - 10,000 บาท และรายได้ 10,001 - 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 29.00 และ 15.90 ตามลำดับ ด้านแหล่งที่มาของรายได้ พบว่า ผู้สูงอายุทุกคนได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ รองลงมาคือได้รายได้จากอาชีพที่ทำ และรายได้จากบุตร/หลาน คิดเป็นร้อยละ 100 ร้อยละ 56.52 และ 42.75 ตามลำดับ ด้านลักษณะครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 41.70 รองลงมาคือเป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 37.30 โดยผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นบุตร/หลาน คิดเป็นร้อยละ 73.91 รองลงมาคือ คู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 30.07

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ดังนี้

1. การศึกษาภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตอนต้น และตอนปลาย

จากตารางที่ 3 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุตอนต้นและตอนปลาย ในภาพรวม พบว่า ทั้งผู้สูงอายุตอนต้นและตอนปลายมีภาวะสุขภาพในระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.47$, S.D. = 0.457, $\bar{X} = 4.49$, S.D. = 0.375) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีภาวะสุขภาพในระดับดีมากทั้งหมด ด้านที่มีภาวะสุขภาพเฉลี่ยมากที่สุดของผู้สูงอายุตอนต้นและตอนปลาย คือ ความสมบูรณ์ทางสังคม ($\bar{X} = 4.54$, S.D. = 0.493, $\bar{X} = 4.64$, S.D. = 0.441) ส่วนค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุตอนต้นและตอนปลาย พบว่า ทั้งผู้สูงอายุตอนต้นและตอนปลายมีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับดี ($\bar{X} = 4.13$, S.D. = 0.570, $\bar{X} = 4.18$, S.D. = 0.577) ด้านที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมโดยเฉลี่ยมากที่สุดของผู้สูงอายุตอนต้นและตอนปลาย คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ($\bar{X} = 4.47$, S.D. = 0.550, $\bar{X} = 4.49$, S.D. = 0.586) นอกจากนี้ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตอนต้นและตอนปลาย พบว่า ทั้งผู้สูงอายุตอนต้นและตอนปลายมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.89$, S.D. = 0.396, $\bar{X} = 3.87$, S.D. = 0.395) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดีทั้งหมด สำหรับผู้สูงอายุตอนต้น และตอนปลายด้านที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมากที่สุด อันดับแรก คือ ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง ($\bar{X} = 4.31$, S.D. = 0.674, $\bar{X} = 4.38$, S.D. = 0.618) และด้านการเผชิญปัญหา ($\bar{X} = 4.05$, S.D. = 0.598, $\bar{X} = 4.02$, S.D. = 0.585) ตามลำดับ



ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้านภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตอนต้นและตอนปลาย

ด้าน	ผู้สูงอายุตอนต้น			ผู้สูงอายุตอนปลาย		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ภาวะสุขภาพ						
ความสมบูรณ์ทางกาย	4.51	0.406	ดีมาก	4.52	0.449	ดีมาก
ความสมบูรณ์ทางจิต	4.42	0.479	ดีมาก	4.42	0.459	ดีมาก
ความสมบูรณ์ทางปัญญา	4.41	1.041	ดีมาก	4.39	0.621	ดีมาก
ความสมบูรณ์ทางสังคม	4.54	0.493	ดีมาก	4.64	0.441	ดีมาก
เฉลี่ยรวม	4.47	0.457	ดีมาก	4.49	0.375	ดีมาก
แรงสนับสนุนทางสังคม						
การสนับสนุนด้านอารมณ์	4.47	0.550	ดีมาก	4.49	0.586	ดีมาก
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	4.00	0.740	ดี	3.98	0.787	ดี
การสนับสนุนด้านสิ่งของ	3.93	0.721	ดี	4.08	0.726	ดี
เฉลี่ยรวม	4.13	0.570	ดี	4.18	0.577	ดี
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง						
การบริโภคอาหาร	3.81	0.413	ดี	3.84	0.475	ดี
การออกกำลังกายและการส่งเสริมสุขภาพ	3.70	0.473	ดี	3.65	0.540	ดี
การพักผ่อน	3.59	0.683	ดี	3.68	0.674	ดี
การพัฒนาการรู้จักตนเอง	4.31	0.674	ดี	4.38	0.618	ดี
การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	4.04	0.457	ดี	4.00	0.530	ดี
การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ	3.77	0.715	ดี	3.57	0.693	ดี
การเผชิญปัญหา	4.05	0.598	ดี	4.02	0.585	ดี
การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	3.81	0.892	ดี	3.81	0.890	ดี
เฉลี่ยรวม	3.89	0.396	ดี	3.87	0.395	ดี

2. ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตอนต้น และตอนปลาย ในตำบลสองพี่น้อง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม

2.1 ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตอนต้น ในตำบลสองพี่น้อง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม

จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise) พบว่า ปัจจัยด้านความสมบูรณ์ทางจิต (X_2), ความสมบูรณ์ทางกาย (X_1), การสนับสนุนด้านสิ่งของ (X_7) แหล่งที่มาของรายได้มาจากบุตร/หลาน (Fro1) ความสมบูรณ์ทางสังคม (X_6) และการดื่มแอลกอฮอล์ (Al) ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตอนต้นได้ร้อยละ 50.4 (Adjusted R square) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 4



ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตอนต้น

ตัวแปร	B	SE	Beta	t
ความสมบูรณ์ทางจิต (X_2)	7.106	2.918	0.196	2.435*
ความสมบูรณ์ทางกาย (X_1)	11.978	2.844	0.279	4.211*
การสนับสนุนด้านสิ่งของ (X_7)	6.906	1.617	0.286	4.270*
แหล่งที่มาของรายได้มาจากบุตร/ หลาน (Fro1) (มีรายได้จากเงินบำนาญ และอาชีพที่ทำเป็นกลุ่มอ้างอิง)	-5.428	2.203	-0.143	-2.464*
ความสมบูรณ์ทางสังคม (X_4)	5.462	2.598	0.155	2.102*
การดื่มแอลกอฮอล์ (Al)	-5.606	2.598	0.155	-2.046*
ค่าคงที่	-73.652	12.143		-6.065*

$R^2 = 0.523$, Adjusted R Square = 0.504, F=28.144, Sig.=0.000

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.2 ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตอนปลาย ในตำบลสองพี่น้อง อำเภอนาทม จังหวัดจันทบุรี

การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise) พบว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุนด้านสิ่งของ (X_7), ความสมบูรณ์

ทางปัญญา (X_3), ความสมบูรณ์ทางจิต (X_2) และการสนับสนุนด้านอารมณ์ (X_1) ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตอนปลายได้ร้อยละ 43.5 (Adjusted R square) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตอนปลาย

ตัวแปร	B	SE	Beta	t
การสนับสนุนด้านสิ่งของ (X_7)	4.829	2.278	0.201	2.120*
ความสมบูรณ์ทางปัญญา (X_3)	6.413	2.200	0.229	2.915*
ความสมบูรณ์ทางจิต (X_2)	9.716	3.257	0.256	2.983*
การสนับสนุนด้านอารมณ์ (X_1)	6.013	2.678	0.202	2.246*
ค่าคงที่	-57.068	13.519		-4.221*

$R^2 = 0.455$, Adjusted R Square = 0.435, F=22.918, Sig.=0.000

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยสรุปผลการศึกษิตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ศึกษาภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตอนต้น และตอนปลาย ในตำบลสองพี่น้อง อำเภอนาทม จังหวัดจันทบุรี

ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุตอนต้นและตอนปลาย ในภาพรวม พบว่า ทั้งผู้สูงอายุตอนต้นและตอนปลายมีภาวะสุขภาพ

ในระดับดีมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้ที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องใช้ไม้เท้าถึงร้อยละ 90.90 และมีโรคประจำตัวร้อยละ 68.10 ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเส้นเลือดสูง ซึ่งเป็นโรคที่ไม่มีผลต่อการดำรงชีวิตประจำวันมากนัก เพียงอาศัยการควบคุมอาหารเท่านั้น จึงทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพในระดับดีมาก ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุตอนต้น และตอนปลาย พบว่า ทั้งผู้สูงอายุตอนต้นและตอนปลายมีแรงสนับสนุน



ทางสังคมในระดับดี เนื่องมาจากผู้สูงอายุที่เป็นตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว และครอบครัวขยายถึงร้อยละ 37.30 และ 41.70 นอกจากนี้ผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นบุตร/หลานถึงร้อยละ 73.91 รองลงมาคือ คู่สมรส ถึงร้อยละ 30.07 จึงทำให้มีการสนับสนุนทางสังคมที่ค่อนข้างดี และปัจจัยด้านพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตอนต้นและตอนปลาย พบว่า ทั้งผู้สูงอายุตอนต้นและตอนปลายมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาถึงปริญญาตรี ถึงร้อยละ 97.80 มีเพียงร้อยละ 2.20 ที่ไม่ได้รับการศึกษา ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ช่วยส่งเสริมให้มีความสามารถค้นคว้าหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ จึงทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี

2. ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตอนต้นและตอนปลาย ในตำบลสองพี่น้อง อำเภอกำแพง จังหวัดจันทบุรี

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตอนต้น

ปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตอนต้น ได้แก่ ปัจจัยด้านความสมบูรณ์ทางจิต (X_2), ความสมบูรณ์ทางกาย (X_1), การสนับสนุนด้านสิ่งของ (X_7) และความสมบูรณ์ทางสังคม (X_4) ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลทางลบต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตอนต้น ได้แก่ รายได้มาจากบุตร/หลาน (Fro1) และการดื่มแอลกอฮอล์ (AL) สามารถอธิบายได้ว่า

ความสมบูรณ์ทางจิต (X_2) มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตอนต้น สอดคล้องกับแนวคิดของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550) และแนวคิดของประเวศ วะสี ที่ระบุว่า หากผู้สูงอายุมีจิตใจที่แจ่มใส การรู้สึกรู้ว่าเป็นคนสำคัญ ไม่เป็นภาระ ก็ย่อมส่งผลให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีขึ้นเช่นกัน (ประเวศ วะสี, 2543)

ความสมบูรณ์ทางกาย (X_1) มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตอนต้น โดยความสมบูรณ์ทางกาย หมายถึง ความสามารถในการดูแลตนเอง การดำเนินชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง การออกกำลังกาย การมีปัจจัย 4 ปลอดภัยโรค และสารพิษ ซึ่งผู้สูงอายุตอนต้นสภาวะทางกายภาพ และสรีรวิทยาเริ่มเปลี่ยนแปลงไม่มาก ทำให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้เป็นส่วนใหญ่ สอดคล้องกับแนวคิดของประเวศ วะสี คือ ถ้าผู้สูงอายุมีความสมบูรณ์ทางกายสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง จะส่งผลให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น (ประเวศ วะสี, 2543)

การสนับสนุนด้านสิ่งของ (X_7) มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตอนต้น สอดคล้องกับแนวคิดของ Tiden (1985) เนื่องจากผู้สูงอายุจะรู้สึกว่าเป็นที่รัก รู้สึกมีคุณค่า เมื่อได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งของ หรือบริการ ทำให้เอื้อต่อการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น

แหล่งที่มาของรายได้มาจากบุตร/หลาน (Fro1) มีอิทธิพลทางลบต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตอนต้น โดยผู้สูงอายุที่ได้รับรายได้จากบุตร/หลานมากขึ้น จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีลดลง เมื่อเทียบกับผู้ที่มีรายได้จากเงินบำนาญ และอาชีพที่ทำ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการรับเงินจากบุตร/หลานทำให้ขาดความมั่นคงทางการเงิน หรือทำให้มีความกังวลเรื่องการเงิน สอดคล้องกับงานวิจัยของศรีนยา สุริยะฉาย (2552) ที่ระบุว่าเมื่อผู้สูงอายุต้องเปลี่ยนบทบาทจากผู้นำของครอบครัวในการหารายได้ มาเป็นสมาชิกที่คนในครอบครัวต้องดูแล ทำให้ผู้สูงอายุวิตกกังวล กลัวถูกทอดทิ้ง

ความสมบูรณ์ทางสังคม (X_4) มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตอนต้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุตอนต้นเป็นวัยที่เริ่มเกษียณจากการทำงาน บทบาทในสังคมย่อมเปลี่ยนไป จึงต้องปรับตัวให้สามารถยอมรับบทบาทใหม่ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ว่า การสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน มีความสัมพันธ์ทางบวกและร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (สุขเกษม ร่วมสุข, 2553)

การดื่มแอลกอฮอล์ (AL) มีอิทธิพลทางลบต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตอนต้น สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ เป็นปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ชญานุช ไพรวงษ์ และคณะ, 2560) และการดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ (บรรลु ศิริพานิช, 2544)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตอนปลาย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตอนปลาย ได้แก่ ปัจจัยด้านการสนับสนุนด้านสิ่งของ (X_7), ความสมบูรณ์ทางปัญญา (X_3), ความสมบูรณ์ทางจิต (X_2) และการสนับสนุนด้านอารมณ์ (X_1) สามารถอธิบายได้ว่า

การสนับสนุนด้านสิ่งของ (X_7) มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตอนปลาย อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุตอนปลายเริ่มเดินทางไปยังที่ต่าง ๆ ไม่สะดวก ดังนั้นการสนับสนุนด้านสิ่งของ เวลา หรือช่วยเหลือด้านต่าง ๆ จะเอื้อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดี สอดคล้องกับแนวคิดของ Tiden (1985)



ความสมบูรณ์ทางปัญญา (X_3) มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตอนปลาย เนื่องจากผู้สูงอายุตอนปลายเป็นวัยที่ผ่านการเรียนรู้มามากมาย และเกษียณอายุจากการทำงานมาระยะหนึ่งแล้วจึงสามารถปรับตัว และยอมรับบทบาทของตนเองมากขึ้น ดังนั้นความสมบูรณ์ทางปัญญา จึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตอนปลาย

ความสมบูรณ์ทางจิต (X_2) มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตอนปลาย ซึ่งความสมบูรณ์ทางจิต หมายถึง มีสติ สามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ สามารถควบคุมอารมณ์ได้ มีจิตใจที่แจ่มใส การรู้สึกว่าเป็นคนสำคัญ ไม่เป็นภาระเป็นต้น จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยาย และมีลูก/หลานดูแลถึงร้อยละ 73.91 รองลงมาคือ คู่สมรสดูแล ร้อยละ 30.07 ดังนั้นผู้สูงอายุจึงรู้สึกว่าตนเองเป็นคนสำคัญ จึงมีสุขภาพจิตที่ดี ส่งผลให้ความสมบูรณ์ทางจิตมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตอนปลาย สอดคล้องกับแนวคิดของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และแนวคิดของประเวศ วะสี ที่ระบุว่า หากผู้สูงอายุมีจิตใจที่แจ่มใส การรู้สึกว่าเป็นคนสำคัญ ไม่เป็นภาระ ก็ย่อมส่งผลให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีขึ้นเช่นกัน

การสนับสนุนด้านอารมณ์ (X_1) มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตอนปลาย การสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึงความรักใคร่ ความใกล้ชิด การให้ความมั่นใจ การเอาใจใส่ การยอมรับ ซึ่งจะนำไปสู่ความรู้สึกว่าตนเป็นที่รักและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุเป็นผู้มีรายได้ ร้อยละ 93.50 ทำให้รู้สึกถึงความมั่นคงทางเศรษฐกิจ นอกจากนี้ยังได้รับการเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัวเป็นอย่างดี เนื่องจากเป็นครอบครัวเดี่ยว และครอบครัวขยายถึงร้อยละ 79 ดังนั้นการสนับสนุนด้านอารมณ์มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตอนปลาย สอดคล้องกับงานวิจัยของวิลาวัลย์ รัตนา (2552) ที่พบว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรทำการวิจัยกับผู้สูงอายุในพื้นที่อื่น ๆ เพื่อศึกษาว่าผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ หรือแต่ละบริบทมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร เพื่อหาแนวทางส่งเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับพฤติกรรมของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่
2. จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตอนต้น และตอนปลายแตกต่างกัน ดังนั้นการแก้ปัญหาพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุควรแยกเป็นแต่ละช่วงวัย เพื่อให้เหมาะสมและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

3. ควรใช้การวิจัยเชิงคุณภาพควบคู่กับการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อเป็นการศึกษาเชิงลึก และทราบถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (มปป.). นโยบายของกรมกิจการผู้สูงอายุ. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : http://www.dop.go.th/main/law_list.php?id=33.
- กัลยา วานิชย์บัญชา และฐิตา วานิชย์บัญชา. (2561). การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สามลดา.
- ชนิษฐา โกเมนทร์. (2547). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ชมพูนุท พรหมภักดี. (2556). การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย (Aging society in Thailand). [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : http://library.senate.go.th/document/Ext6078/6078440_0002.PDF.
- ชุตินา วัฒนศักดิ์ภูบาล. (2551). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์เมืองไทยแข็งแรงของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลกำแพงเพชร อำเภอรัตนภูมิ จังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา.
- ชัยณานุช ไพรวงษ์, ชุภาศิริ อภิพันธ์เดชา, สำเริง แหยมกระโทก, กวี ไชยศิริ และวรัญญู สัตยวงศ์ทิพย์. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลบ้านใหม่ อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการ สถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ. 4(1): 380-393.
- พุลศักดิ์ พุมวิเศษ. (2563). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : http://research.rpu.ac.th/wp-content/uploads/2017/08/Pulsak-Pumwiset_2554.pdf.
- นิภาภัทร อยู่พุ่ม. (2551). จิตสังคมผู้สูงอายุ. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : http://www.stou.ac.th/stoukc/elder/main1_2.html.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2540). คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2556). วิธีการทางสถิติสำหรับการวิจัย. กรุงเทพมหานคร : สุวีริยาสาส์น.



- ประนอม โอทกานนท์. (2554). **ชีวิตที่สุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุไทย** หลักการ งานวิจัย และบทเรียนจากประสบการณ์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประเวศ วะสี. (2543). **สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี : สำนักงานปฏิรูปสุขภาพสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์. (2556). **ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงวัย กินกล้วยน้ำว้าไทย ห่างไกลอัลไซเมอร์**. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <http://hp.anamai.moph.go.th>.
- วิลาวัลย์ รัตนนา. (2552). **พฤติกรรม การดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชมรม ผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี**. สารนิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล. (2539). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง**. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรินยา สุริยะฉาย. (2552). **การประเมินความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลบางไทยป่า อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ศิริชัย กาญจนวาสี. (2544). **การเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : บุญศิริการพิมพ์.
- สมพร ใจสมุทร. (2547). **พฤติกรรม การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเขตลาดกระบัง**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมนึก ภัททิยธนี. (2544). **การวัดผลการศึกษา**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กทม : ประสานการพิมพ์.
- สุขเกษม ร่วมสุข. (2553). **พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- สัญญา รักชาติ. (2554). **พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยสถาบันราชภัฏเชียงใหม่.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2560). **การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ**. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.thaihealth.or.th/>.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2552). **พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550**. กรุงเทพมหานคร : บริษัทวิกิ จำกัด.
- สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. (2561). **สังคมผู้สูงอายุกับการขับเคลื่อนเศรษฐกิจไทย**. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : https://library2.parliament.go.th/ejournal/content_af/2561/jul2561-1.pdf.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2561). **ประชากรจากการทะเบียนจำแนกตามหมวดอายุ เป็นรายอำเภอ พ.ศ. 2561**. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.nso.go.th/sites/2014>.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2561). **จำนวนประชากรจากการทะเบียนจำแนกตามกลุ่มอายุ รายจังหวัด และภาค พ.ศ. 2552 - 2561**. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx>.
- เสาวนิจ นิจอนันต์ชัย และมาลี สันติธิตศักดิ์. (2553). **การสนับสนุนทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ**. วารสารกองการพยาบาล. 37(2): 64-76.
- องค์การบริหารส่วนตำบลสองพี่น้อง. (2561). **รายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 เทศบาลตำบลสองพี่น้อง อำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี**. จันทบุรี : องค์การบริหารส่วนตำบลสองพี่น้อง จันทบุรี.
- Hill, L and N. Smith. (1990). **Self-Care Nursing Promotion of Health**. New Jersey: Prentice Hall.
- Nunnally, J.C. and Bernstein, I.H. (1994). **Psychometric Theory**. McGraw-Hill: New York.
- Orem, E.D. (1985). **Nursing : Concepts of Practice** (2nd ed.). New York : Mc Graw Hill.
- Tiden, V.P. (1985). "Issues of conceptualization and measurement of social support in the construction of nursing theory", **Research in Nursing and Health**. 8 (January 1985): 199-206.