

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาระดับความรู้ ระดับการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ และหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองของผู้สูงอายุ รวมทั้ง เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเอง กับความแตกต่างด้านปัจจัยส่งเสริม และปัจจัยตัวชี้แนะการกระทำ บางประการ

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่มีวัยตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่ในหมู่บ้านสันโป่ง ตำบลบ้านกาศ กิ่งอำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 90 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน

การศึกษาครั้งนี้ ใช้เครื่องมือในการศึกษา 2 ชนิดคือ การสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถาม และคู่มือการสนทนากลุ่ม ซึ่งเครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ทำการวิจัยได้ทำการสร้างขึ้นเองตามเนื้อหาของการดูแลสุขภาพอนามัยตนเอง และได้หาความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ทำการแก้ไข ปรับปรุงและนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุหมู่บ้านเหล่าป่าฝาง ตำบลบ้านกาศ กิ่งอำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 14 คน และนำมาแก้ไขปรับปรุงอีกครั้งหนึ่ง ก่อนนำไปใช้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง เมื่อได้รวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS<sup>®</sup> มีการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง คะแนนความรู้ และคะแนนการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองของ ประชากร โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พร้อมกับการทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติ วิเคราะห์เปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองของประชากร กับความแตกต่างด้านปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพรายได้ ลักษณะครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว การมีโรคประจำตัว และปัจจัยชี้แนะการกระทำ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย หาค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยโดยใช้ t-test พร้อมกับการทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติ

### ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของประชากร

ประชากรที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ จำนวน 90 คน โดยทำการสัมภาษณ์ 78 คน และ สทนากลุ่ม 12 คน ลักษณะประชากรที่ทำการสัมภาษณ์เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี อายุเฉลี่ย 68 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาปีที่ 4 และไม่ได้รับการศึกษา อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ในจำนวนที่ใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 53.85 และ 46.15 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีการประกอบอาชีพ คือ เกินครึ่งร้อยละ 56.41 ทำการเกษตรกรรมมากกว่าอาชีพอื่น ส่วนรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 500 บาทและมากกว่า 501 บาทต่อเดือน ครึ่งต่อครึ่ง รายได้เฉลี่ย 750 บาท ส่วนรายได้ครอบครัวต่อปี ส่วนใหญ่จะมากกว่า 24,000 บาท ร้อยละ 70.51 ส่วนมากมีรายได้พอเพียงมีเงินเหลือเก็บ เกินครึ่งอาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย มีสมาชิก 4-7 คน ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยจาก หอกระจายข่าว

## ส่วนที่ 2 การเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวและชนิดของโรคประจำตัว

ประชากรกว่าครึ่งเล็กน้อย มีโรคประจำตัว โรคที่พบบ่อยคือโรคกระดูกและข้อ รองลงมาคือโรคระบบทางเดินอาหาร

## ส่วนที่ 3 ภาวะสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของประชากร

จากการสำรวจสุขภาพโดยการสังเกต ส่วนใหญ่ประชากรมีภาวะสุขภาพและสิ่งแวดล้อมอยู่ในเกณฑ์ดี ที่พบว่ามีปัญหาหลักก็คือเหงือกและฟัน ปัญหาอื่น ๆ ที่พบบรองลงมาคือ การเคลื่อนไหวร่างกาย ด้านสัมพันธภาพกับลูกหลานดี

## ส่วนที่ 4 ความรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองของประชากร

คะแนนความรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองของประชากร เทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด คือ ร้อยละ 41.02 รองลงมาคือ ระดับดี กับไม่ดี มีจำนวนใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 30.77 และ 28.21 ตามลำดับ

รายละเอียดของความรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองของประชากร เป็นรายชื่อพบว่า ทราบความสำคัญและประโยชน์ในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเอง ซึ่งทำให้ร่างกายแข็งแรง สามารถดำรงชีวิตได้ปกติสุขทั้งยามปกติและเมื่อมีความเจ็บป่วย ผู้ที่สมควรเป็นผู้ดูแลสุขภาพอนามัยคือ ตัวของผู้สูงอายุเอง เป็นอันดับแรก เพราะสามารถรู้ถึงการเปลี่ยนแปลง และทราบปัญหาความต้องการของตนเอง ส่วนใหญ่จะมีความรู้ในเรื่องประโยชน์ของชนิดของอาหารว่าควรเป็นอาหารจำพวกเนื้อปลา ไข่ นม ไม่ควรรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ หรือของหมักดอง น้ำดื่มควรได้รับการปรับปรุงโดยการต้มหรือกรองก่อน สภาพแวดล้อมควรเป็นที่อากาศถ่ายเทสะดวกที่

แสงสว่างเพียงพอ โดยมากทราบประโยชน์ของการรักษาความสะอาดของร่างกาย การออกกำลังกาย เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง รักษาความตึงตัวของกล้ามเนื้อ แต่มากกว่าครึ่งที่ทราบว่า การป้องกันอาการท้องผูก ควรรับประทานยาถ่ายหรือยาระบาย ส่วนใหญ่ทราบถึงความเหมาะสมในการพักผ่อนนอนหลับ และสภาพของสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย รวมถึงประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมเพื่อช่วยให้มีสุขภาพจิตดีขึ้นได้ ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ส่วนใหญ่รู้ถึงสถานการณ์เปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เสื่อมโทรมลง รวมทั้งทราบถึงความเหมาะสมในการระบายความทุกข์ และประโยชน์ของการรักษาอารมณ์ ผลเสียของการเก็บกดอารมณ์ที่ทำให้เกิดความทุกข์ และไม่สบายใจ โดยมากทราบว่าควรจะไปรับการตรวจสุขภาพตามสถานเอนามัยหรือโรงพยาบาล เฉพาะเมื่อมีอาการป่วย หรืออาการไม่สบายอย่างรุนแรง และครึ่งหนึ่งที่ทราบถึงผลเสียของบุหรี่ที่มีต่อสุขภาพ โดยทำให้เกิดการระคายเคืองของหลอดลม ไอ และเกิดมะเร็งปอด แต่มีไม่ถึงครึ่งที่ทราบผลเสียของสุราที่มีต่อสุขภาพที่ทำให้เกิดโรคกระเพาะและมะเร็งตับได้

จากการสนทนากลุ่ม ส่วนมากให้ความหมายของการมีสุขภาพอนามัยดี คือการที่ร่างกายแข็งแรง ไม่มีอาการเจ็บไข้ได้ป่วย ผู้ที่ควรดูแลสุขภาพอนามัยในยามปกติและ เมื่อมีภาวะเจ็บป่วย ในอันดับแรกควรจะเป็นตัวผู้สูงอายุเอง เพราะยังสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ถูกต้องเหมาะสมกับความต้องการของตน และการดูแลตนเองยังมีประโยชน์ โดยช่วยให้สุขภาพดีและมีอายุยืนยาวมากขึ้น ส่วนใหญ่ประเมินภาวะสุขภาพตนเองว่าแข็งแรงดี อาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ควรเป็นอาหารจำพวก เนื้อสัตว์ เนื้อปลา ไข่ และวิตามินในผัก ผลไม้ จะช่วยให้มีอายุยืน แต่ยังมีผู้ที่เชื่อว่า สุรา สามารถทำลายพยาธิใน อาหารจำพวกเนื้อสุก ๆ ดิบ ๆ ได้น้ำที่บริโภคว่าควรมีการปรับปรุงโดยการต้มเสียก่อน การแก้ไขอาการท้องผูกส่วนมากทราบว่า ควรใช้ยาระบาย เพราะได้ผลที่รวดเร็วกว่า การรับประทานอาหารจำพวก ผัก และผลไม้ การพักผ่อนนอนหลับส่วนใหญ่ทราบว่า ควรพักผ่อนในเวลากลางคืน ประมาณ 8 ชั่วโมง อุบัติเหตุที่มักเกิดกับผู้สูงอายุคือ การหกล้ม และถ้ามีการป่วยจะต้องใช้เวลาในการรักษานาน การประกอบกิจกรรมส่วนใหญ่เป็น กิจกรรมทางศาสนา มีประโยชน์คือช่วยทำให้ จิตใจสบาย ได้บุญ ได้กุศล มีการพบปะ

สังสรรค์ การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุส่วนใหญ่ทราบว่า มีการเปลี่ยนแปลงในด้านเสื่อมโทรมลง อ่อนเพลียง่ายขึ้น บทบาทในครอบครัว ส่วนใหญ่ จะมีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับลูกหลาน มีการพินิจ และให้คำปรึกษากับลูกหลานเสมอ สาเหตุของความทุกข์ใจไม่สบายใจ ส่วนใหญ่คือ ความรู้สึกห่วงใย ลูกหลาน หรือความขัดแย้งเล็ก ๆ น้อย ๆ ในครอบครัว ส่วนมากใช้วิธีระบายความทุกข์โดยการ ว่ากล่าว ตักเตือน ลูกหลาน บางคนใช้วิธีเดินเล่น หรือทำสมาธิ ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าควรมีการตรวจสุขภาพประจำปี เมื่อมีอาการเจ็บป่วย จะรักษาตนเองก่อนโดยการนอนพัก หรือซื้อยารับประทานเอง จะไปโรงพยาบาลก็ต่อเมื่อมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงเท่านั้น การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา กว่าครึ่งที่ทราบว่า บุหรี่มีผลเสียต่อสุขภาพ แต่ส่วนใหญ่ไม่ทราบถึงผลเสียของสุรา บางคนเชื่อว่าการดื่มยาต้องทำให้เจริญอาหาร และ ทำให้หนักหลับได้สบาย

#### ส่วนที่ 5 การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองของประชากร

คะแนนการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองของประชากร เมื่อเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ พบว่าอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด คือร้อยละ 44.87 รองลงมาคือระดับดี และระดับไม่ดีคิดเป็น ร้อยละ 30.77 และ 24.36 ตามลำดับ

รายละเอียดของการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเอง เป็นรายข้อพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถดูแลตนเองทั้งในกิจวัตรประจำวัน และเมื่อมีอาการเจ็บป่วยลักษณะงานที่ผู้สูงอายุทำเป็นงานเบา ๆ ใช้แรงน้อย โดยมากผู้สูงอายุมีการบริโภคอาหารครบ 5 หมู่ และเพิ่มการบริโภคอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ ปลา และไข่ ครบทุกวัน อาการจำพวกเนื้อสัตว์ส่วนใหญ่ทำให้รู้สึกเสียก่อน อาหารหมักดองและรสจัด บริโภคเป็นบางครั้ง ที่ผู้สูงอายุส่วนมากอาศัยในที่อากาศถ่ายเทได้ดี มีแสงสว่างทั่วถึง มีการบริโภคน้ำประมาณ 6-8 แก้วต่อวัน และเป็นน้ำป้อนที่ไม่ได้ทำการปรับปรุงเป็นส่วนใหญ่ โดยมากผู้สูงอายุ มีการพักผ่อนนอนหลับอย่างเหมาะสม เมื่อมีปัญหาอนไม่หลับ โดยมากไม่ทำอะไรเป็นพิเศษ ผู้สูงอายุส่วนมาก ไม่เคยออกกำลังกาย ส่วนใหญ่

ผู้สูงอายุมีการระมัดระวังในการเกิดอุบัติเหตุเป็นประจำ มีการร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม อย่างสม่ำเสมอ สัมพันธภาพในครอบครัว ลูกหลานรักใคร่ เอาใจใส่ดูแลดี เมื่อมีอาการอ่อนเพลีย โดยมากจะซื้อยามกินเอง แต่ถ้ามีอาการเจ็บป่วยมักจะไปสถานอนามัย คลินิก หรือโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ การรักษาอาการ เมื่อมีอาการไมเกรน ส่วนมากผู้สูงอายุจะค่อย ๆ คิดหาสาเหตุและแนวทางแก้ไขอย่างมี เหตุผล หรือเก็บกดอารมณ์ หลบไปอยู่คนเดียว รวมถึงเมื่อเกิดปัญหาทุกข์ใจ ไม่สบายใจ มักปรึกษาศุภคณาจารย์ในครอบครัว หรือเพื่อนสนิท โดยมากผู้สูงอายุไม่เคยได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ผู้สูงอายุเกือบครึ่งไม่สูบบุหรี่และผู้สูงอายุกว่าครึ่งไม่ดื่มสุรา

จากการสนทนากลุ่ม ส่วนมากจะมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง อาการเจ็บป่วยที่พบโดยมากจะเป็น อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดตามข้อ กระดูกต่าง ๆ และมักจะดูแลสุขภาพอนามัยตนเองก่อนเป็นอันดับแรก ในเรื่องอาหารที่รับประทานส่วนใหญ่ ลูกหลานจะเป็นผู้จัดเตรียมให้ และได้รับประทานอาหารประเภท เนื้อปลา ไข่ แขนงทุกมื้อ แต่เนื่องจากผู้สูงอายุมีปัญหาในการเคี้ยวอาหาร จึงเลือกที่จะรับประทานอาหารจำพวกผัก กับน้ำพริก และข้าวเหนียวมากกว่า รวมทั้งเลือกที่จะรับประทานอาหารตามความชอบ เช่นของหวาน ผลไม้ ผู้สูงอายุชายบางคนชอบรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ ร่วมกับการดื่ม สุรา หรือ ยาตอง น้ำที่บริโภคส่วนใหญ่เป็นน้ำบ่อ ที่มีได้ทำการปรับปรุงโดยการต้มเสียก่อน เพราะเชื่อว่า น้ำบ่อสะอาดอยู่แล้ว ถ้าทำการต้มหรือกรองรสชาติจะเปลี่ยนไป ส่วนใหญ่ไม่เคยออกกำลังกายเลย แต่บางคนจะออกกำลังกายอยู่ในบ้าน หรือภายในห้องนอน เนื่องจากเข้าใจว่าอายุมากขึ้น การออกกำลังกายโดยใช้แรงมาก ๆ ทำให้มีอาการอ่อนเพลีย การพักผ่อนนอนหลับส่วนมากจะเข้านอนแต่พลบค่ำ และตื่นนอน แต่เช้าตรู่ ประมาณ ติ 3 หรือ ติ 4 เมื่อมีอาการนอนไม่หลับบางคนใช้วิธีสวดมนต์ บางคนนั่งทำงานต่อจนรู้สึกง่วงจึงเข้านอน การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ส่วนใหญ่จะระมัดระวังในการเดิน บางคนหลีกเลี่ยงการขึ้นลงบันได โดยการต่อเติมห้องชั้นล่าง จากบ้านใต้ถุนสูงที่มีอยู่แต่เดิม ส่วนมากเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ที่มักจะเป็นงานวัดหรืองานบุญ มีการฟังเทศน์ ฟังธรรมทุกวันพระ ซึ่งได้ทั้งความสบายใจ และได้พบปะเพื่อนฝูงด้วย ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ

อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย มีลูกหลานอาศัยอยู่ร่วมกัน มีสัมพันธ์กันที่ติดต่อกัน เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องของเงิน บางคนมีปัญหาสายตา และส่วนมากจะมีอาการอ่อนเพลียเหนื่อยง่าย ขึ้นเมื่อมีอาการโกรธ ส่วนมากจะบ่นหรือว่ากล่าวลูกหลาน บางคนใช้วิธีเดินเล่น นุดคุยกับเพื่อน บ้านเพื่อคลายอารมณ์ ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีซึ่งสอดคล้องกับการสัมภาษณ์ โดยให้เหตุผลว่า ยังมีสุขภาพแข็งแรงอยู่ บางคนเคยตรวจสุขภาพประจำปีแต่ไม่ได้ทำเป็นประจำ ทุกปี มีผู้สูงอายุ 3-4 คนที่สูบบุหรี่และดื่มสุรา โดยให้เหตุผลว่า การสูบบุหรี่ทำให้ไม่เหงาปาก และการดื่มสุรา หรือยาต้องทำให้ รับประทานอาหารได้มากขึ้น และนอนหลับสบาย

#### ส่วนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้และคะแนนการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าคะแนนความรู้และคะแนนการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองของประชากร มีความสัมพันธ์กันในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ที่ 1 ที่ตั้งไว้ว่า ผู้สูงอายุที่มีความรู้สูงในเรื่องการดูแลสุขภาพอนามัยตนเอง จะสามารถปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีความรู้ต่ำ

#### ส่วนที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่งเสริมการดูแลตนเองได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัวจำนวนสมาชิกในครอบครัว การมีโรคประจำตัว และปัจจัยชี้แนะการกระทำ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย กับ การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองของผู้สูงอายุ

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองของผู้สูงอายุกับความแตกต่างของ ปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้

ได้ และปัจจัยชี้แนะการกระทำ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 แต่ มีเพียง 3 ประการที่ไม่มีความแตกต่างกัน คือ ลักษณะครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว และการมีโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า มีความสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ตั้งไว้ว่า ผู้ที่มีปัจจัยส่งเสริม และปัจจัยชี้แนะเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย จะมีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองแตกต่างกัน

### อภิปรายผลการวิจัย

#### 1. ความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเอง แบ่งตามหัวข้อที่ทำการศึกษ

##### 1.1 การดูแลตนเอง

ประชากรส่วนใหญ่ ร้อยละ 83.33 ทราบความสำคัญ และประโยชน์ของการดูแลสุขภาพอนามัยตนเอง ทำให้ร่างกายแข็งแรงดี ไม่มีอาการเจ็บป่วย และมีความสุข ผู้สูงอายุสามารถมีสุขภาพดีได้โดยการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองยามปกติ และเมื่อมีอาการเจ็บป่วย นอกจากนี้ ส่วนมาก รู้ว่าตนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพอนามัยด้วยตนเอง สามารถกระทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ ส่วนลักษณะงานที่ทำเป็นงานที่ใช้แรงน้อย ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการสังเกตที่พบว่าผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ ยังมีการเคลื่อนไหวร่างกายเป็นปกติ จากการสนทนากลุ่มที่ทราบว่า การดูแลสุขภาพอนามัยควรกระทำด้วยตนเอง เพราะรู้ว่าตนต้องการอะไรและควรกระทำเช่นไร ดีกว่าให้ลูกหลานกระทำให้ แต่บางคนทราบว่า เมื่อมีความเจ็บป่วยจำเป็นต้องให้ลูกหลานและบุคคลที่ใกล้ชิด เช่น สามี ภรรยา ให้การดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิตา ชูโต ( 2525 : 40 ) ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มุ่งช่วยตนเองหรือจากคนในครอบครัว ในการดูแลสุขภาพอนามัย ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพ ตามที่ โอเร็ม ( Orem 1988 : 84-85 ) กล่าวว่า การที่จะส่งเสริมและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีนั้น บุคคลสามารถกระทำ



ทำได้โดยการดูแลตนเอง การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่มีเป้าหมาย มีแผนมีระดับขั้นตอน เมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสูงสุด ซึ่งเป็นเป้าหมายของภาวะสุขภาพดีของบุคคล เมื่อให้ผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพ ส่วนใหญ่จะประเมินว่ามีสุขภาพดี แข็งแรง บางคนไม่เคยเจ็บป่วยถึงขั้นไปพบแพทย์ ดังเช่นที่ เพนเดอร์ ( Pender 1987 : 58 ) กล่าวว่า เมื่อบุคคลรู้ว่า ตนมีความสามารถ และเชื่อมั่นว่า ภาวะสุขภาพที่ดีเกิดจากการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแล้ว บุคคลนั้นย่อมกระทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุคคล เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่ง ที่เกี่ยวข้องกับ ความถี่ และความจริงจังของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ บุคคลที่รู้ว่าตนเองสุขภาพดีก็มีความโน้มเอียงที่จะกระทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพได้บ่อยและจริงจังกว่าบุคคลที่รู้ว่าตนเองสุขภาพไม่ดี จากการสนทนากลุ่ม มีความเห็นว่า ผู้ที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ คือผู้ที่มีความเจ็บป่วยเช่นเป็นโรคหัวใจ โรคตับช่วยตนเองได้น้อย ต้องอาศัยลูกหลาน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้การดูแล ในทางปฏิบัติ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถทำกิจวัตรประจำวัน ได้คิดเป็นร้อยละ 94.87 และลักษณะงานที่ทำเป็นงานเบา ๆ ใช้แรงงานไม่มาก เช่น งานบ้าน รับจ้างทำนา ถอนหอมหัวใหญ่ ทำความสะอาดบริเวณบ้าน ดายหญ้า และรดใบตอง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กระแส ชนวงค์ ( 2532 : 124- 125 ) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นแรงงานเสริมในการทำนา การถอนวัชพืช การจัดเตรียมหุงหาเสียบียงอาหารและยังสามารถรับจ้างทำนา และรับจ้างเกี่ยวข้าว เมื่อผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรงนักส่วนมาก ( จากการสนทนากลุ่ม ) จะดูแลสุขภาพอนามัยตนเองก่อน เช่นการนอนพัก ดื่มน้ำอุ่น และ งดอาหารแสลงบางอย่าง ถ้าไม่หายจึงจะซื้อยารับประทานเอง หรือมีลูกหลานพาไปสถานพยาบาล ต่าง ๆ ซึ่งเป็นพฤติกรรมการรักษาพยาบาลทั้งแบบขั้นตอนเดียว และสองขั้นตอน ( กระแส ชนวงค์ 2532 : 134-135 ) พฤติกรรมการรักษาพยาบาลแบบขั้นตอนเดียวคือ การรักษาด้วยตนเองไม่ต้องพึ่งพาคณากรทางสาธารณสุข ส่วนพฤติกรรมรักษาพยาบาลแบบสองขั้นตอน จะต้องพึ่งพาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการรักษาพยาบาล

## 1.2 การรักษาสภาพสมดุลย์ ของน้ำ อาหารและอากาศ

ประชากรส่วนใหญ่ทราบอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ไข่ นม ผัก ผลไม้มีประโยชน์ต่อร่างกาย โดยเฉพาะอาหารประเภทโปรตีนจะช่วยสร้างเสริมส่วนที่เสื่อมลงของร่างกาย แต่ในความรู้ในเรื่องอาหารจะมีเรื่องของความเชื่อเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น การงดรับประทานอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ทำให้ได้บุญ ดังนั้นควรงดการรับประทานอาหารจำพวกนี้ และเชื่อว่าการรับประทานอาหาร สุก ๆ ดิบ ๆ ร่วมกับการดื่มสุราจะสามารถทำลายพยาธิได้ นอกจากนี้ การบริโภคอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต ส่วนมากนิยมบริโภคข้าวเหนียว ซึ่งย่อย และดูดซึมได้ช้ากว่า ข้าวเจ้าและข้าวต้ม การจัดเตรียมอาหารสำหรับผู้สูงอายุโดยทั่วไป ลูกหลานจะเป็นผู้จัดเตรียมให้ โดยประกอบอาหาร 2 มื้อ คือ มื้อเช้ากับมื้อเย็น มื้อเที่ยงเป็นอาหารเหลือจากมื้อเช้า อาหารส่วนมากมีเนื้อสัตว์ ผัก ไข่ เกือบทุกวัน แต่ที่มักมีแทบทุกมื้อคือน้ำพริก ปัญหาที่พบคือบางรายมีอาการเบื่ออาหาร ชอบรับประทานอาหารที่มีรสหวาน และยังมีกรบริโภคอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ อยู่ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเกริกศักดิ์ บุญญาณรงค์ (2533 : 59) ที่ศึกษาชีวิตคนชราในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า คนชรารับประทานอาหาร 3 มื้อ ต่อ 1 วัน และส่วนใหญ่รับประทานได้น้อยกว่าที่ต้องการ คนชราในชนบทชอบบริโภคอาหารรสจัด เค็มจัด เผ็ดจัด หวานจัดมากกว่า คนชราในเขตเมือง และยังมีกรรับประทานเนื้อดิบอีกด้วย ซึ่งเป็นพฤติกรรมกรบริโภคที่ไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุเท่าใดนัก การบริโภคน้ำส่วนใหญ่ทราบว่า ปริมาณที่เพียงพอแก่ความต้องการของร่างกายคือ 6-8 แก้ว และควรมีการปรับปรุงก่อนบริโภคโดยการต้ม และกรองเสียก่อน แต่ในทางปฏิบัติน้ำที่บริโภคเป็นส่วนมากเป็นน้ำจากบ่อน้ำมิได้มีการต้มหรือกรองเสียก่อน โดยมีเหตุผลว่า น้ำจากบ่อน้ำใสสะอาดดี และถ้าต้มแล้วรสชาติเปลี่ยนไป ความรู้เรื่องการรักษาสภาพสมดุลย์ของอากาศ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทราบว่าที่อยู่อาศัยควรมีอากาศถ่ายเทสะดวก เช่นเดียวกันในทางปฏิบัติลักษณะที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่ อากาศถ่ายเทได้ดี ลักษณะบ้านมีใต้ถุนสูง ซึ่งในตอนกลางวัน ผู้สูงอายุจะอยู่บริเวณใต้ถุนชั้นล่างของตัวบ้านเป็นส่วนใหญ่

### 1.3 การซัปดาห์

ประชากรส่วนใหญ่ทราบว่า การซัปดาห์อุจจาระที่ปกติ คือ การถ่ายอุจจาระทุกวัน วันละครั้งคิดเป็นร้อยละ 93.0 และทราบว่า อาการท้องผูกเกิดจากการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง เช่นรับประทานข้าวเหนียวมาก ในการป้องกันมิให้เกิดท้องผูก ควรรับประทานผักและผลไม้ให้มากขึ้น ในทางปฏิบัติ ส่วนใหญ่ซัปดาห์ทุกวัน วันละ 1-2 ครั้ง มีอาการท้องผูกเป็นบางครั้ง และมักจะรับประทานยาถ่ายหรือยาระบายก่อนรับประทานผัก ผลไม้ โดยให้เหตุผลว่า ได้ผลรวดเร็วกว่า สอดคล้องกับการวิจัยของบรรลุ ศิริพานิช (2531 : 53) พบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 83.3 มีการซัปดาห์ปกติทุกวัน ปกติสัปดาห์เสมอ และสรุปว่าการซัปดาห์อย่างสม่ำเสมอมีความสัมพันธ์กับการมีอายุยืนยาวแข็งแรง นอกจากนี้ วรรณิ์ จันทร์สว่าง (2533 : 1) พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาที่พบมากที่สุดคือท้องผูก แต่ส่วนใหญ่ไม่เคยใช้ยาระบาย

### 1.4 การออกกำลังกาย

ประชากรส่วนใหญ่ร้อยละ 75.60 ทราบว่าการออกกำลังกาย โดยการเดินวันละ 30 นาทีอย่างสม่ำเสมอทุกวัน เป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสม โดยทราบถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายว่าทำให้ร่างกายแข็งแรง มีความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 94.87 แต่กลับกัน ในทางปฏิบัติพบว่ามีผู้สูงอายุที่ไม่เคยออกกำลังกายเลยถึงร้อยละ 69.23 ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของสุลี ทองวิเชียรและคณะ (2531 : 30) พบว่ามีผู้สูงอายุที่ไม่ได้ออกกำลังกายเลย ร้อยละ 47.4 และตรงกับการวิจัยของบรรลุ ศิริพานิช (2531 : 34) ผู้สูงอายุไม่เคยออกกำลังกาย ร้อยละ 39.5 ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายจะออกกำลังกายโดยการเดินเป็นส่วนใหญ่ และผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายจะมีภาวะสุขภาพแข็งแรงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ออกกำลังกาย ดังนั้น ควรมีการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยจัดให้มีกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เชื่อว่าจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้นได้

### 1.5 การพักผ่อนนอนหลับ

ประชากรส่วนใหญ่ทราบว่าควรมีการพักผ่อนนอนหลับกลางคืน ประมาณ 8 ชั่วโมง

และกลางวัน 2 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 96.16 ในทางปฏิบัติพบว่าพักผ่อนประมาณ 8 ชั่วโมง ในตอนกลางคืน โดยจะเข้านอนแต่หัวค่ำ และจะตื่นแต่เช้า ส่วนตอนกลางวันมีการพักผ่อนนอนหลับ ประมาณ 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง มีอาการนอนไม่หลับบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 62.80 ส่วนมาก ไม่ปฏิบัติอย่างไรเป็นพิเศษ แต่ยังมีผู้ที่รับประทานยานอนหลับอยู่เป็นประจำร้อยละ 6.41 เช่นเดียวกับการศึกษาของกระแส ชนวงค์ (2533 : 39) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่นอนหลับ น้อยกว่า 4 ชั่วโมงในตอนกลางคืน เกิดจากสาเหตุคิดมาก เป็นโรคจิตประสาท ร้อยละ 19.8 และสอดคล้องกับวรรณี จันทรสว่าง (2533 : 2) พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีแบบแผนการนอนหลับที่เหมาะสมและมีปัญหาอนไม่หลับ แต่โดยมากไม่ใช้ยานอนหลับ

#### 1.6 การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม

ประชากรส่วนใหญ่ทราบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมมีประโยชน์ ทำให้สุขภาพจิตดีขึ้น ได้บุญ ร้อยละ 65.38 ในทางปฏิบัติ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เข้าร่วมกิจกรรม เช่น ไปทำบุญวันพระ อย่างสม่ำเสมอคิดเป็นร้อยละ 82.05 จากการศึกษา พบว่า หมู่บ้านนี้ ยังไม่มีชมรมผู้สูงอายุ แต่ยังมีการพบปะสังสรรค์กันขณะมีงานวัดหรืองานในสังคม เช่นการทำบุญขึ้นบ้านใหม่ งานแต่งงานลูกหลาน เป็นต้น จะเห็นได้ว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทำให้ผู้สูงอายุได้มีการสนทนากับเพื่อนฝูง แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การที่มุษย์พยายามที่เป็นสมาชิกของสังคม เพราะการเป็นส่วนของกลุ่มที่สร้างความพึงพอใจ มีปฏิสัมพันธ์ มีจุดประสงค์ร่วมกัน ตลอดจนมีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน เป็นการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์นั่นเอง (สุลี ทองวิเชียร 2531 : 60) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของกระแส ชนวงค์ (2531 : 154) พบว่า ผู้สูงอายุจะเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ร้อยละ 84.7

#### 1.7 การป้องกันอุบัติเหตุ

ประชากรส่วนใหญ่ทราบว่าสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย คือ บันไดที่ไม่สูงชันและมีแสงสว่างเพียงพอ และควรระมัดระวังในการเคลื่อนไหวร่างกาย ในทางปฏิบัติก็มี การระมัดระวังในการเดินเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 89.75 อุบัติเหตุที่มักเกิดกับผู้สูงอายุคือการหกล้ม

เนื่องจากสรีระทางร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมโทรมลง และเมื่อได้รับอุบัติเหตุแล้ว จะเกิดผลเสีย และใช้เวลาในการรักษานาน ซึ่งการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับ เขาวลักษณะ มหาสิทธิวัฒน์ (2529 : 58) ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุโดยการ หลีกเลี่ยงการเข้าใกล้เตาไฟ กองไฟ หรือหม้อน้ำ และมีการระมัดระวังในการเดินทางมากขึ้น

#### 1.8 การรักษาสุขอนามัย การตรวจสุขภาพประจำปี และดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ประชากรส่วนใหญ่ ทราบความเหมาะสมและประโยชน์ของการทำความสะอาด

ร่างกายโดยการอาบน้ำ การแปรงฟัน การทำความสะอาดเล็บมือและเท้าอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้ง ยังกทราบประโยชน์ของการรักษาสุขอนามัยด้วย ในทางปฏิบัติส่วนใหญ่อาบน้ำ วันละ 1-2 ครั้ง สระผมสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง กลุ่มผู้สูงอายุส่วนมากจะแปรงฟันและบ้วนปากวันละ 1 ครั้ง เมื่อ ตื่นนอนตอนเช้า ซึ่งเป็นสุขนิสัยที่ไม่ดีนัก จะเห็นได้ว่า มีความสัมพันธ์กับการสังเกต คือ ผู้สูงอายุ มีปัญหาเหงือกและฟัน นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังทราบการตรวจสุขภาพประจำปีมีประโยชน์และ ควรไป ตรวจเป็นประจำทุกปี แต่ในทางปฏิบัติ พบว่ามีเพียงร้อยละ 10.26 ที่ตรวจสุขภาพทุกปีและผู้ที่ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี มีถึงร้อยละ 83.33 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเขาวลักษณะ มหาสิทธิวัฒน์ (2529 : 104) พบว่าผู้สูงอายุทั้งหมดร้อยละ 100 ไม่เคยไปรับการตรวจสุขภาพ ประจำปี โดยมีเหตุผลว่าไม่มีความจำเป็นที่จะต้องไปตรวจและจะไปตรวจรักษาจากแพทย์ก็ต่อเมื่อ มีอาการรุนแรงเท่านั้น ซึ่งตรงกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือผู้สูงอายุจะไปทำการรักษาที่ สถานีอนามัย คลินิก หรือโรงพยาบาล เมื่อมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง และจะรักษาตนเองก่อนโดยการพักผ่อน เมื่อมีอาการอ่อนเพลีย บางคนจะซื้อยารับประทานเอง เนื่องจากสะดวกรวดเร็ว และใกล้บ้าน มากกว่า จากการศึกษาของกระแส ชนวงค์ (2532 : 134-136) ที่ศึกษาพฤติกรรมการรักษา ตนเองเมื่อมีความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ พบว่ามีพฤติกรรมรักษาขั้นตอนเดียวและสองขั้นตอน ในการรักษาขั้นตอนเดียวคือการดูแลสุขภาพตนเอง โดยการเฝ้าระวังรักษาความเจ็บป่วยด้วยตนเอง อาการในขั้นนี้มักเป็นอาการเล็ก ๆ น้อย ๆ มิต้องพึ่งพาบุคลากรทางสาธารณสุข ในขณะที่การ รักษาแบบสองขั้นตอนขึ้นไป มักจะมีการเจ็บป่วยเรื้อรังหรืออาการรุนแรง จนถึงต้องไปพบแพทย์หรือ

## บุคลากรทางสาธารณสุข

### 1.9 การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา และการรักษาอารมณ์

ประชากรส่วนใหญ่ทราบถึง การเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยชรา ร้อยละ 94.87 ส่วนในทางปฏิบัติ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องของฟัน การเคี้ยวอาหาร ปัญหาสายตา และสภาพร่างกายที่อ่อนเพลีย หนื่อยง่าย (จากการสนทนากลุ่ม) ซึ่งตรงกับทฤษฎีการสูงอายุดังกล่าวในบทที่ 2 ในด้านการรักษาอารมณ์ ส่วนใหญ่ทราบถึงผลเสียของการเก็บกดอารมณ์ สาเหตุของความทุกข์ใจไม่สบายใจส่วนใหญ่เกิดจากความห่วยถ่วง หลงหลวม หรือความขัดแย้งเล็ก ๆ น้อย ๆ ภายในครอบครัว การปฏิบัติเมื่อมีอารมณ์โกรธมักจะค่อย ๆ คิดพิจารณาหาสาเหตุ และแนวทางแก้ไขอย่างมีเหตุผล ซึ่งใกล้เคียงกับวิธีเก็บกดอารมณ์ หลบไปอยู่คนเดียว คิดเป็นร้อยละ 33.33 และ 32.05 ตามลำดับ ซึ่งต่างจากการสนทนากลุ่มผู้สูงอายุส่วนมาก จะระบายความโกรธ โดยการบ่น หรือ ว่ากล่าวลูกหลาน แต่บางคนใช้วิธีให้อภัย ซึ่งตรงกับการศึกษาของ ทิพย์ภา บุรี (2529 : 63-65) พบว่าผู้สูงอายุ เมื่อมีเรื่องกลุ้มใจส่วนใหญ่จะหาวิธีพักผ่อนอารมณ์และระบายความทุกข์กับผู้ไว้วางใจ การปฏิบัติเมื่อมีอารมณ์โกรธอย่างรุนแรง ส่วนใหญ่จะให้อภัย รองลงมาคือ การเก็บกดอารมณ์ไว้ในใจ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ทำให้สุขภาพจิตเสื่อม ทั้งนี้เนื่องจากคนไทยเชื่อในเรื่องบาปบุญ การให้อภัยและทำความเข้าใจเหตุการณ์นั้นเป็นส่วนใหญ่ ถือเป็นการทำงานอย่างหนึ่ง

### 1.10 การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา

ประชากรประมาณร้อยละ 51.28 ทราบผลเสียของการสูบบุหรี่ และร้อยละ 43.59 ทราบผลเสียของการดื่มสุรา ในทางปฏิบัติพบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 48.72 ไม่สูบบุหรี่ และผู้ที่เคยสูบบุหรี่ แต่เลิกแล้วร้อยละ 11.54 ยังมีผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 30.77 ซึ่งในหมู่บ้าน นี้มีการรื้อใบตองเพื่อมานุหรี่หลายครั้งแล้ว ผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ให้เหตุผลที่ยังไม่เลิกนุหรี่ เพราะว่าง่ายปาก และสูบบุหรี่ทำให้รู้สึกโปรดปราน สบายใจ ซึ่งตรงกับการวิจัยของเกริกศักดิ์ บุญญาพงษ์ (2533 : 59-63) ผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ทั้งเขตเมืองและชนบท ยังสูบบุหรี่ ร้อยละ 49.8 ดื่มสุราร้อยละ 21.4 ส่วนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราผู้สูงอายุประชากรในการศึกษา

ครั้งนี้ยังดื่มสุราเป็นประจำ ร้อยละ 7.70 และดื่มบางครั้งร้อยละ 12.82 ตามลำดับ ผู้ที่ยังไม่สามารถเลิกดื่มสุราให้เหตุผลที่ไม่สามารถเลิกดื่มได้ เพราะว่า การดื่มสุราทำให้เจริญอาหาร และนอนหลับสบาย แต่อย่างไรก็ตาม เป็นที่พิสูจน์กันแน่ชัดแล้วว่า สุราและบุหรี่เป็นสิ่งบ่อนทำลายสุขภาพ ถ้ามีการส่งเสริมให้ละ เลิก ลด การดื่มสุรา และสูบบุหรี่ เชื่อว่าจะทำให้ผู้สูงอายุไทยมีอายุยืนยาวออกไปอีก และจะมีผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงมากขึ้น (บรรลุ ศิริพานิช 2531 : 41)

## 2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองของผู้สูงอายุ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (ตาราง 8) ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานที่วางไว้ ทั้งนี้เนื่องจากความรู้และการปฏิบัติเป็นสิ่งที่ต้องพึ่งพาอาศัยกัน กล่าวคือ การสร้างเสริมความรู้จะช่วยสร้างพฤติกรรมการปฏิบัติด้วย (Fabiya 1985 : 154) ถ้าหากไม่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องนั้น ๆ ก็จะไม่สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ผู้สูงอายุที่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองดี ก็สามารถปฏิบัติดูแลสุขภาพอนามัยตนเองได้ดีด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเรมวล นันทกุลวัฒน์ (2524 : 96) ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวาน สุนันทา ภูเกื้อยะ (2524 : 109) ได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่นเดียวกับรัตนา ทองสวัสดิ์ และคณะ (2531 : 46) ได้ทำการศึกษา เรื่องการประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และฮาเปอร์ (Harper 1984 : 42 อ้างในรัศมีแข วิโรจน์รัตน์ 2534 : 52) ได้ศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุพบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองในทิศทางบวก

## 3. การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ จำนวนคนในครอบครัว ลักษณะครอบครัว การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการมีโรคประจำตัว

3.1 อายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีอายุ 60-69 ปี มีการปฏิบัติถูกต้องมากกว่า

ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ความรู้เป็นสิ่งที่วัดได้จากความจำ หรือการระลึกได้ เมื่ออายุมากขึ้นเท่าใดย่อมมีการเสื่อมลงของความจำ การยอมรับสิ่งใหม่ ๆ เป็นไปได้ช้า (กุลยา ตันติผลาชีวะ 2524 : 4) และเนื่องจากผู้สูงอายุที่อายุต่างกันมีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายจิต สังคม แตกต่างกันไป เนื่องจากกระบวนการเสื่อมลงของสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม จะทวีมากขึ้นตามความยืนยาวของชีวิต (เขาวลักษณะ มหาสิทธิวัฒน์ 2529 : 97) เช่นเดียวกับการศึกษาของสุลี ทองวิเชียรและคณะที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-70 ปี มีการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 71 ปีขึ้นไป และตรงกับการศึกษาของอัมพร โอตระกูลและคณะ (2527 : 70) ที่พบว่า ผลส. และ อสม. ที่อายุมากและผ่านการอบรมด้านสุขภาพจิต มีความรู้ไม่แตกต่างไปจาก อสส. และ อสม. ที่อายุน้อยและไม่ผ่านการอบรมด้านสุขภาพจิต เพราะ ผลส. และ อสม. อายุมากมีความสามารถในการจำน้อยกว่า ส่วน ผลส. และ อสม. ที่อายุน้อยจะชวนหาความรู้มากกว่า

3.2 เพศ เมื่อจำแนกการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองกับ เพศ พบว่า เพศชาย ปฏิบัติตนถูกต้องมากกว่าเพศหญิง ทั้งนี้เนื่องจากเพศเป็นตัวกำหนดความแตกต่างของบุคคลในสังคม ในสังคมไทยเพศชายถูกกำหนดให้เป็นผู้นำครอบครัว จึงมีความเป็นใหญ่และมีอำนาจในการตัดสินใจ มีโอกาสออกไปประกอบอาชีพ และได้รับการศึกษามากกว่าเพศหญิง ทำให้มีประสบการณ์มากกว่า และสืบเนื่องมาจากคนชราเพศหญิง รับมทบาทแม่บ้าน และเลี้ยงดูบุตร ทำให้โอกาสในการศึกษาหาความรู้น้อยกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอารมณ วุฒินฤกษ์ และคณะ (2529 : 38) จะเห็นได้ว่า เพศ นอกจากจะทำให้เกิดความแตกต่างทางสรีระภาพของบุคคลแล้วยังเป็นตัวกำหนดบทบาทบุคลิกภาพในครอบครัวด้วย จากการศึกษาของสุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ (2518 : 86) ถึงปัญหาและการกำหนดนโยบาย สำหรับประชากรวัยชราในประเทศไทย เพื่อศึกษาลักษณะสถานภาพทางเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเมืองและชนบท ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายจะประเมินสุขภาพของตนว่าแข็งแรงมากกว่าเพศหญิง เนื่องจากเพศชายมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าเพศหญิงนั่นเอง ประกอบกับผู้สูงอายุเพศหญิงมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อวัยชรามากกว่าเพศชาย จึงมีความย่อท้อต่อการกระทำพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนมากกว่าเพศชาย (Linn & Hunter 1979 : 46)



### 3.3 สถานภาพสมรส

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่มีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองได้ถูกต้องมากกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโสด หม้าย หย่า แยก ดังที่ โอเร็ม (Orem 1988 : 91-120) ได้เน้นว่าการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมจะทำให้บุคคลได้รับความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ มีความรักใคร่ผูกพัน เป็นเพื่อน และมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่าง ๆ โดยเฉพาะสถานภาพสมรส เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของคน โดยเฉพาะในด้านความรู้ ความคิด ความเชื่อ รวมถึง การปฏิบัติตนตามพัฒนาการของชีวิต ซึ่งพบว่าวัยสูงอายุเป็นวัยแห่งการปลดพราวจากบุคคลอันเป็นที่รัก ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโสด หม้าย หย่า แยก เนื่องจากผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่ชีวิต หรือไม่มีคู่ชีวิตจะมีผลเป็นอย่างมากต่อภาวะจิตใจ อารมณ์ เพราะขาดผู้ใกล้ชิด ขาดเพื่อนซึ่งเข้าใจกันดี มาเป็นเวลานาน การสูญเสียนี้เป็นสาเหตุให้การทำงานของระบบต่าง ๆ อ่อนแอลง (จารุวรรณ เหมะธร และ นิर्मพวรรณ ศิลปสุวรรณ 2527 : 67-68) เช่นเดียวกันกับการศึกษาของอารมน์ วุฒินฤกษ์และคณะ (2529 : 39) พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพที่มีการเจ็บป่วยและไม่เจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### 3.4 ระดับการศึกษา

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ที่ได้รับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มีการปฏิบัติถูกต้องมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพย์ภา บุรี (2529 : 68) ที่พบว่า ประชาชนในชุมชนแออัด จังหวัดสงขลาที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความรู้และการปฏิบัติตนด้านสุขภาพจิตแตกต่างกัน และตรงกับการศึกษาของสุลีส ทองวิเชียร และคณะ (2530 : 62) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาดีจะสามารถดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อย และกลุ่มที่ไม่มีการศึกษาจะดูแลตนเองได้ระดับต่ำสุด จะเห็นได้ว่า การศึกษาเป็นรากฐานที่จำเป็นอย่างยิ่ง ในการดูแลตนเอง ถ้าขาดความรู้ บุคคลไม่สามารถตัดสินใจทำสิ่งต่าง ๆ ได้ อย่างมีเหตุผล ไม่สามารถทำงานเพื่อเพิ่มพูนรายได้ และไม่สามารถแก้ปัญหาสุขภาพอนามัยได้

(ณรงค์ เทียนส่อง 2519 : 696) และบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะตระหนักถึงปัจจัยที่มีความสำคัญกับปัญหา มีความเข้าใจในเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ดี รู้จักใช้ความรู้ และทักษะในการแก้ไขปัญหา ดังเช่น ผลการวิจัยของ นิรนาท วิทโยชคิกิติคุณ (2534 : 22) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิต กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า จำนวนปีที่ศึกษาในโรงเรียน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง และตรงกับ เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529 : 98) พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ ดังเช่น จรรยา สุวรรณทัต (2526 : 81) กล่าวว่าระดับการศึกษาเป็นปัจจัยประการหนึ่งที่ทำให้ความเชื่อของบุคคลเปลี่ยนแปลงไปได้ บุคคลที่มีการศึกษาสูง จะช่วยเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถให้กับตนเอง ทำให้เกิดเจตคติต่อสิ่งต่าง ๆ ได้กว้างขวางขึ้น บุคคลต่างระดับการศึกษา จะให้คำจำกัดความเกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน จึงเป็นไปได้ว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่า ย่อมมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคร้ายไข้เจ็บ ตระหนักถึงอาการ และอาการแสดงของความเสื่อมสมรรถภาพของการทำงานในร่างกาย ในทางตรงกันข้าม ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ จะขาดความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ที่เกี่ยวกับพัฒนาการของวัย ขาดความเข้าใจ และความเอาใจใส่ในเรื่องเกี่ยวกับอาการ อาการแสดงของโรคร้ายไข้เจ็บ สอดคล้องกับ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2525 : 183) ที่กล่าวว่าระดับการศึกษาของประชาชนที่แตกต่างกัน จะมีผลให้พฤติกรรมสุขภาพต่างกัน นอกจากนี้ โรเจอร์ (Roger 1969 : 157) ได้ให้ทัศนะเพิ่มเติมว่า ผู้ที่มีการศึกษาต่ำ มักขาดความอดทนต่อการค้นคว้าหาความรู้ หรือการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เช่นเดียวกับ กรรณิการ์ กันธรักษา (2527 : 86) ที่พบว่าการศึกษาสูงนั้นจะทำให้บุคคลมีความเข้าใจเรื่องสุขภาพอนามัยดีขึ้น สามารถป้องกันไม่ให้ตนเองเจ็บป่วยได้ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา

### 3.5 อาชีพและรายได้

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีการประกอบอาชีพ มีการปฏิบัติถูกต้องมากกว่า ผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพจะมีอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งจะทำรายได้ค่อนข้างดีแก่ผู้สูงอายุ และครอบครัวจากการปลูกหอมหัวใหญ่ และปลูกข้าว ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้

มักจะมียากินเป็นของตนเอง นอกจากนี้ตรงกับการศึกษาของเขาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529 : 100) พบว่าบุคคลที่มีรายได้น้อย มักจะรับรู้ภาวะสุขภาพของตนได้ต่ำกว่าผู้มีรายได้สูง จึงมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับเพนเดอร์ (Pender 1982 : 161-162) กล่าวว่าผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม จะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง เอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดูแลตนเอง ทำให้ได้รับอาหารที่เพียงพอ ตลอดจนเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถจัดหาสิ่งของ เครื่องใช้ต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวก และส่งเสริมการดูแลตนเอง และตรงกับรายงานวิจัยของสุลี ทองวิเชียรและคณะ (2530 : 62) ที่พบว่าผู้สูงอายุของไทยทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท ส่วนใหญ่มีรายได้หรือมีรายได้น้อย เป็นผลให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองให้ชีวิตมีความสุขสบาย สมควรแก่อัตภาพ ในขั้นปลายของชีวิตได้ ดังเช่นผลการศึกษาของ เรมวาล นันทคุวัฒน์ (2524 : 56) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และจอนณะจง เฟ็งจาด (2533 : 48) ศึกษาในหญิงอาชีพพิเศษ ผลการศึกษาสอดคล้องกันคือ รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่อายุมากขึ้นมีความสามารถในการประกอบอาชีพน้อยลง ผู้สูงอายุจึงประสบกับภาวะความกดดันทางจิตใจ และรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า ผิรสิทธิ์ คำนามศิลป์ และคณะ (2533 : 47) ทำการวิจัยความทันสมัยภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองและปัญหาบางประการของคนชราไทยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูง จะมีภาพพจน์ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย จึงเห็นได้ว่า ปัจจัยทางเศรษฐกิจจะมีอิทธิพลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ (เขาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529 : 101) นอกจากนี้ในการศึกษาของจากรุวรรณ เหมะธรและคณะ (2534 : 83-91) พบว่า ปัญหาเศรษฐกิจกับภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด ภาวะสุขภาพที่ไม่ดีอาจนำไปสู่ปัญหาเศรษฐกิจ ขณะเดียวกันความยากจนก็มีผลต่อภาวะสุขภาพทั้งกายและใจ โดยมีดัชนีวัดสภาวะทางเศรษฐกิจ คือ รายได้และการประกอบอาชีพ

### 3.6 ลักษณะครอบครัวและสมาชิกในครอบครัว

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่อยู่คนเดียว และอาศัยในครอบครัวเดี่ยว มีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเอง ไม่แตกต่างจากผู้ที่อยู่อาศัยในครอบครัวขยาย ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยวและอยู่คนเดียว ซึ่งอยู่ในบริเวณใกล้เคียงกับลูกหลานสามารถไปมาหาสู่กันได้ ในแวดวงญาติมิตร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกระแส หนองบัว (2532 : 110-115) ที่ศึกษาบทบาทและศักยภาพของผู้สูงอายุต่องานสาธารณสุขมูลฐาน พบว่าระบบความสัมพันธ์ทางสังคมโดยทั่วไปของผู้สูงอายุมีความเป็นเครือญาติกันมาก ตระกูลเดียวกันหรือใกล้ชิดกันจะอาศัยในและแวกเดียวกัน มีการพึ่งพาอาศัยและไปมาหาสู่กันเสมอ ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย มีสมาชิก อยู่กัน 7-10 คน มี พ่อ แม่ ลูก ผู้สูงอายุ หรือเครือญาติอื่น ๆ อาศัยอยู่ร่วมกัน ผู้สูงอายุบางคนหรือบางคู่ จะแยกครอบครัวออกมาต่างหาก มอบที่อยู่อาศัยให้บุตรหลาน และสร้างเรือนหลังเล็กอยู่ในบริเวณเดียวกัน เพื่อมิให้ลูกหลานเป็นภาระ และสอดคล้องกับการวิจัยของ อารมย์ วุฒินฤกษ์ (2530 : 46) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวต่างกัน มีสภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกัน และตรงข้ามกับการศึกษาของ สุลี ทองวิเชียร และคณะ (2529 : 103) พบว่าลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดกรุงเทพมหานคร มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุที่อยู่ตามสถานสงเคราะห์ มีการดูแลตนเอง โดยทั่วไปต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยกับลูกหลาน ดังที่โอเร็ม (Orem 1988 : 106) อ้างถึง ลักษณะครอบครัว สังคม ประเพณี และแบบแผนการดำเนินชีวิต สามารถประเมินคุณภาพการดูแลตนเอง ความช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัว เช่น ลูกหลาน จะช่วยบ่งชี้ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้ ครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับ เพนเตอร์ (1987 : 58) กล่าวถึงอิทธิพลระหว่างบุคคล ความสัมพันธ์ ความคาดหวังของบุคคลใกล้ชิด ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล

### 3.7 การได้รับข้อมูลข่าวสาร

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยจะมีการปฏิบัติ

ได้ถูกต้องมากกว่า ผู้ที่ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร ดังที่เพนเดอร์ (1987 : 58) กล่าวว่าสื่อมวลชนที่มีโปรแกรมด้านสุขภาพ จะเป็นตัวชี้แนะพฤติกรรมคือเสริมสุขภาพที่สำคัญ ในการศึกษาครั้งนี้ มีหอกระจายข่าวของหมู่บ้านเป็นสื่อที่สำคัญที่ให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชน รวมทั้งผู้สูงอายุ โดยออกอากาศ วันละ 2 ครั้ง ในตอนเช้าและเย็น เช่นเดียวกับการศึกษาของ นิภา มัญญบัล (2529 : 2) พบว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งได้ผลต่อการปฏิบัติที่คงทนถาวร คือการเปลี่ยนแปลงโดยการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง คือ ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมนั้น

### 3.8 โรคประจำตัว

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีโรคประจำตัว มีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเอง ไม่แตกต่างไปจากผู้ที่ไม่ได้มีโรคประจำตัว เนื่องจากโรคประจำตัวในผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ศึกษาเป็นโรคกระดูกและข้อ โรคกระเพาะ ซึ่งเป็นโรคที่เกิดจากการเสื่อมตามวัย และไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เนื่องจากงานวิจัยนี้ส่วนมากผู้สูงอายุ ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งในภาวะปกติและมีความเจ็บป่วย ฉะนั้น จึงมีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยจึงไม่แตกต่างกัน

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เมื่อนำเอาผลการวิจัยเกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองของผู้สูงอายุ จากการสำรวจและการสนทนากลุ่มมาใช้มีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ผู้สูงอายุ เป็นทรัพยากรบุคคลที่ยังคงทำประโยชน์ให้กับสังคมได้อีกมาก จากข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยเป็นข้อยืนยันว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีส่วนช่วยเหลือ และร่วมกิจกรรมต่าง ในชุมชน ซึ่งอาจจะเป็นการเสียสละกำลังกาย กำลังใจ และกำลังทรัพย์ เพื่อพัฒนาชุมชน อีกทั้งยังมีความสามารถในการเป็นกรรมการหมู่บ้าน ผู้นำทางศาสนา ดังนั้นควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้นตามความเหมาะสม

2. เนื่องจากผลการวิจัยพบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองของผู้สูงอายุ ดังนั้น ควรมีการให้ความรู้ หรือจัดทำโครงการให้สุขภาพแก่ผู้สูงอายุในชุมชนนี้ เพราะระดับความรู้ และระดับการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองอยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ โดยการให้สุขภาพ เป็นรายกลุ่มดังเช่นการสนทนากลุ่ม มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันระหว่างผู้สูงอายุที่มีความรู้และการปฏิบัติอยู่ในระดับดีกับผู้สูงอายุที่มีความรู้และการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลางหรือต่ำ โดยการให้สุขภาพเป็นรายบุคคล นอกจากนี้ควรวางวิธีกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง

3. ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย มีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองต่างไปจากผู้ที่ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร ดังนั้น ควรมีการเผยแพร่ความรู้ทางสุขภาพอนามัยเพิ่มขึ้น โดยบุคลากรจากสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข โดยเผยแพร่ผ่านหอกระจายข่าว หรือสื่อมวลชน วิทยุ โทรทัศน์ ให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ถูกต้อง และเหมาะสมกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อที่จะได้นำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน และเมื่อมีความเจ็บป่วยต่อไป

4. สนับสนุนให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุภายในหมู่บ้าน เนื่องจากการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่มพบว่า ผู้สูงอายุมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ และในหมู่บ้านนี้ มักมีการรวมกลุ่มกันที่วัดในวันพระเป็นจำนวนมาก ดังนั้นน่าจะมีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ โดยทาง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรจัดให้มีหน่วยบริการเคลื่อนที่ในการบริการส่งเสริม การตรวจร่างกายประจำปี การรักษายาบาลโดยไม่คิดมูลค่า รวมทั้งมีการให้สุขภาพในเรื่องความรู้เกี่ยวกับการรักษาสุขภาพอนามัยตนเอง เมื่อผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วย ก็จะได้รับ การดูแลรักษาส่งต่อตาม ระบบอย่างต่อเนื่อง ทั้งยังมีการติดตามผล และฟื้นฟูสภาพด้วย นอกจากนี้ ชมรมผู้สูงอายุ น่าจะมีกิจกรรมการออกกำลังกาย และการฝึกสมาธิ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ และอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข รวมทั้งกิจกรรมในการส่งเสริมศิลปะ วัฒนธรรม ซึ่งประชากรผู้สูงอายุบางคนมีความสามารถทางด้านการเล่นดนตรีพื้นเมือง ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ ทางองค์การและหน่วยงานที่

เกี่ยวข้องกับควารให้การสนับสนุนด้วย

5. การนำไปใช้ในหลักสูตรการเรียนการสอน ควรให้นักศึกษาพยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพอนามัยผู้สูงอายุโดยทั่วไป ตามพัฒนาการและเมื่อมีความเจ็บป่วย โดยสอดแทรกไปในวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุมารวมทั้งจัดให้มีประสบการณ์ การฝึกสอนให้ความรู้ คำแนะนำคำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุในเรื่องการดูแลสุขภาพอนามัยตนเอง รวมทั้งประเมินระดับความรู้และการปฏิบัติในการดูแลตนเอง เมื่อพบว่าผู้สูงอายุมีความพร้อมในการดูแลตนเอง จึงวางแผนช่วยเหลือ โดยเพิ่มและพัฒนาความรู้ให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง โดยควรคำนึงถึงปัจจัยส่งเสริมในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเอง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ด้วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาถึงความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองของผู้สูงอายุเปรียบเทียบกับระหว่างในเมืองกับชนบท รวมทั้งผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ และควรมีการสัมภาษณ์ตัวอย่างเพื่อให้ได้ตัวอย่างมากพอที่จะนำผลอ้างอิงประชากรได้

2. ควรศึกษาความสัมพันธ์ ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กับความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเอง

3. ศึกษาถึงความสัมพันธ์ด้าน อัตมโนทัศน์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง บทบาท และศักยภาพของผู้สูงอายุ กับความรู้ และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองของผู้สูงอายุ

4. ศึกษาเปรียบเทียบความรู้ และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีชมรมผู้สูงอายุ กับผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนที่ไม่มีชมรมผู้สูงอายุ

5. ควรมีการศึกษาถึงภาวะโภชนาการของวัยสูงอายุ เนื่องจากเป็นวัยที่มีความเสื่อมลงของร่างกาย ดังกล่าว โดยการสัมภาษณ์ประกอบการสังเกต ลักษณะอาหารที่ผู้สูงอายุ

รับประทานในแต่ละวัน ( dietary recall ) เปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

6. การทำวิจัยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ควรจะทำให้ครบวงจร และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง เช่น หาแนวทางในการดำเนินการที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุลงมือปฏิบัติเพื่อเป็นผลดีต่อภาวะสุขภาพ เช่น การดำเนินโครงการสาธารณสุขมูลฐานโดยผู้สูงอายุ โครงการส่งเสริมสุขภาพโดยการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ มีการออกกำลังกาย กิจกรรมทางสังคม ที่ผู้สูงอายุมีบทบาทในการอนุรักษ์วัฒนธรรมประเพณี เป็นต้น โดยเน้นถึงประโยชน์ที่ผู้สูงอายุจะได้รับอย่างแท้จริง เพราะผลการศึกษาของความสัมพันธ์หรือปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ ถ้าไม่ได้นำไปใช้จะไม่เกิดประโยชน์แต่อย่างใด

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright© by Chiang Mai University  
All rights reserved