

สภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน  
ในเขตจังหวัดชลบุรี

นางเวรกา กลิ่นวิจิต และคณะ

- 5 พ.ย. 2550

227009

๕๔-d04.๕๒๖

เริ่มบริการ

๒7 ส.ค. 2551

ผลงานวิจัยฉบับนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา  
ประเภทอุดหนุนทั่วไป งบประมาณเงินรายได้ ประจำปี 2548

ISBN 978-974-384-353-2

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยเรื่อง “สภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านในเขตจังหวัดชลบุรี” สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความอนุเคราะห์จากผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในเขตอำเภอบ่อทอง พันธ์นิคมและอำเภอดุสิต และขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. ไพรัตน์ วงษ์นาม อาจารย์ประจำภาควิชาวิจัย วัตถุประสงค์การศึกษามหาวิทยาลัยบูรพา และนายแพทย์พิสิษฐ์ พิริยาพรหม ผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่ให้ความกรุณาในการให้คำปรึกษา แนะนำ แนวทางและเป็นที่ปรึกษาในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้ความกรุณาในการให้คำแนะนำ วิธีการ ดำเนินการศึกษาวิจัยเพื่อให้ตระหนักถึงสิทธิและเคารพความเป็นบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ขอขอบคุณ คุณสรร กลิ่นวิชิต ที่ได้ให้คำปรึกษา แนะนำแนวทาง และช่วยเหลือในการวิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งเป็นกำลังใจในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ขอกราบระลึกถึงพระคุณของคุณพ่อ คุณแม่ ที่ให้ความสำคัญกับการศึกษาและการเรียนรู้ ให้การสนับสนุนและให้กำลังใจแก่ลูก ๆ เสมอมา คณะผู้วิจัยจะได้แสวงหาความรู้เพื่อเป็นตัวอย่างแก่บุตร ธิดา และคนรุ่นหลังต่อไป ความสำเร็จอันเกิดจากการศึกษาวิจัยนี้ ขอมอบเป็นสิ่งทดแทนคุณ และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

คณะผู้วิจัย

ธันวาคม 2549

ชื่อเรื่อง :	สภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ในเขตจังหวัดชลบุรี
หัวหน้าโครงการวิจัย :	นางเวรกา กลิ่นวิจิต
ผู้ร่วมวิจัย :	นางกาญจนา พิบูลย์ นางสาวคณินิจ อุติมาศ นางสาวเบญจมาศ อุติมาศ
สาขา :	วิทยาศาสตร์การแพทย์
ทุนอุดหนุนการวิจัย :	งบประมาณเงินรายได้ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ. 2548
ปีที่ทำการศึกษาวิจัย :	2548

### บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน และเปรียบเทียบปัญหาและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านตามสภาพชุมชนในเขตจังหวัดชลบุรี ประชากร คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีโรคเรื้อรัง ที่อยู่อาศัยในพื้นที่เขตจังหวัดชลบุรี โดยมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง จำนวน 29,756 คน กลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) ได้อำเภอที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่าง คือ อำเภอบ่อทอง อำเภอพนัสนิคม และอำเภออ่าวอุดม ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้ตารางกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie and Morgan , 1960) ได้จำนวน 379 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุง มาจากแนวทางการสัมภาษณ์ ในการศึกษาวิจัย เกี่ยวกับผู้สูงอายุทั้งด้านสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย (1) ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ (2) สภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ ค่าที่

#### ผลการวิจัย พบว่า

1. ข้อมูลทั่วไปโดยรวมของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง(68.61%) รองลงมาเป็นเพศชาย (31.39%) สถานภาพสมรส คู่(43.78%) อายุเฉลี่ย 70.14 ปี ในเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 68.84 เพศชาย มีอายุเฉลี่ย 72.98 ปี ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่ เป็นครอบครัวเดี่ยว (66.49%)

จบการศึกษาระดับประถมศึกษา(75.99%) สมาชิกในครอบครัวมี 1-5 คน (75.73%) ยังทำงานอยู่ (55.15%) ซึ่งส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร(55.15%) มีรายได้เฉลี่ย 2,360.417 บาท/เดือน แหล่งรายได้ส่วนใหญ่มาจากการประกอบอาชีพเกษตรกรรม(47.75%) เมื่อเทียบกับค่าใช้จ่าย ส่วนใหญ่ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายที่จำเป็น(32.19%)ลักษณะสภาพแวดล้อมและที่พักอาศัย ส่วนใหญ่เป็นบ้านในเขตชนบท(77.57%) และเป็นบ้านของตนเอง(91.82%)

2. สภาพะสุขภาพและความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง โดยรวมพบว่า มีความต้องการการดูแลด้านการรับรู้และการจัดการสุขภาพสูงสุด รองลงมา คือ ด้านบทบาทและความสัมพันธ์ในสังคมและด้านการพักผ่อนนอนหลับ อันดับสามคือ ด้านการออกกำลังกายและการทำกิจกรรม ส่วนสภาพสุขภาพที่พบว่ามีปัญหาและต้องการการดูแลน้อยที่สุดคือ ด้านเพศสัมพันธ์และการสืบพันธุ์

3. ด้านการรับรู้และการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพ พบว่าในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาส่วนใหญ่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่ามีภาวะเจ็บป่วยด้วยอาการหรือ โรคต่างๆ (64.91 %)ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรกระบบไหลเวียนโลหิต (29.94%) ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง(79.61%) รองลงมาเป็นโรคเกี่ยวกับระบบต่อมไร้ท่อ(19.52%) ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน(93.24%) ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมามีส่วนใหญ่ไม่เคยเจ็บป่วยจนถึงขั้นเข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาล(67.81%) สำหรับผู้ที่เคยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ (39.71%) และเข้าโรงพยาบาลเฉลี่ย 2.18 ครั้ง / ปี ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่(78.36%) และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (70.71%) อุบัติเหตุที่เคยได้รับส่วนใหญ่เป็นอุบัติเหตุจากการจราจร(32.45%) ได้รับ คำแนะนำทางด้านสุขภาพส่วนใหญ่จากแพทย์(41.01%) และใช้สิทธิการรักษาพยาบาล จากสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(86.81%) และเมื่อเจ็บป่วยมักจะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล (71.82%) และผู้ที่คิดว่าจะสามารถดูแลตนเองได้ดีที่สุดใกล้ชิดที่สุดคือ บุตร-ธิดา(57.94%)

4. ด้านบทบาทและความสัมพันธ์ในสังคม โดยส่วนใหญ่ ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่ามีคนในครอบครัวบอกเขาว่า ที่ครอบครัวอยู่ได้ทุกวันนี้เพราะตัวของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก ( $X = 3.86$ ,  $SD = 1.10$ ) เป็นลำดับที่ 1 รองลงมาคือ ปัญหาส่วนใหญ่ของครอบครัวจะเป็นผู้จัดการและเป็นผู้ตัดสินใจในการแก้ปัญหาอยู่ในระดับมาก ( $X = 3.81$ ,  $SD = 1.14$ ) และรู้สึกว่ามีคนใกล้ชิดที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย อยู่ในระดับมาก ( $X = 3.81$ ,  $SD = 1.17$ )

Title : Health Status and Need of Health Care of Elderly and Chronic patients  
in Chonburi Province  
Researcher : Mrs.Wethaka Klinwichit  
Mrs. Kanchana Piboon  
Miss Kanungnij U-simat  
Miss Benchamat U-simat  
Concentration : Health Science  
Grant : Health Science Center  
Year : 2005

## Abstract

The purpose of this descriptive research were designed to describe the health status and needs of health care of elderly and chronic patients in Chonburi province. The 379 participants were the sample from stratified random sampling. Statistics employed were percentage average mean and t-test. It was found that the comparison of health care needs showed that the perception and health management was the most level. The second was the role and social relationship and the third was the exercise and activities. On the other hand health care need in reproductive and sexual were the lowest. Health status in perception and health management were found that the most was healthy nevertheless in chronic patients the first illness was diagnosis from vascular system namely ; hypertention , dyslipidemia and heart disease. The second illness was diagnosis from endocrine gland such as diabetic mellitus and thyroid .The sample who had been admission in hospital were got sick by respiratory problems and range of admission were 2.18 time/year. They usually consulted health problems with doctors and had health insurance from government policy. The most decided going to hospital when had illness, in their opinion the best care giver were daughter and son. Health status in the role and social relationship revealed that they felt proud that be the leader of their family , decision making on their hands and felt safety when near closely friends or family .

## สารบัญ

หน้า

กิตติกรรมประกาศ.....	ก
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
สารบัญ.....	จ
สารบัญตาราง.....	ช

### บทที่

1	บทนำ.....	1
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
	วัตถุประสงค์ของการทำวิจัย.....	2
	ขอบเขตของการวิจัย.....	2
	นิยามศัพท์เฉพาะ.....	3
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	5
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6
	แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ.....	6
	สถานการณ์และการพัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุไทย.....	8
	นโยบายและมาตรการทางกฎหมายคุ้มครองผู้สูงอายุไทย.....	11
	สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย.....	18
	ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ.....	20
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	23
3	วิธีดำเนินการวิจัย .....	27
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	27
	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	29
	การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	29

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่		หน้า
	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	30
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	30
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	31
	ตอนที่ 1      ข้อมูลทั่วไปและสถานภาพของผู้สูงอายุ.....	31
	ตอนที่ 2      ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและความต้องการ	
	การดูแลของผู้สูงอายุ.....	34
	2.1 ด้านการรับรู้และการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพ.....	34
	2.2 ด้านโภชนาการและการเผาผลาญพลังงาน.....	38
	2.3 ด้านการขับถ่าย.....	42
	2.4 ด้านการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมต่าง ๆ .....	44
	2.5 ด้านการพักผ่อนนอนหลับ.....	46
	2.6 ด้านสติปัญญาและการรับรู้.....	48
	2.7 ด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและอัตมโนทัศน์.....	49
	2.8 ด้านบทบาทและความสัมพันธ์ในสังคม.....	51
	2.9 ด้านเพศและการสืบพันธุ์.....	53
	2.10 ด้านการจัดการความเครียด.....	54
	2.11 ด้านความเชื่อและค่านิยม.....	56
	ตอนที่ 3      การเปรียบเทียบระดับความต้องการการดูแลผู้สูงอายุ	
	และผู้ป่วยเรื้อรังตามสภาวะสุขภาพในแต่ละด้าน.....	58
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	59
	สรุปผลการวิจัย.....	59
	การอภิปรายผล.....	65
	ข้อเสนอแนะในการนำการวิจัยไปใช้.....	69
	ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	70

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
บรรณานุกรม.....	72
ภาคผนวก.....	74
ภาคผนวก ก การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย.....	75
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	81
ประวัติย่อคณะผู้วิจัย.....	91
หนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูล.....	98

## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวนประชากรผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ และอำเภอต่าง ๆ ในเขตจังหวัดชลบุรี.....	28
2 จำนวน ร้อยละของข้อมูลทั่วไปและสถานภาพของผู้สูงอายุ.....	31
3 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและ ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุด้านการรับรู้และการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพ.....	34
4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลเกี่ยวกับ สภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุด้านโภชนาการและ การเผาผลาญพลังงาน.....	38
5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพ และความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการขับถ่าย.....	42
6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพ และความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการออกกำลังกายและ การทำกิจกรรมต่าง ๆ .....	44



## สารบัญตาราง(ต่อ)

ตารางที่	หน้า
7	จำนวน ร้อยละและค่าเฉลี่ยของข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการพักผ่อนนอนหลับ.....46
8	จำนวน ร้อยละและค่าเฉลี่ยของข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุด้านสติปัญญาและการรับรู้.....48
9	จำนวนและร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและอัตม โนทัศน์.....49
10	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุด้านบทบาทและความสัมพันธ์ในสังคม.....51
11	จำนวนและร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุด้านเพศและการสืบพันธุ์.....53
12	จำนวนและร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการจัดการความเครียด.....54
13	จำนวนและร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุด้านความเชื่อและค่านิยม.....57
14	การเปรียบเทียบระดับความต้องการการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านตามสภาวะสุขภาพในแต่ละด้าน.....58

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประชากรไทยทั้งชายและหญิงมีแนวโน้มที่จะมีอายุยืนยาวขึ้น เนื่องจากความก้าวหน้าทางการแพทย์ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ทำให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยจากภาวะวิกฤติ ทำให้มีการเพิ่มของจำนวนผู้สูงอายุ จากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุไทยในปีพ.ศ. 2533 พบว่า มีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 7.2 ของประชากรทั้งหมด และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.2 ของประชากรทั้งหมด ในปีพ.ศ. 2543 ซึ่งคาดว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 11.4 ของประชากรทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2553 (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ , มปป , หน้า 10) โดยพบว่าปัญหาสาธารณสุขจากสาเหตุของโรคเรื้อรัง เป็นปัญหาที่มีความสำคัญมากของประเทศไทย เนื่องจากวิถีการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของคนไทยเปลี่ยนแปลงไป ดังจะเห็นได้จากการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัย ในปี พ.ศ. 2534-2535 พบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 8.22 และพบว่าการสำรวจครอบครัว 5,882 ครอบครัว จาก 17 จังหวัดทั่วประเทศ มีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคเรื้อรังถึงร้อยละ 11.8 (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ , 2538 , หน้า 140 ) จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันวิทยาการ ความก้าวหน้าต่าง ๆ ยังไม่สามารถรักษาโรคเรื้อรังให้หายขาดได้ จึงมีผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแล รักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วย ครอบครัว และรัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงในการดูแลรักษา อีกทั้งโรงพยาบาลและสถานพยาบาลต่าง ๆ มีข้อจำกัดเรื่องการรับผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งไม่สามารถรับ ผู้ป่วยเหล่านั้นนอนในโรงพยาบาลในระยะเวลานาน ๆ ได้ ดังนั้นการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care ) จึงเป็นแนวทางหนึ่ง ในการช่วยแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเรื้อรังและ ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ถูกต้องตามแผนการรักษา ได้รับการรักษาความเจ็บป่วย ช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายที่บ้าน และเป็นการลดค่าใช้จ่ายของครอบครัวผู้ป่วยในการมารับการรักษาที่โรงพยาบาล นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีโอกาสได้ใกล้ชิดครอบครัว ซึ่งผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่จะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง บางคนช่วยเหลือตนเองได้แต่บางคนก็

ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย จำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยบุคคลอื่น ในการช่วยเหลือและตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ตลอดเวลา ซึ่งผู้ที่จะช่วยดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Care giver) มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากในการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุ เป็นภารกิจที่ยาวนาน บางครั้งเป็นงานที่หนักและซับซ้อน ต้องอาศัย ความรู้ ความสามารถ ทักษะ และการปฏิบัติที่ต่อเนื่อง ต้องมีความรับผิดชอบต่อหน้าที่และบทบาทในการให้การดูแล จากความสำคัญและจำเป็นดังกล่าว ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ ซึ่งมีหน้าที่ในการให้บริการรักษาพยาบาล ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชน ซึ่งสังกัด มหาวิทยาลัยบูรพา จึงมีความประสงค์ที่จะทำการศึกษาวิจัยเพื่อศึกษาถึงสภาพปัญหา และความต้องการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ในเขตจังหวัดชลบุรี เพื่อให้ทราบถึงสภาพปัญหาที่แท้จริงและความต้องการของชุมชน แล้วนำมาสร้าง กิจกรรมที่เป็นประโยชน์และเป็นการนำความรู้สู่ชุมชนตามภารกิจของหน่วยงานและมหาวิทยาลัยต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหา สภาพาสภาพและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความต้องการการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านตามสภาพาสภาพในแต่ละด้าน

### ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่เป็นโรคเรื้อรัง ที่อยู่อาศัยในพื้นที่เขตจังหวัดชลบุรี ได้แก่ อำเภอเมือง ศรีราชา บางละมุง สัตหีบ บ้านบึง พานทอง พนัสนิคม บ่อทอง หนองใหญ่ เกาะสีชัง กิ่งอำเภอเกาะจันทร์ จำนวน 29,756 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่เป็นโรคเรื้อรัง ที่อยู่อาศัยในพื้นที่เขตจังหวัดชลบุรี มาทำการสุ่มแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) ได้อำเภอที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่าง คือ อำเภอบ่อทอง อำเภอพนัสนิคม และอำเภออำวอุดม ขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้ตารางกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie and Morgan , 1960) ได้จำนวน 379 คน

### ตัวแปรที่จะศึกษาวิจัย

1. สถานภาพทั่วไปของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่
  - 1.1 เพศ
  - 1.2 สถานภาพสมรส

- 1.3 อายุ
- 1.4 ลักษณะครอบครัว และสถานภาพของผู้สูงอายุ
- 1.5 ระดับการศึกษา
- 1.6 อาชีพ
- 1.7 รายได้
- 1.8 สภาพแวดล้อมและที่พักอาศัย
2. สภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
  - 2.1 ด้านการรับรู้และการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพ
  - 2.2 ด้านโภชนาการและการเผาผลาญพลังงาน
  - 2.3 ด้านการขับถ่าย
  - 2.4 ด้านการออกกำลังกายและการทำกิจกรรม
  - 2.5 ด้านการพักผ่อนนอนหลับ
  - 2.6 ด้านสติปัญญาและการรับรู้
  - 2.7 ด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและอัตมโนทัศน์
  - 2.8 ด้านบทบาทและความสัมพันธ์ในสังคม
  - 2.9 ด้านเพศสัมพันธ์และการสืบพันธุ์
  - 2.10 ด้านการจัดการความเครียด
  - 2.11 ด้านความเชื่อและค่านิยม

### นิยามศัพท์เฉพาะ

สภาวะสุขภาพ หมายถึง สถานะสุขภาพ วิธีชีวิตความเป็นอยู่ การแสวงหาบริการเมื่อเจ็บป่วย พฤติกรรมสุขภาพในด้านต่าง ๆ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ ของผู้สูงอายุ

ความต้องการการดูแล หมายถึง การประเมินตนเองเกี่ยวกับความต้องการการดูแลในด้านการรับรู้ การจัดการสุขภาพ ด้านโภชนาการ ด้านการขับถ่าย ด้านการออกกำลังกาย ด้านการพักผ่อน ด้านสติปัญญาและการรับรู้ ด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ด้านความสัมพันธ์ในสังคม ด้านเพศสัมพันธ์ ด้านการจัดการความเครียด ด้านความเชื่อและค่านิยม โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ มีความต้องการมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อยู่อาศัยในพื้นที่เขตจังหวัด ชลบุรี ได้แก่ อำเภอเมือง ศรีราชา บางละมุง สัตหีบ บ้านบึง พานทอง พนสนิกม บ่อทอง หนองใหญ่ เกาะสีชัง กิ่งอำเภอเกาะจันทร์

โรคเรื้อรัง หมายถึง โรคหรืออาการที่เกิดกับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ หรือเป็นแล้ว ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เช่น อาการปวดเมื่อยหลัง/บั้นเอว โรคความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะอาหาร โรคไขข้ออักเสบ หรือไขข้อเสื่อม โรคหัวใจ โรคไต กระจกตา โรคเบาหวาน โรคข้อเนื้อตา อาการหอบหืด โรคระบบทางเดินปัสสาวะ และไตพบ โรคของหู อัมพาต/อัมพฤกษ์ วัณโรค ภาวะกระดูกหัก โรคตับ โรคมะเร็ง เป็นต้น

ลักษณะครอบครัว และสถานภาพของผู้สูงอายุ หมายถึง สภาพการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุใน ครอบครัว เช่น อาศัยอยู่คนเดียว เป็นครอบครัวเดี่ยว ครอบครัวขยาย หรืออาศัยอยู่กับผู้อื่นที่ไม่ใช่ญาติ โดยมีสถานภาพ เป็นหัวหน้าครอบครัว เป็นสามี ภรรยา หรือเป็นผู้อาศัย เป็นต้น

สภาพแวดล้อมและที่พักอาศัย หมายถึง ลักษณะของที่พักอาศัยและสภาพแวดล้อมเป็นบ้านในเขตเมือง ในชนบท ในเขตกึ่งเมืองกึ่งชนบท หรืออยู่ในเขตอุตสาหกรรม และบ้านที่อยู่เป็นบ้านของตนเอง เช่าผู้อื่น หรือเป็นบ้านของญาติพี่น้อง เป็นต้น

การรับรู้และการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง และการประเมินความสามารถในการจัดการหรือการปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วย

โภชนาการและการเผาผลาญพลังงาน หมายถึง ลักษณะและพฤติกรรมเลือกรับประทานอาหาร ประเภทของอาหาร เครื่องดื่ม และการประเมินสภาพของสุขภาพปากและฟัน

การขับถ่าย หมายถึง ลักษณะนิสัยในการขับถ่าย การความต้องการการดูแลด้านการขับถ่าย ทั้งการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ

การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม หมายถึง ลักษณะและพฤติกรรมการออกกำลังกาย และการทำกิจกรรม เช่น ความถี่ในการออกกำลังกาย ลักษณะการออกกำลังกาย สภาพหลังการออกกำลังกาย เป็นต้น

การพักผ่อนนอนหลับ หมายถึง ลักษณะ พฤติกรรมการพักผ่อน นอนหลับ ของผู้สูงอายุ สติปัญญาและการรับรู้ หมายถึง การประเมินตนเองด้านการรับรู้ และสติปัญญา เช่น การฟังและการได้ยินเสียง สายตา สติปัญญา การตัดสินใจ การปรับตัว การจดจำเรื่องต่างๆ เป็นต้น

การรับรู้เกี่ยวกับตนเองและอัตมโนทัศน์ หมายถึง การประเมินการรับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ ความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง ความสามารถในการจัดการสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง

บทบาทและความสัมพันธ์ในสังคม หมายถึง การประเมินความสัมพันธ์ของผู้อื่นในสังคม รอบข้างที่เป็นอยู่ เช่น ความสัมพันธ์กับเพื่อน ญาติ พี่น้อง คนในครอบครัว และคนอื่น ๆ

เพศสัมพันธ์และการสืบพันธุ์ หมายถึง ความต้องการทางเพศ ความพึงพอใจในการมี เพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิด ประวัติการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ความผิดปกติของการมีประจำเดือน ในเพศหญิง เป็นต้น

การจัดการความเครียด หมายถึง ความสามารถในการจัดการความเครียด เมื่อเกิดภาวะ วิกฤติ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในชีวิต และมุมมองเกี่ยวกับการประสบความสำเร็จในชีวิต เป็นต้น

ความเชื่อและค่านิยม หมายถึง การประเมินความเชื่อทางศาสนา ด้านค่านิยม ด้าน ประเพณี วัฒนธรรม หรือธรรมเนียม กฎเกณฑ์ต่าง ๆ ในสังคม เป็นต้น

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. การนำผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมหรือโครงการที่เป็นประโยชน์และ ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน
2. เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการบริหารจัดการ และประกอบการตัดสินใจในการลงทุนหรือการ ขยายกิจการ หรือขอข่ายงานให้มีความครอบคลุมและเข้าถึงความต้องการของผู้ใช้บริการ ด้านการรักษาพยาบาล
3. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในประเด็นอื่นที่เกี่ยวข้องต่อไป

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยหัวข้อสำคัญดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ
2. สถานการณ์และการพัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุไทย
3. นโยบาย และมาตรการทางกฎหมายคุ้มครองผู้สูงอายุไทย
4. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย
5. ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

ความหมายของ ภาวะสุขภาพ นั้น ได้มีผู้กล่าวไว้เป็นจำนวนมาก ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้นิยามคำว่า สุขภาพ ว่าเป็นภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ รวมถึงการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี และคำว่าภาวะสุขภาพนี้ มิได้มีความหมายเฉพาะเพียงแต่ความปราศจากโรค หรือทุพพลภาพเท่านั้น (WHO 1947 Cited in Kozier & Erb, 1988 , p.73)

โอเร็ม (Orem , 1991 , p.181) กล่าวว่า ภาวะสุขภาพ หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีการทำงานสอดคล้องเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน หรือหมายถึงภาวะที่เป็นปกติสุข สมบูรณ์ของร่างกาย (being whole and sound) ซึ่งไม่เพียงจะหมายถึงภาวะที่ปราศจากโรคและความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่ยังรวมถึงความเป็นปกติสุขทางด้านจิตใจและวิญญาณอีกด้วย นอกจากนี้ โอเร็ม ยังกล่าวว่า “ภาวะ” (Status) หมายถึง แนวทางที่บุคคลนั้นแสดงให้เห็นว่ายังมีชีวิตอยู่และเมื่อนำมาประยุกต์ใช้ ในความหมายว่า สบายดี (Well) จึงหมายถึง สภาพที่บุคคลได้รับการพิจารณาว่า เป็นผู้ที่มีภาวะการทำงานของร่างกายสอดคล้องเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน โดยปราศจากการวิเคราะห์ถึงองค์ประกอบใด ๆ แต่เมื่อนำคำว่า “ภาวะ” มานิยามถึงสภาพขององค์ประกอบแล้ว คำว่าภาวะสุขภาพของบุคคล จะแสดงออกมาในการกำหนดถึงลักษณะของกลุ่มอาการของบุคคลที่บ่งบอกถึงการมีชีวิตอยู่ในช่วงเวลา

ที่เฉพาะเจาะจงนั้น เช่น สัญญาณชีพ อุณหภูมิ การหายใจ เป็นต้น คำว่า Sound หมายถึง การมีร่างกายที่แข็งแรงและปราศจากอาการของโรคและความพิการใด ๆ และคำว่า Whole หมายถึง การปราศจากอันตราย ดังนั้นเมื่อนำคำทั้งสองมาใช้ร่วมกันในการพิจารณาสุขภาพ จึงหมายถึง ความสมบูรณ์ ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของ โครงสร้างและการทำงานของร่างกายมนุษย์ ซึ่งปราศจากความพิการและมีพัฒนาการดำเนินชีวิตไปถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล

แพนเดอร์ (Pander , 1987 ,p.26) กล่าวถึงลักษณะพื้นฐานซึ่งเป็นแนวคิดในทางบวกเกี่ยวกับสุขภาพ ดังนี้

1. เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความสนใจของบุคคลทั้งคน เป็นการมองบุคคลโดยรวมมากกว่าการมองเป็นส่วน ๆ
2. เป็นการมองสุขภาพในลักษณะสิ่งแวดล้อม ซึ่งมองทั้งสิ่งแวดล้อมภายในและสิ่งแวดล้อมภายนอก
3. เป็นการเปรียบเทียบสุขภาพเท่าเทียมกับการดำเนินชีวิตที่เป็นประโยชน์ และสร้างสรรค์

แลมเบอร์ตัน (Lamberton , 1978) ได้ให้ความหมายของภาวะสุขภาพว่าเป็นภาวะที่บุคคลมีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งภาวะนี้จะดำรงอยู่บนแกนร่วมและการมีปฏิสัมพันธ์กับความเจ็บป่วย

บรุนเนอร์ และ ซัดดาร์ท (Brunner and Suddart , 1988) ได้ให้ความหมายของภาวะสุขภาพ ว่าเป็นภาวะที่บุคคลมีความสมบูรณ์ของ โครงสร้างและการทำงานของร่างกาย จิตใจ สังคม ปราศจากอาการของโรคและความพิการใด ๆ ซึ่งภาวะนี้จะดำรงอยู่บนแกนร่วมและการมีปฏิสัมพันธ์กับความเจ็บป่วย

### การประเมินภาวะสุขภาพ

จากแนวความคิดข้างต้น แสดงให้เห็นว่า สุขภาพประกอบด้วยองค์ประกอบหลายมิติ ได้มีผู้ศึกษาและพยายามในการพัฒนารูปแบบหรือลักษณะ เพื่ออธิบาย ภาวะสุขภาพ ไว้มากมาย ดังนี้

สมิธ (Smith , 1981.cited in Woods, 1989, pp.5-9) ได้สรุปรูปแบบหรือลักษณะของสุขภาพ โดยแยกเป็น 4 กลุ่มคือ

1. อาการทางคลินิก (The Clinical models)



มีแนวคิดว่าคุณคลจะมองระบบสรีระวิทยาสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของร่างกาย และสุขภาพในรูปแบบนี้ซึ่ง หมายถึง การปราศจากโรค ไม่ปรากฏอาการหรืออาการแสดงของโรคหรือการบาดเจ็บหรือความรู้สึกที่เลวร้าย และมองภาวะของโรคเป็นสิ่งตรงข้ามกับสุขภาพ

## 2. การปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาท (The role performance model)

รูปแบบของภาวะสุขภาพในลักษณะนี้ จะรวมกฎเกณฑ์ทางสังคมและจิตวิทยาเข้าไว้ในแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพด้วย โดยให้คำนิยาม ภาวะสุขภาพ ไว้ว่า เป็นการที่บุคคลนั้นสามารถปฏิบัติตามบทบาททางสังคมของตนเอง หรือเป็นความสามารถที่จะเข้าไปปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับที่คาดหวังได้ เช่น การทำงาน เป็นต้น จากคำนิยามนี้ แสดงให้เห็นว่า บุคคลมีความสามารถปฏิบัติตามบทบาททางสังคมของตน ได้แสดงว่าเป็นผู้มีสุขภาพดี ถึงแม้ว่าพวกเขาจะมีอาการเจ็บป่วยอยู่ก็ตาม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของพาร์สัน (Parson , 1972, p.107) ที่ได้ให้คำนิยาม ของสุขภาพ ว่า เป็นภาวะที่บุคคลนั้นมีศักยภาพสูงสุดที่จะปฏิบัติตามบทบาทของตนอย่างมีประสิทธิภาพ แนวคิดภาวะสุขภาพในรูปแบบนี้จึงถือว่า ความเจ็บป่วย เป็นภาวะที่บุคคลนั้นไม่สามารถปฏิบัติงานของตนเองได้ และสุขภาพที่สมบูรณ์แบบก็คือ ความสามารถในการปฏิบัติงานตามบทบาทของตนเอง ได้มากที่สุด

## สถานการณ์และการพัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุไทย

การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุและการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจที่เป็นไปอย่างรวดเร็ว ทำให้สังคมไทยได้กำหนดผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป คือผู้สูงอายุ จากข้อมูลจำนวนประชากรสูงอายุของประเทศไทยงานทะเบียนราษฎร ซึ่งให้เห็นว่า ประเทศไทยมีจำนวนประชากรสูงอายุเมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2547 ประมาณ 6.2 ล้านคน จากประชากรทั้ง 62 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด การเพิ่มของจำนวนผู้สูงอายุของไทย เป็นผลมาจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข และจากนโยบายการวางแผนครอบครัวที่ส่งผลให้อัตราการเจริญพันธุ์ของประชากรลดลง จึงทำให้ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและมีอายุยืนยาวขึ้น กลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นนี้ นำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ถดถอย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม จากปัญหาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องเตรียมความพร้อมในระบบบริการทางสังคม และสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะวัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี(สำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2547)

อายุคาดเฉลี่ยของคนไทย จากข้อมูลของมหาวิทยาลัยมหิดล , 2548 . สารประชากร สถาบันวิจัยประชากรและสังคม พบว่า อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด ในเพศชาย คือ 66.1 ปี เพศหญิง 74.1 ปี อายุคาดเฉลี่ยเมื่ออายุ 60 ปี ในเพศชาย คือ 18.0 ปี เพศหญิง 20.9ปี และอายุคาดเฉลี่ยเมื่ออายุ 80 ปี ในเพศชาย คือ 10.0 ปี เพศหญิง คือ 10.2 ปี

ประชากรสูงอายุไทยในปัจจุบันยังคงมีปัญหาสุขภาพเป็นหลัก โดยเฉพาะปัญหาโรคเรื้อรัง ปัญหาทุพพลภาพ และปัญหาโภชนาการ มีปัญหาด้านการเงินและความยากจนเป็นอันดับสอง แต่มีปัญหาด้านการขาดการดูแลเมื่ออยู่ในสถานะพึ่งพาในระดับต่ำ เนื่องจากผู้สูงอายุในปัจจุบันส่วนใหญ่สมรส และมีบุตรหลานในจำนวนที่เพียงพอที่จะให้การเกื้อกูลในด้านต่าง ๆ สำหรับปัญหาด้านการเข้าถึงการบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคม ตลอดจนข้อมูลข่าวสารยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องกล่าวถึง โดยเฉพาะในประการหลังเป็นปัญหาที่ชัดเจนในผู้สูงอายุหญิงเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุชาย อันเป็นผลจากการด้อยกว่าของระดับการศึกษาและการอ่านออกเขียนได้ อย่างไรก็ตาม แนวโน้มที่เพิ่มขึ้นของปัญหาขาดแคลนการดูแลผู้สูงอายุเมื่อต้องพึ่งพา ควรได้รับการจับตามองและให้ความสำคัญอย่างต่อเนื่อง

การศึกษาและการเรียนรู้ของผู้สูงอายุไทย เป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน เนื่องจากการเรียนรู้เป็นกระบวนการที่มองไม่เห็นได้โดยตรง แต่สังเกตได้จากพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีต่อสถานะการเรียนรู้ ได้แก่ ทักษะคิด แรงจูงใจ ความเหนื่อยล้า ความเชื่อถือ ฯลฯ ดังนั้นหน่วยงานต่าง ๆ ต้องเข้าไปมีส่วนร่วมในการส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง จากแหล่งความรู้และสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุทั้งที่มีอยู่เอง และที่มนุษย์ตั้งใจสร้างขึ้นเพื่อกระตุ้นการเรียนรู้ หรือเป็นบริการและให้โอกาสทางการศึกษา เพื่อเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุมีความรู้พื้นฐานในการดำรงชีวิต มีความรู้ ทักษะในการประกอบอาชีพ ทราบข่าวสารข้อมูลที่ทันต่อเหตุการณ์ มีเครื่องมือ และรู้จักแสวงหาข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจ เพื่อที่จะดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขตามควรแก่อัตภาพ จากการสำรวจประชากรสูงอายุของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 61.5 มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 10.2 ที่จบการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาปีที่ 4 และเกือบร้อยละ 20.0 ไม่มีการศึกษาหรือไม่เคยได้รับการศึกษาในระบบโรงเรียนเลย เมื่อพิจารณาการศึกษาของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ไม่ว่าจะอยู่ในเขตเทศบาลหรือนอกเขตเทศบาล ก็จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 แต่ก็ไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำรงชีวิต เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเรียนรู้ตามแนววิถีชีวิต สามารถปรับตัวให้กลมกลืนกับสภาพสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ถ้าหากว่าการเรียนรู้นั้นเป็นไปด้วยความสมัครใจ

ตรงกับความต้องการและความสนใจของผู้สูงอายุ เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้รับการศึกษา เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการดำเนินชีวิต เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจ สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข เมื่อผู้สูงอายุได้รับการศึกษาแล้วจะเกิดความเปลี่ยนแปลงและพัฒนา 3 ด้าน คือ ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังจะเห็นได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ ซึ่งมีหลายรูปแบบ เช่น การศึกษานอกโรงเรียน และการศึกษาตามอัธยาศัย เป็นต้น

การทำงานกับรายได้ เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่มีความสำคัญกับผู้สูงอายุในลำดับต้น ๆ การที่มีรายได้ที่เพียงพอ เป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ ปัจจุบันผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากยังมีความจำเป็นต้องทำงานเพื่อหารายได้มาเลี้ยงดูตนเอง และสมาชิกในครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ขณะที่ผู้สูงอายุจำนวนมากไม่น้อยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี แต่ยังมีศักยภาพ ความพร้อมและต้องการทำงานต่อภายหลังเกษียณอายุ การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุทำงาน จึงควรพิจารณาสภาพการทำงานให้สอดคล้องเหมาะสมกับสภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ ขณะเดียวกันการออมถือเป็นปัจจัยหลักที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมั่นคง มีความสุข ไม่ต้องประสบกับภาวะเสี่ยงต่าง ๆ อย่างไรก็ตามสังคมไทยยังมีผู้สูงอายุที่ยากจนอยู่เป็นจำนวนมากที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ ดังนั้น ในการพิจารณาสถานการณ์ทำงานและการมีรายได้ของผู้สูงอายุไทย ควรพิจารณาทั้งในเชิงปัจเจกบุคคล และในภาพรวม

เมื่อพิจารณากลุ่มผู้สูงอายุที่ทำงาน ส่วนใหญ่จะทำงานอยู่ในภาคเกษตรกรรม จากเดิมร้อยละ 65.5 ในปี 2544 เป็นร้อยละ 63.9 ในปี 2547 ขณะที่การทำงานนอกภาคเกษตรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 34.4 ในปี 2544 เป็นร้อยละ 36.1 ในปี 2547 เมื่อพิจารณาสถานภาพการทำงานของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ประกอบธุรกิจส่วนตัวโดยไม่มีลูกจ้างและช่วยธุรกิจของครัวเรือนโดยไม่มีค่าจ้าง มีถึงร้อยละ 80.4 รองลงมาเป็นลูกจ้างในภาครัฐ รัฐวิสาหกิจและเอกชน ประมาณ ร้อยละ 14.9 ขณะที่การรวมกลุ่มประกอบอาชีพของผู้สูงอายุยังมีสัดส่วนน้อยมากแต่ก็มีทิศทางที่ดีขึ้น โดยเพิ่มจากร้อยละ 0.03 ในปี 2544 เป็นร้อยละ 0.1 ในปี 2547 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 98.2 เป็นผู้มียาได้ ซึ่งรวมถึงผู้สูงอายุที่มีงานทำและไม่มียาได้ สำหรับแหล่งรายได้ที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับมาจากบุตรหญิงที่สมรสแล้วมากที่สุดถึงร้อยละ 53.5 รองลงมาได้รับจากบุตรชายที่สมรสแล้ว ร้อยละ 44.8 จากบุตรชายและบุตรหญิงที่ยังเป็น โสดประมาณร้อยละ 15.0 และร้อยละ 37.7 ได้จากการทำงาน

จากสถานภาพการทำงานดังกล่าว อาจสะท้อนให้เห็นว่า ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งยังคงมีความต้องการทำงาน โดยมีสาเหตุมาจากปัญหาทางเศรษฐกิจและการตระหนักว่าตนเองยังคงมีศักยภาพที่จะทำงานได้ต่อไปได้ ดังนั้น เมื่อพิจารณาเทียบเคียงกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง

ประชากรไทยที่กำลังจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว อาจนำไปสู่การปรับการกำหนดอายุเกษียณ จาก 60 ปี ออกไป รวมทั้งการปรับเงื่อนไขการทำงานให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุมากขึ้น เช่น การทำงานชั่วคราว ชั่วโมงการทำงานน้อยลง และสภาพการทำงานไม่หนัก ฯลฯ อย่างไรก็ตาม ใ้แก่ดี จำเป็นต้องปรับให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง อาทิ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายรวมตัวกันประกอบอาชีพ เพื่อสร้างรายได้อย่างต่อเนื่อง อาจต้องมีมาตรการสนับสนุนที่ดี หรือมีการกำหนดสิ่งจูงใจให้สถานประกอบการรับผู้สูงอายุเข้าทำงาน เป็นต้น

ที่อยู่อาศัย กล่าวได้ว่า ลักษณะที่อยู่อาศัยด้านกายภาพ และของบ้านที่อยู่อาศัยสะท้อนคุณภาพชีวิตของประชากร การอยู่ในบ้านที่ถูกลักษณะและมีมาตรฐานสากลนับเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานที่ควรได้รับการตอบสนอง และเป็นที่ยอมรับกันว่าผู้สูงอายุต้องการสภาพที่อยู่อาศัยที่แตกต่างจากประชากรทั่วไป เนื่องจากความจำกัดในด้านการเคลื่อนไหวของร่างกายเมื่ออายุมากขึ้น และอีกประเด็นหนึ่งที่มีมีการกล่าวกันอย่างกว้างขวาง คือ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวไทยจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยว ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลเท่าที่ควร (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2547)

#### นโยบาย และมาตรการทางกฎหมายคุ้มครองผู้สูงอายุไทย

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2547 โดยมีสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นหน่วยงานในการประสานงาน กฎหมายได้กำหนดให้ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครองส่งเสริมและสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ดังนี้

##### การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข

- จัดให้มีช่องทางเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุแยกจากผู้รับบริการทั่วไปในแผนกผู้ป่วยนอก
- กำหนดขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุโดยเปิดเผยไว้ชัดเจน และมีการประชาสัมพันธ์ในระหว่างการให้บริการ

##### บริการด้านการศึกษา และข้อมูลข่าวสาร

- จัดบริการข้อมูลข่าวสารทั้งการศึกษาในระบบ นอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัย รวมทั้งการจัดทำฐานข้อมูลทางการศึกษา การฝึกอบรมสำหรับผู้สูงอายุ

- จัดบริการการศึกษาต่อเนื่องทั้งการศึกษาในระบบ การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย
- สนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการสำหรับผู้สูงอายุ
- ส่งเสริมให้หน่วยงาน สถานศึกษามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ
- ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการจัดศูนย์การเรียนรู้ในชุมชนแก่ผู้สูงอายุ
- คุ้มครองการผลิตสื่อความรู้และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ให้แก่ผู้สูงอายุ
- จัดทำหลักสูตรเกี่ยวกับผู้สูงอายุในการศึกษาขั้นพื้นฐานถึงอุดมศึกษา
- ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการผลิตงานวิจัยเพื่อเพิ่มพูนองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ

#### การจัดบริการด้านศาสนา ศิลปะ และวัฒนธรรม

- จัดให้มีมาตรฐานการให้บริการอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุในพิพิธภัณฑ์ โบราณสถาน หอจดหมายเหตุ หอศิลป์ และการจัดกิจกรรมด้านศาสนา ศิลปะและวัฒนธรรม
- ลดอัตราค่าเข้าร่วมกิจกรรมด้านศาสนา ศิลปะ และวัฒนธรรมตามความเหมาะสม
- การรณรงค์ให้ประชาชนเห็นถึงความสำคัญและตระหนักในเรื่องดังกล่าว
- สถานที่ที่เปิดให้ผู้สูงอายุเข้าชมฟรี เช่น หอศิลป์ศิลปิน หอไทยนิทัศน์ ฯลฯ

#### การประกอบอาชีพหรือฝึกอาชีพ

- บริการให้ข้อมูลทางอาชีพและตำแหน่งงานว่างสำหรับผู้สูงอายุ เช่น แม่บ้าน คนดูแลสวนยาง เลี้ยงสัตว์ พนักงานขายอิสระ เป็นต้น
- บริการการจัดหางานสมัครงานสำหรับผู้สูงอายุ
- ให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารตลาดแรงงาน
- การสนับสนุนหน่วยงานต่าง ๆ มีส่วนร่วมดำเนินการฝึกอาชีพและประกอบอาชีพให้ผู้สูงอายุ
- การนำผู้สูงอายุที่มีความรู้ความสามารถมาเป็นวิทยากรในการฝึกอบรมอาชีพ
- จัดทำทะเบียนผู้สูงอายุ เพื่อเป็นวิทยากรที่ปรึกษา และอนุกรรมการทดสอบมาตรฐานฝีมือแรงงาน

#### การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีการพัฒนาตนเองและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม

- มีการดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุในชุมชน และการส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ

- การจัดทำทะเบียนภูมิปัญญาผู้สูงอายุและส่งเสริมให้เกิดการถ่ายทอดภูมิปัญญา
- การจัดทำองค์กรผู้สูงอายุและองค์กรที่ทำงานด้านผู้สูงอายุ

การอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุในอาคาร สถานที่

1. โรงพยาบาล สถานพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข สถานีอนามัย อาคารที่ทำการของราชการ รัฐวิสาหกิจ องค์กรของรัฐที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมาย สถานศึกษา หอสมุด และพิพิธภัณฑ์สถานของรัฐ สถานีขนส่งมวลชน เช่น ท่าอากาศยาน สถานีรถไฟ สถานีรถท่าเทียบเรือที่มีพื้นที่ส่วนใดของอาคารที่เปิดให้บริการแก่บุคคลทั่วไปเกิน 300 เมตร

2. สำนักงาน โรงแรม โรงมหรสพ หอประชุม สนามกีฬา ศูนย์การค้า ห้างสรรพสินค้า ประเภทต่างๆ ที่มีพื้นที่ส่วนใดของอาคารที่เปิดให้บริการแก่บุคคลทั่วไปเกิน 2,000 เมตร

อาคารประเภทและลักษณะดังกล่าว ต้องจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชรา ในบริเวณที่เปิดให้บริการแก่บุคคลทั่วไป เช่น

- สัญลักษณ์ เครื่องหมายแสดงทางไปสู่สิ่งอำนวยความสะดวก
- สัญลักษณ์ หรือตัวอักษรแสดงประเภทของสิ่งอำนวยความสะดวก มีความชัดเจนมองเห็นง่าย ติดอยู่ในตำแหน่งที่ไม่ทำให้สับสน มีแสงส่องสว่างเป็นพิเศษ ทั้งกลางวันและกลางคืน
- มีทางลาด ลิฟต์ และบันไดสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชรา ใช้ได้อย่างน้อยตามอัตราส่วนที่กำหนด
- มีที่จอดรถสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชราใช้ได้อย่างน้อยชั้นละ 1 แห่ง
- ทางเข้าอาคารต้องเป็นพื้นที่ผิวเรียบเสมอกัน ไม่ลื่น ไม่มีสิ่งกีดขวาง
- ในกรณีที่มีหลายอาคารอยู่ในบริเวณเดียวกันที่มีการใช้อาคารร่วมกัน ต้องจัดให้มีทางเดินระหว่างอาคาร และต้องมีผนังหรือราวกันตกทั้งสองด้าน
- จัดให้มีห้องส้วม สำหรับผู้พิการ หรือทุพพลภาพและคนชรา อย่างน้อย 1 ห้อง ในห้องส้วมนั้น หรือจัดแยกออกมาอยู่ในบริเวณเดียวกัน

การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุในการบริการสาธารณะอื่น

หน่วยงานในสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จัดบริการอำนวยความสะดวก และความปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุ ดังนี้

- จัดสถานที่ให้บริการสำหรับผู้สูงอายุไว้เป็นส่วนและจัดสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ เช่น รถเข็นนั่ง ไม้เท้า ราว อุปกรณ์ในห้องน้ำ
- ให้บริการแก่ผู้สูงอายุเป็นลำดับต้นหรือเป็นกรณีพิเศษ โดยเน้นบริการแบบเบ็ดเสร็จ
- จัดทำแผนผังช่องทางการให้บริการที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ
- จัดทำโครงการเชิงรุกแก่ผู้สูงอายุในพื้นที่ เช่น การออกหน่วยเคลื่อนที่
- จัดสถานที่ของหน่วยงานให้ผู้สูงอายุจัดกิจกรรม ประชุมหรือเป็นศูนย์กลางในการดำเนินงานของผู้สูงอายุ
- ให้อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์อำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุในหมู่บ้าน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ยากจนและประสบปัญหาการเดินทางมารับบริการ โดยการรับเรื่อง สอบข้อเท็จจริงเบื้องต้น ประสานงานกับสำนักงานพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดและหน่วยงานต่าง ๆ ประสานการจัดหาพาหนะเดินทางนำผู้สูงอายุไปรับบริการ หรือร่วมกิจกรรมต่าง ๆ
- เป็นศูนย์กลางในการประสานขอความร่วมมือ หน่วยงานต่าง ๆ ตระหนักถึงความสำคัญเกี่ยวกับการอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ

#### การลดหย่อนค่าโดยสารและการอำนวยความสะดวกในการเดินทาง

- ลดค่าโดยสารรถไฟครึ่งราคาแก่ผู้สูงอายุ ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงกันยายน อำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ เช่น ไม่ต้องเข้าแถวรอซื้อตั๋ว มีที่นั่งรอรับตัว ให้พนักงานช่วยยกสัมภาระและดูแลปฐมพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยเป็นต้น
- การบินไทย นกแอร์ และแอร์เอเชีย บริการอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุขึ้นเครื่องบินเป็นลำดับแรก
- การรถไฟฟ้าขนส่งมวลชนแห่งประเทศไทย ลดค่าโดยสารรถไฟฟ้าใต้ดินครึ่งราคาให้แก่ผู้สูงอายุ
- รถไฟฟ้า BTS จัดลิฟต์บริการที่สถานีหมอชิต สยาม อโศก อ่อนนุช และชองนนทรี
- ทำอากาศยานนครพนม จัดโทรศัพท์สาธารณะสำหรับผู้สูงอายุ
- ทำอากาศยานแม่สอด จัดมุมพักผ่อนของผู้สูงอายุ

- ทำอากาศยานแพร์ จัดมุมสุขภาพและห้องสุขาสำหรับผู้สูงอายุ
- การทางพิเศษแห่งประเทศไทย บริการห้องน้ำสาธารณะสำหรับผู้สูงอายุที่ด่าน ดินแดง สุขุมวิท 62 บางนา ประชาชื่นขาออก และบางปะอินขาเข้า
- รถโดยสารประจำทางหรือรถเมล์ จัดที่นั่งบนรถโดยสารให้ผู้สูงอายุ

หน่วยงานของรัฐที่ยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่

- ผู้สูงอายุเข้าชมอุทยานแห่งชาติโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โดยแสดงบัตรประจำตัวประชาชน หรือแสดงหลักฐานที่แสดงว่ามีสัญชาติไทย และมีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป
- มีหน่วยงานยกเว้นค่าเข้าชมแก่ผู้สูงอายุ 12 แห่ง และมีสถานที่ยกเว้นค่าเข้าชม 257 แห่ง

การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ได้รับอันตรายจากการถูกรังแกหรือถูกรังแก ถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง

- แยกผู้สูงอายุไปพักอาศัยในสถานที่ปลอดภัยตามความเหมาะสม
- นำผู้สูงอายุไปตรวจสุขภาพกายและสุขภาพจิต
- การช่วยเหลือในการดำเนินคดี หากบุคคล/กลุ่มบุคคลกระทำการอันเป็นความผิดทางอาญา
- การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุให้กลับสู่สภาวะปกติ
- ช่วยเป็นเงินค่าพาหนะเดินทาง ค่าอาหาร ค่าเครื่องนุ่งห่ม หรือค่ารักษาพยาบาลเบื้องต้น ได้เท่าที่จ่ายจริง ครั้งละไม่เกิน 500 บาท
- การเตรียมความพร้อมของครอบครัว หากผู้สูงอายุประสงค์จะกลับไปอยู่กับครอบครัว
- ในกรณีผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งในท้องที่กรุงเทพมหานครให้นำส่งบ้านพักฉุกเฉินของศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง สำหรับจังหวัดอื่นให้นำส่งบ้านพักเด็กและครอบครัว หรือบ้านพักฉุกเฉิน

การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาครอบครัว

- ให้คำแนะนำ ปรีกษา หรือบริการตอบรับทางโทรศัพท์
- การดำเนินงานในเรื่องอื่นตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ รวมทั้งประสานส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง



### การให้คำแนะนำ ปรีกษาในทางคดี

กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการให้คำแนะนำ ปรีกษา ให้ความช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ผู้สูงอายุ ดังนี้

- ประสานงานกับทนายความในการจัดหาทนายความว่าต่างแก้ต่างคดี ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุในการว่าต่างแก้คดี
- เผยแพร่และให้ความรู้เกี่ยวกับสิทธิเสรีภาพแก่ผู้สูงอายุ
- ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครและนนทบุรีสามารถติดต่อขอรับบริการได้ที่ สำนักงานช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้เสียหายนะและจำเลยคดีอาญา คลินิกยุติธรรม กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ หรือศูนย์บริการร่วมกระทรวงยุติธรรม
- ผู้สูงอายุในจังหวัดอื่น ๆ ติดต่อขอรับบริการได้ที่สำนักงานยุติธรรมจังหวัดทุกจังหวัด

### การช่วยเหลือด้านที่พักอาศัย อาหาร และเครื่องนุ่งห่ม

- ผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องที่พักอาศัยให้เข้ารับบริการในศูนย์บริการผู้สูงอายุ บ้านพักฉุกเฉินหรือเข้าอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์คนชรา หรือสถานที่อื่นที่เหมาะสม
- ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาเรื่องอาหาร และ/หรือเครื่องนุ่งห่ม ช่วยเหลือไม่เกิน 2,000 บาท และได้ไม่เกิน 3 ครั้ง ต่อคน ต่อปี

### การช่วยเหลือเบี้ยยังชีพ

- ให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ยากจน ประสบปัญหาความเดือดร้อน ขาดผู้อุปการะดูแล
- ให้การช่วยเหลือเป็นเงินยังชีพรายเดือน ๆ ละ 300 บาท
- ในปี 2548 มีผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพใน 75 จังหวัด จำนวน 527, 083 คน และในกรุงเทพมหานคร จำนวน 1, 447 คน รวมทั้งสิ้น 528, 530 คน
- ในปี 2549 ได้ให้การช่วยเหลือเพิ่มอีกจำนวน 546, 107 คน รวมผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพทั่วประเทศ จำนวน 1,073,190 คน

#### การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี

- ให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุยากจนเสียชีวิต ไม่มีญาติ หรือมีแต่ไม่สามารถจัดการศพตามประเพณีได้ รายละ 2,000 บาท
- ผู้ยื่นคำขอต้องเป็นบุคคลที่รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุและต้องยื่นคำขอภายใน 15 วัน นับตั้งแต่วันออกใบมรณบัตร

#### การจัดบริการด้านการสถานที่ท่องเที่ยวและการจัดกิจกรรมกีฬาและนันทนาการ

- กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬากำหนดมาตรฐานการอำนวยความสะดวก การประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมดำเนินการ
- ลดอัตราค่าเข้าชมหรือการเข้าร่วมกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ
- ส่งเสริมการจัดกิจกรรมท่องเที่ยว กีฬา และนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุ

#### การจัดหาตลาดรองรับสินค้า

- กระทรวงพาณิชย์สนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถนำสินค้าเข้าร่วมจำหน่ายในงานต่าง ๆ เช่น ตลาดนัดกระทรวงพาณิชย์และหน่วยงานในสังกัดกระทรวงพาณิชย์ การขอความร่วมมือห้างสรรพสินค้าจัดสรรพื้นที่ให้เป็นครั้งคราว
- กรมพัฒนาธุรกิจการค้าจัดอบรมความรู้ทางด้านการบริหารจัดการและการตลาด

#### การลดหย่อนภาษีเงินได้

กฎหมายกำหนดไว้ 2 เรื่อง โดยมีกระทรวงการคลัง เป็นหน่วยงานรับผิดชอบ

1. การลดหย่อนภาษีเงินได้แก่ผู้บริจาคเงินหรือทรัพย์สินให้แก่กองทุนผู้สูงอายุ หรือการยกเว้นภาษีสำหรับทรัพย์สินที่บริจาคให้แก่กองทุนผู้สูงอายุ

- ผู้บริจาคเงินที่เป็นบุคคลธรรมดาหักลดหย่อนภาษีเท่าที่จ่ายจริง แต่เมื่อรวมกับเงินบริจาคอื่นต้องไม่เกินร้อยละ 10 ของเงินได้หลังหักค่าใช้จ่ายและค่าลดหย่อน

- ผู้บริจาคเงินหรือทรัพย์สินเป็นนิติบุคคล สามารถหักลดหย่อนภาษีเท่าที่จ่ายจริง แต่เมื่อรวมกับเงินบริจาคอื่นต้องไม่เกินร้อยละ 2 ของกำไรสุทธิ ก่อนหักรายจ่ายเพื่อการกุศลสาธารณะ

ผู้บริจาคเงินให้กองทุนสามารถบริจาคได้ที่สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ

2. การลดหย่อนภาษีเงินได้แก่ผู้อุปการะเลี้ยงดูบุพการี ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ

- ผู้มีเงินได้ที่เป็นบุตรชอบด้วยกฎหมายที่อุปการะเลี้ยงดูมารดาของตนเอง รวมทั้ง บิดามารดาของสามีหรือภริยาของผู้มีเงินได้ ซึ่งบิดามารดาต้องมีอายุหกสิบปีขึ้นไป มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพและอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของผู้มีเงินได้ สามารถลดหย่อน ได้ 30,000 บาท ต่อผู้สูงอายุ 1 คน

- บิดามารดาผู้มีเงินได้พึงประเมินในปีภาษีน้อยกว่า 30,000 บาท

- กรณีผู้มีเงินได้หลายคนอุปการะบิดามารดาให้ลดหย่อนภาษีได้เพียงคนเดียว

- กรณีสามีหรือภริยาเป็นผู้มีเงินได้ฝ่ายเดียว ให้ผู้มีเงินได้หักลดหย่อนค่าอุปการะ เลี้ยงดูบิดามารดาของสามีหรือภริยาของผู้มีเงินได้คนละ 30,000 บาท

- กรณีผู้มีเงินได้เป็นผู้อยู่ในประเทศไทย ให้หักลดหย่อนค่าอุปการะเลี้ยงดูบิดา มารดาได้เฉพาะบิดามารดาที่อยู่ในประเทศไทย

- ผู้มีเงินได้ต้องมีหลักฐานรับรองการอุปการะเลี้ยงดูบิดามารดาตามหนังสือรับรอง การลดหย่อนค่าอุปการะเลี้ยงดูบิดามารดา

- โดยเริ่มหักลดหย่อนสำหรับเงินได้พึงประเมินประจำปี พ.ศ. 2547 ที่จะต้องยื่น รายงานในปี พ.ศ. 2548 เป็นต้นไป

### สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

การสำรวจสุขภาพประชากรอายุ 50 ปีขึ้นไป ในประเทศไทย ดำเนินการโดย

กระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันวิจัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย และสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ระหว่างปี พ.ศ.2538- 2539 (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ ,2539)โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญ ของกลุ่มประชากรที่กำลังย่าง เข้าสู่ และ ผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุ ในด้านสภาพทางประชากร ศาสตร์ วิธีชีวิตความเป็นอยู่ สถานะสุขภาพ การแสวงหาบริการเมื่อเจ็บป่วย พฤติกรรมสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ อันจะเป็นประโยชน์ในการวางแผน จัดบริการ และส่งเสริมสุขภาพอนามัย ได้อย่างสอดคล้อง กับความต้องการ การสำรวจนี้ เป็นการศึกษาระบบภาคตัดขวาง โดยการสุ่มตัวอย่าง 2 จังหวัด จากแต่ละเขต 12 เขต ที่อยู่ในพื้นที่บริการ ของกระทรวงสา ธารณสุข รวมกับกรุงเทพมหานคร เป็น 25 จังหวัด ทำการสุ่มครัวเรือนตัวอย่าง และสุ่มเลือกคนที่มี อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ในครัวเรือนนั้น 1 คน ทำการสัมภาษณ์ โดยทีมของ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด หรือโรงพยาบาลจังหวัด โดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 74 หน้า

ผลการสำรวจประชากรตัวอย่าง ทั้งหมด 7,713 คน เป็นชายร้อยละ 43.2 อาศัยในเขตเมือง ร้อยละ 26.1 ทั้งในเขตเมือง และชนบท จะมีหญิงมากกว่าชายในเกือบทุกกลุ่มอายุ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 86.1 ไม่เคยเข้าศึกษาในระบบโรงเรียน แต่เพียงร้อยละ 20.8 เท่านั้นที่อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ เพศชายส่วนใหญ่ยังคงอยู่กับคู่สมรส ในขณะที่เพศหญิงจะมีสัดส่วนการเป็นหม้ายมากกว่าในกรุงเทพฯ มีคนโสดมากกว่าภาคอื่น อัตราการคงทำงาน ในกลุ่มอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 86.7 ส่วนกลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ยังคงทำงานร้อยละ 51.1 ส่วนใหญ่ร้อยละ 80 จะเป็นเจ้าของบ้านที่อาศัยอยู่ แหล่งรายได้ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่จะได้จากบุตร และการทำงานของตนเอง และร้อยละ 62.8 จะไม่มีภาระหนี้สิน

เมื่อให้ตนเองประเมินสุขภาพของตน ส่วนใหญ่เห็นว่า ตนเองยังแข็งแรง หรือแข็งแรงมาก โดยเฉพาะประชาชนในกรุงเทพฯ ซึ่งจะคล้ายคลึงกับผู้ที่สัมภาษณ์ประเมิน ในขณะที่สัมภาษณ์ อัตราการเจ็บป่วยเรื้อรัง ในรอบ 6 เดือน ก่อนการสำรวจ 5 อันดับ คือ ปวดเมื่อยหลัง/บั้นเอว ร้อยละ 16.0 ความดันโลหิตสูงร้อยละ 13.2 โรคกระเพาะอาหารร้อยละ 13.0 ใจข้ออักเสบ/ข้อเสื่อม ร้อยละ 12.1 และโรคหัวใจร้อยละ 5.6 พบกระดูกหัก โรคตับ มะเร็ง น้อยกว่าร้อยละ 1 อัตราการบาดเจ็บจากการหกล้มนอกบ้าน ในเวลากลางวัน อัตราการเจ็บป่วยเล็กน้อย ในระยะเวลา 1 เดือน ก่อนการสำรวจ คือ ร้อยละ 40.3 ด้วยสาเหตุหลักคือ หวัด/น้ำมูกไหล (ร้อยละ 28.1) ปวดมีนศีรษะ (ร้อยละ 15.8) ปวดกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 8.2) ปวดข้อ (ร้อยละ 5.9) ปวดจุกเสียดท้อง (ร้อยละ 5.3) พฤติกรรมแสวงหาบริการทางการแพทย์ทั่วไป ส่วนใหญ่ร้อยละ 49.4 ซึ่ยอมรับประทานเอง ไปสถานีนอนามัย ร้อยละ 22.0 คลินิกเอกชนร้อยละ 11.3 และโรงพยาบาลรัฐร้อยละ 9.5 อัตราการเจ็บป่วย จนต้องเข้าพักรักษาตัว ในโรงพยาบาล ในรอบปีที่ผ่านมาร้อยละ 29.1 ด้วยสาเหตุที่แตกต่างกัน ระหว่างกลุ่มอายุ 50-59 ปี (อัมพาต อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายเป็นเลือด ตกเลือด ฝีหนอง) กับกลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (ท้องเสีย โรคกระเพาะอาหาร ความดันโลหิตสูง) มีผู้เข้ารับบริการตรวจสุขภาพน้อย คือ ตรวจความดันโลหิต เพียงร้อยละ 43.8 ตรวจเลือดร้อยละ 16.1 ตรวจปัสสาวะร้อยละ 13.3 น้อยที่สุด คือ ตรวจทวารหนักร้อยละ 0.9 เพศหญิงเข้าตรวจเต้านมเพียงร้อยละ 1.9 ตรวจภายในร้อยละ 3.1 อัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 30.7 ชายมากกว่าหญิง 5-6 เท่า อัตราการเคี้ยวหมากร้อยละ 29.2 หญิงมากกว่าชาย 3-6 เท่า และอัตราการเสพสุราเป็นประจำร้อยละ 29.0 ชายมากกว่าหญิง 3-4 เท่า ประชากรที่สำรวจร้อยละ 73.5 รับประทานผักเป็นประจำทุกวัน ร้อยละ 29.0 รับประทานผลไม้ทุกวัน บริโภคเนื้อสัตว์ประจำเพียงร้อยละ 29.4 เนื้อปลาร้อยละ 29.4 นมสดร้อยละ 18.6 ชา/กาแฟร้อยละ 12.0 และน้ำอัดลมเพียงร้อยละ 3.6 ในรอบเดือนที่ผ่านมา มีผู้บริโภคยาเป็นประจำทุกวัน ร้อยละ 47.3 ส่วนใหญ่ได้ยา 1-2 ชนิด ส่วนใหญ่บริโภคยาระงับปวด ลดความดัน วิตามิน และยาเคลือบกระเพาะ มี

ผู้ออกกำลังกายเป็นประจำทุกวัน ร้อยละ 44.1 เดินเล่นทุกวันร้อยละ 67.3 สวดมนต์ทำสมาธิทุกวัน ร้อยละ 56.5 พฤติกรรมทางเพศลดลงตามอายุ มีผู้ที่รู้สึหงอยเหงาต่ำกว่าร้อยละ 10 และส่วนใหญ่ ไม่มีปัญหาทะเลาะเบาะแว้ง กับสมาชิกในครอบครัว การเก็บออมเงินในครอบครัวมีน้อยกว่าครึ่ง นอกจากนี้ในหมู่บ้านที่สำรวจ ส่วนใหญ่ร้อยละ 70 ไม่มีชมรมผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่จึงไม่ได้เป็น สมาชิกของกลุ่ม หรือชมรม แต่ยังคงเข้าร่วมกิจกรรมรื่นเริงในชุมชน เช่น งานปีใหม่ ทอดกฐิน ฯลฯ สำหรับกลุ่มอายุ 50-59 ปี มีการเตรียมการอยู่อาศัยร้อยละ 41.5 เก็บออมเงินร้อยละ 38.8 การใช้เวลาว่างเมื่อเกษียณอายุ ร้อยละ 36.0 ตรวจร่างกายร้อยละ 31.8 และมีเพียงร้อยละ 13.7 ที่เตรียมการแบ่ง ปันทรัพย์สิน

ข้อเสนอแนะที่สำคัญจากการสำรวจครั้งนี้ คือ การศึกษารูปแบบการให้บริการตรวจร่างกาย เพื่อคัดกรองโรคที่สำคัญๆ กับกลุ่มประชากรในวัยนี้ การศึกษารูปแบบการส่งเสริมการรวมกลุ่ม ในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ นอกเหนือจากการชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับสภาพ เฉพาะ ของแต่ละชุมชน นโยบายเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสม และป้องกันการใช้ยาเกิน ความจำเป็น รวมไปถึงการส่งเสริมให้กลุ่มประชากรนี้ ช่วยในการรณรงค์ เพื่อ การรับประทาน อาหารที่เหมาะสมในวัยอื่นๆ

### ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุในที่นี้ อาจแยกประเภท เป็น (ศรีจิตรา นูนาค , 2549. หน้า 97-109)

1. ผู้สูงอายุที่ยังช่วยเหลือตนเองได้
2. ผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือบางส่วน
3. ผู้สูงอายุและผู้พิการที่ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด

#### 1. ผู้สูงอายุที่ยังช่วยเหลือตนเองได้

1.1 เขตเมือง ผู้สูงอายุที่ยังช่วยเหลือตนเองได้ที่เป็น โสด เป็นหม้าย ไม่มีบุตรหลาน หรือญาติพี่น้อง ที่จะให้พักอาศัยอยู่ด้วย จำเป็นต้องนึกถึงที่พักอาศัย(housing) ที่มีระบบให้ความ สะดวก ความปลอดภัย ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ดังเช่น สวางคณิเวศน์ ของสภาอากาศ ไทย ในกรณีที่ยากจนขาดทุนทรัพย์และรายได้ กรมประชาสงเคราะห์หรือหน่วยงานที่ควรรับผิดชอบ ควรส่งเสริมให้มีบ้านพักคนชราให้เพียงพอ

สำหรับผู้ที่มีครอบครัว ให้เน้นความรัก ความสัมพันธ์อันดีในครอบครัวและสนับสนุน

ครอบครัวขยาย(Extended family) เท่าที่จะทำได้ นอกจากนั้นควรสนับสนุนองค์กรกึ่งเอกชน มีส่วนในการดำเนินการเสริมนโยบายของรัฐในเรื่องที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ

1.2 เขตชนบท เนื่องจากในปัจจุบันนี้ มีการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน มีทรัพยากรผันมาจากส่วนกลาง มีชมรมผู้สูงอายุกันอยู่แล้วเป็นส่วนใหญ่ ควรเป็นหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล ในการจัดการเรื่องที่อยู่อาศัยตามความเหมาะสมและความต้องการของชุมชน นั้น ๆ

## 2. ผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือบางส่วน

2.1 เขตเมือง แนวนโยบายควรสนับสนุนให้อยู่ในครอบครัวเดิมให้นานที่สุด ช่วยเหลือตนเองได้นานที่สุดเป็นหลัก ควรสนับสนุนให้มีการบริการเรื่องที่อยู่อาศัยซึ่งมีผู้สูงอายุ และผู้บริการชนิดที่รัฐช่วยเหลือบางส่วนหรือทำขึ้นโดยองค์กรกึ่งเอกชน และเอกชนเอง

2.2 เขตชนบท องค์การบริหารส่วนตำบล ควรพิจารณาเรื่องที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ เหล่านี้ และจัดการเรื่อง “การเยี่ยมบ้าน” (home visiting service) ทั้งทางด้านกายภาพ การสาธารณสุข สุข สังคม และสิ่งแวดล้อม

3. ผู้สูงอายุและผู้พิการที่ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด ซึ่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย

3.1 เขตเมือง ควรมีที่พักอาศัยและบริการ เช่นเดียวกับบ้านพักคนชรา หากแต่การจัดการเรื่องบริการตลอดทั้งวัน ทั้งของภาครัฐ ภาคกึ่งเอกชน และเอกชนเอง

3.2 เขตชนบท องค์การบริหารส่วนตำบล ควรพิจารณาถึงความต้องการของชุมชน นั้น ๆ และพิจารณาให้เหมาะสมกับความต้องการ และทรัพยากรที่มีอยู่ เพื่อพยายามให้ทุกคนมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และควรมีงานทั้งทางด้านสุขภาพ และสังคม เยี่ยมตามสถานที่ดังกล่าว (home/community/visiting service)

นอกจากนั้นยังควรจัดให้มีสถานดูแลยามกลางวัน (day care center) ซึ่งสามารถนำผู้สูงอายุ และผู้พิการฝากไว้ช่วงกลางวัน เช่นเดียวกับศูนย์ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน

สำหรับทีมงานทั้งทางด้านสุขภาพและสังคม เพื่อเยี่ยมตามบ้าน ควรประกอบด้วยบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งชุมชนจำเป็นต้องสร้างบุคลากรจากชุมชนนั้นขึ้นมา เพื่อช่วยเหลือ และสร้างอาชีพใหม่ให้แก่ชุมชนนั่นเอง โดยมีค่าตอบแทนให้ดำรงชีวิตอยู่ได้ โดยอาศัยทรัพยากรที่ องค์การบริหารส่วนตำบล ได้รับการจัดสรร และบริหารจัดการ รวมทั้งแสวงหาความช่วยเหลือจาก ภาคส่วนต่าง ๆ เข้ามาช่วยเหลือเท่าที่จะทำได้

ในสังคมไทย การดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ ไม่ว่าจะในเมือง หรือในชนบท โดยทั่วไป

จะเป็นไปในลักษณะที่ญาติพี่น้อง ลูกหลาน มีบทบาทเป็นอย่างสูง ทำให้เกิดความสัมพันธ์ และความอบอุ่นในครอบครัว และชุมชน แต่ก็เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากการพัฒนาประเทศ ดังนี้

1. แนวโน้มประชากรของไทย เป็นไปในลักษณะที่ผู้สูงอายุมีสัดส่วนสูงขึ้นอีก 2 ทศวรรษหน้า จะมีผู้สูงอายุถึงเกือบร้อยละ 15 ของประชาชนทั้งประเทศ
2. การอพยพแรงงานจากชนบท เข้าเมือง หรือจากภาคหนึ่งไปอีกภาคหนึ่ง ทำให้ความเข้มแข็งของครอบครัว/ชุมชน ลดลง
3. การที่สตรีมีโอกาส และเข้าสู่ตลาดแรงงานมากขึ้น เนื่องจากความจำเป็นทางเศรษฐกิจ จึงไม่สามารถเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในบ้านได้
4. ครอบครัว ให้ความสำคัญต่อการศึกษา มาก จึงมีการส่งเด็กเข้าเรียนในโรงเรียน จนถึงชั้นมัธยมศึกษา มาก ทำให้ขาดแคลนกำลังคนที่จะดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน
5. ผู้สูงอายุที่ยังช่วยตัวเองไม่ได้ แม้ส่วนหนึ่งจะมีส่วนช่วย ในการดูแลผู้สูงอายุ ที่ช่วยตัวเองไม่ได้ แต่ก็มิมีจำนวนไม่น้อย ที่ยังมีภารกิจ หรืออาชีพนอกบ้าน ทำให้โอกาส หรือแนวโน้มในส่วนนี้ลดลงไป

จากการศึกษาวิเคราะห์ ความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ ในอีก 2 ทศวรรษหน้าของ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ผู้อำนวยการสำนักนโยบาย และแผนสาธารณสุข รักษาการนายแพทย์ใหญ่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และคณะซึ่งการศึกษาครั้งนี้ เป็นการคาดการณ์ความต้องการ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้ โดยอาศัยข้อมูล จากการคาดการณ์จำนวนประชากรผู้สูงอายุ ข้อมูลการศึกษาวิจัยสัดส่วนผู้สูงอายุ ที่ช่วยตนเองไม่ได้ และการตั้งสมมุติฐาน เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ รวมทั้ง ได้ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน ในการผลิตกำลังคนที่ดูแลผู้สูงอายุ และสถานบริการที่ดูแลผู้สูงอายุด้วย

ผลการศึกษาพบว่า เริ่มมีการจัดตั้งสถานพยาบาลเอกชน เพื่อรับดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น และมีการจัดการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยดำเนินการร่วมกับ หลักสูตรการอบรมผู้ดูแลเด็กเล็ก แต่ผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้ ส่วนมากยังคงอยู่ในการดูแลของครอบครัว จากสมมุติฐานที่ตั้งไว้ สามารถคาดการณ์ความต้องการ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ ในอีก 20 ปีข้างหน้า รวมประมาณ 41,275 - 64,798 คน โดยเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ประมาณ 21,303 - 42,607 คน ผู้ดูแลในสถาบันประมาณ 19,972 - 22,191 คน

คณะผู้ศึกษาเสนอว่า รัฐ น่าจะหาทางสนับสนุน ให้มีการดูแลผู้สูงอายุ ที่ช่วยตนเองไม่ได้ โดยให้ดูแลภายในครอบครัว หรือชุมชนให้มากที่สุด ซึ่งแม้จะต้องการผู้ดูแล มากกว่าการอยู่ในสถาบัน แต่ก็จะทำให้ เกิดความผูกพัน ความอบอุ่น และความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัว แนวทางที่รัฐสามารถสนับสนุน ได้ เช่น การสนับสนุนด้านการเงิน แก่ผู้ที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ ด้วยมาตรการทางภาษี สนับสนุนการจัดตั้งระบบดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชน โดยผู้สูงอายุด้วยตนเอง ทั้งนี้ โดยการสนับสนุนค่าใช้จ่ายบางส่วน ในรูปของชมรมผู้สูงอายุ และ สนับสนุนด้านวิชาการ โดยการเยี่ยมบ้าน ของพยาบาล จากสถานพยาบาลของรัฐ หรือพยาบาลที่ชุมชนจ้างไว้ หรือสนับสนุนการจัดตั้งสถานดูแลผู้สูงอายุ ที่ช่วยตนเองไม่ได้ โดยให้อยู่ใกล้ชุมชน หรือสถานที่ทำงาน ส่วนการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุนั้น ควรจะมีการสนับสนุน การจัดตั้งสถานศึกษา ที่ได้มาตรฐาน รวมทั้ง การฝึกอบรมในชุมชน ในลักษณะสาธารณสุขมูลฐานด้วย

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับสภาวะสุขภาพ และความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังต่อไปนี้

วรรณิ จันทร์สว่าง (2533) ทำการศึกษาภาวะสุขภาพ ปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ในจังหวัดสงขลาพบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองทั้งด้านดีและไม่ดี ปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุดและผู้สูงอายุ คือ โรคระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้าง ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง มีการออกกำลังกายทุกวัน สามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ แต่มีอาการเจ็บปวดกล้ามเนื้อและข้อ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวขยาย มีบทบาทเป็นสมาชิก มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของครอบครัวและเพื่อนบ้าน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ

เกริกศักดิ์ บุญญานุกพงศ์ ,สุรีย์ บุญญานุกพงศ์และสมศักดิ์ ฉันทะ (2533) ศึกษาชีวิตคนชราในจังหวัดเชียงใหม่ จากการประเมินด้วยตนเอง พบว่า คนชราทั้งในเขตเมืองและชนบท ส่วนใหญ่รู้สึกว่าสุขภาพของตนเองอยู่ในเกณฑ์ที่ปกติดีถึงดีมาก และจากการประเมินตามสภาพจริงที่เห็นก็พบว่าคนชราส่วนใหญ่มีความสามารถในการมองเห็น ได้ยินและการเคลื่อนไหวอยู่ในเกณฑ์ที่ดี โดยไม่มีความจำเป็นต้องใช้เครื่องมือ แต่เมื่อสอบถามถึงภาวะการเจ็บป่วย พบว่า คนชราส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอย่างใดอย่างหนึ่ง ส่วนมากเป็นโรคที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย จากการที่ถูกใช้มานาน เช่น โรคข้อเสื่อม โรคที่เกี่ยวกับการย่อยอาหาร โรคที่เป็นเรื้อรังอื่น ๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ ซึ่งพบไม่มากนัก

610.7365

ศ 227

ธ. 2

227009



วรพรรณ รุ่งศิริวงศ์ (2540) ศึกษาโรคของผู้สูงอายุและการดูแลรักษา พบว่า ผู้สูงอายุประกอบอาหารเองร้อยละ 65.0 และการดูแลตนเองในการก่อกัน โรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พิทักษ์ ศิริวัฒนเมธานนท์และคณะ(2540) พบว่า ร้อยละ 69.5 ผู้สูงอายุเปลี่ยนเสื้อผ้าที่สวมใส่และทำความสะอาดเอง ตลอดจนการทำมาสะอาดบ้านเรือน พร้อมทั้งจัดทำอาหารรับประทานเอง และพบว่า ร้อยละ 26 เจ็บป่วยด้วยโรคข้อ กล้ามเนื้อ การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยส่วนใหญ่เลือกใช้บริการสาธารณสุขของรัฐ

องอาจ สิทธิเจริญชัย และคณะ (2540) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย : กรณีศึกษาจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ผู้สูงอายุเมื่อจำแนกตามเพศ อายุ และกิจกรรมพบว่ามีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่แตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุหญิงส่วนใหญ่จะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองมากกว่าผู้สูงอายุชาย เช่น การลุกจากที่นอน การอาบน้ำ การแต่งตัว การทำอาหาร การรับประทานอาหาร การขึ้นลงบันได และการทำความสะอาดบ้านเรือน

คนัย ธีวันดา และมลลิตี แสนใจ (2544) ทำการศึกษาบทบาท ความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขต 7 ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี ยโสธร ศรีสะเกษ มุกดาหาร อำนาจเจริญ ร้อยเอ็ด และนครพนม เก็บรวบรวมข้อมูล โดยวิธีการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคประจำตัว (ร้อยละ 51.0) โดยเป็นโรคปวดข้อมากที่สุด(ร้อยละ 36.5) รองลงมาคือ โรคกระเพาะอาหาร และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 10.0 และ 2.3 ตามลำดับ) ผู้สูงอายุส่วนมาก สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องมีคนช่วยเหลือ (มากกว่าร้อยละ 90) อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุทุกคนอยากให้มีส่วนดูแลตลอดไป (ร้อยละ 100.0) และบุตรเป็นผู้ที่ผู้สูงอายุ อยากให้เป็นผู้ดูแลมากที่สุด (ร้อยละ 78.8) บทบาทหลักของผู้ดูแลคือ การพาผู้สูงอายุ ไปพบแพทย์ (ร้อยละ 40.0) และการช่วยเหลือด้านการหุงหาอาหาร (ร้อยละ 96.5) ปัญหาส่วนใหญ่ของผู้ดูแล คือ ต้องดูแลผู้อื่นอีก นอกเหนือจากที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ และปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 61.6 และ 52.3 ตามลำดับ) ในด้านความต้องการของผู้ดูแล พบว่า ส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ (ร้อยละ 51.3) ต้องการทราบแหล่งสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 47.4) และต้องการความรู้ที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 45.5) การดูแลผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้มีสุขภาพอนามัยที่ดีนั้น ควรเน้นให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ ในการดูแลผู้สูงอายุ ที่เป็น โรคเรื้อรัง ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคปวดข้อ ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุ ดังนั้น การปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง เช่น การควบคุมน้ำหนักตัว เพื่อป้องกันไม่ให้ข้อรับน้ำหนัก ตัวมากเกินไป การบริหารกล้ามเนื้อที่พุงข้อให้แข็งแรง การไม่ซื้อยามารับ

ประธานเอง เมื่อมีอาการปวด จะช่วยบรรเทาปัญหาสุขภาพดังกล่าวของผู้สูงอายุลงได้ นอกจากนี้ ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน โดยมีหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และองค์กรส่วนท้องถิ่น เข้ามานับสนุนการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และสื่อมวลชนควรมีบทบาท ในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารประชาชน ในวงกว้าง เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ควรเผยแพร่แก่หน่วยงาน หรือองค์กรที่ให้ความช่วยเหลือ และสนับสนุน เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ให้แพร่หลายยิ่งขึ้น

ไกรสิทธิ์ ตันศิริรินทร์(2544) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง โภชนาการ กับ สุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจุบัน แนวโน้มประชากรผู้สูงอายุมีเพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงการทำงาน ของระบบอวัยวะต่างๆ เป็นผลจากความเสื่อมตามอายุ และสิ่งแวดล้อม อาหาร และโภชนาการ มีความสำคัญต่อการชะลอความเสื่อม โดยคงไว้ซึ่ง ความสมดุลของเมตาบอลิซึมของร่างกาย โดยทั่วไปผู้สูงอายุมีความต้องการพลังงานจากอาหารลดลง เนื่องจากอัตราเมตาบอลิซึมพื้นฐาน และกิจกรรมการใช้พลังงานต่างๆ ลดลง ผู้สูงอายุควรได้รับ โปรตีน โดยเฉลี่ย 0.8-1 กรัมต่อน้ำหนักตัว กิโลกรัมต่อวัน และควรเป็นโปรตีนคุณภาพดี เช่น จากเนื้อสัตว์ต่างๆ หรือปลา ควรได้รับคาร์โบไฮเดรตร้อยละ 55-60 และจำกัดไขมัน ไม่เกินร้อยละ 30 โดยเน้นไขมันจากพืช การเลือกบริโภคสารอาหารหลัก และแร่ธาตุ ปริมาณน้อย ในปริมาณพอเหมาะ ให้ผลในการบรรเทา และป้องกัน โรคเรื้อรัง ที่ไม่ติดต่อกันต่างๆ ในผู้สูงอายุ เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคกระดูกพรุน ฯลฯ ผู้สูงอายุควรได้รับน้ำเพียงพอด้วย มีความจำเป็นที่ต้องสนับสนุน ให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายสม่ำเสมอ ทั้งนี้เพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อ และข้อต่างๆ มีความแข็งแรง และทนทาน และยังเป็น การช่วยลดการสูญเสียมวลกระดูก และลดอัตราเสี่ยง ของการเกิด โรคหลอดเลือดหัวใจ ได้อีกด้วย

สิววรรณ อุณนาภิรักษ์ และคณะ (2548) ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุระหว่างปี พ.ศ. 2533 ถึง พ.ศ. 2544 โดยการวิเคราะห์เมต้า โดยทำการวิเคราะห์ตัวอย่างงานวิจัย 18 เรื่อง ผลการวิเคราะห์ขนาดอิทธิพลของลักษณะประชากรสูงอายุต่อคุณภาพชีวิต พบว่า มีขนาดอิทธิพลเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์น้อย มีบางลักษณะที่มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยมากกว่า 0.1 ได้แก่ สถานะทางสุขภาพ รายได้ การศึกษา และความเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย ส่วนผลการวิเคราะห์ขนาดอิทธิพลของปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า มีปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลในเกณฑ์มาก ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งประกอบด้วยสัมพันธภาพในครอบครัวและการอุปถัมภ์จากครอบครัว อุดมโนทัศน์หรือความมีคุณค่าในตนเอง ปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลปานกลาง ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และประสบการณ์เหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิต ซึ่งมีค่าเป็นลบ หมายถึงมีผลด้านลบต่อคุณภาพชีวิต ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ

ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและสอดคล้องกับผลงานวิจัยต่าง ๆ องค์ความรู้นี้จะช่วยเสริมให้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชัดเจนยิ่งขึ้น และอาจเป็นแนวทางในการดำรงไว้หรือเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน และเปรียบเทียบระดับความต้องการการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านตามสภาวะสุขภาพในแต่ละด้าน โดยมีขั้นตอนการศึกษาวิจัยดังต่อไปนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูล

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่เป็นโรคเรื้อรัง ที่อยู่อาศัยในพื้นที่เขตจังหวัดชลบุรี ได้แก่ อำเภอเมือง ศรีราชา บางละมุง สัตหีบ บ้านบึง พานทอง พนัสนิคม บ่อทอง หนองใหญ่ เกาะสีชัง กิ่งอำเภอเกาะจันทร์ จำนวน 29,756 คน

ตาราง 1 แสดงจำนวนประชากรผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จำแนกตามเพศ และ  
อำเภอต่าง ๆ ในเขตจังหวัดชลบุรี ([www.chonburi.go.th](http://www.chonburi.go.th))

อำเภอ	เพศชาย	เพศหญิง	รวม
เมือง	1,763	2,226	3,989
บ้านบึง	1,937	2,342	4,279
หนองใหญ่	378	407	785
บางละมุง	726	887	1,613
พานทอง	1,334	1,693	3,027
พนัสนิคม	4,083	5,376	9,459
ศรีราชา	600	752	1,352
เกาะสีชัง	6	4	10
สัตหีบ	709	720	1,429
บ่อทอง	1,125	1,153	2,278
กิ่งเกาะจันทร์	726	799	1,535
รวม	13,397	16,359	29,756

กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) ได้อำเภอที่ใช้เป็น  
กลุ่มตัวอย่าง คือ อำเภอบ่อทอง อำเภอพนัสนิคม และอำเภออำวอุดม ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง  
ใช้ตารางกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie and Morgan , 1960) ได้จำนวน  
379 คน

#### ตัวแปรที่ศึกษา

1. สถานภาพทั่วไปของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่
  - 1.1 เพศ
  - 1.2 สถานภาพสมรส
  - 1.3 อายุ
  - 1.4 ลักษณะครอบครัว และสถานภาพของผู้สูงอายุ
  - 1.5 ระดับการศึกษา
  - 1.6 อาชีพ
  - 1.7 รายได้
  - 1.8 สภาพแวดล้อมและที่พักอาศัย

## 2. สภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2.1 ด้านการรับรู้และการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพ

2.2 ด้านโภชนาการและการเผาผลาญพลังงาน

2.3 ด้านการขับถ่าย

2.4 ด้านการออกกำลังกายและการทำกิจกรรม

2.5 ด้านการพักผ่อนนอนหลับ

2.6 ด้านสติปัญญาและการรับรู้

2.7 ด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและอัตมโนทัศน์

2.8 ด้านบทบาทและความสัมพันธ์ในสังคม

2.9 ด้านเพศสัมพันธ์และการสืบพันธุ์

2.10 ด้านการจัดการความเครียด

2.11 ด้านความเชื่อและค่านิยม

### เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ผู้วิจัยปรับปรุง มาจากแนวทางการสัมภาษณ์ ในการศึกษาวิจัย เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ทั้งด้านสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ

ดังนั้น เพื่อให้เครื่องมือที่ใช้มีความเหมาะสม กับสภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยจึงได้นำมาปรับปรุง เพื่อให้มีความเหมาะสมกับเนื้อหามากยิ่งขึ้น และไปทดลองใช้กับประชาชน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำกลับมาปรับปรุงแก้ไข ให้มีความเหมาะสม ตามวัตถุประสงค์มากยิ่งขึ้น ก่อนนำไปใช้

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น

1. โดยการนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้ ให้สามารถสื่อความหมายที่ชัดเจนและมีความเข้าใจที่ตรงกัน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน
2. รวบรวมข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษามาทำการแก้ไขและปรับปรุง ก่อนนำไปทดลองใช้
3. นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชากรผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความหมายของภาษาที่ใช้และความเชื่อมั่นของ

แบบสอบถาม การวิเคราะห์ความเชื่อมั่นใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟา ( $\alpha$  coefficient) ของ ครอนบาค (Cronbach , 1981) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ .9442

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขออนุญาตผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อไปเก็บรวบรวมข้อมูลในเขตจังหวัดชลบุรี พื้นที่อำเภอบ่อทอง อำเภอพนัสนิคม และอำเภออ่าวอุดม
2. ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสาธารณสุขอำเภอเพื่อขออนุญาตเข้าพื้นที่ในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการศึกษาวิจัย
3. ทำการเก็บแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง และการฝึกรวมเจ้าหน้าที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for windows โดยใช้สถิติดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป นำมาแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ
2. คำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ สภาพปัญหาด้านสุขภาพและความต้องการการดูแล ของผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง

ซึ่งคณะผู้วิจัยจะได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล และเขียนรายงานสรุปผลการวิจัยต่อไป

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

#### การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

คณะผู้วิจัยได้แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูล เป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปและสถานภาพของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบระดับความต้องการการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านตาม

สภาวะสุขภาพในแต่ละด้าน

#### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปและสถานภาพของผู้สูงอายุ

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปและสถานภาพของผู้สูงอายุ

ข้อ	รายการ		จำนวน ( n = 379)	ร้อยละ
1	เพศ			
		ชาย	119	31.39
		หญิง	260	68.61
2	สถานภาพสมรส			
		โสด	57	15.04
		คู่	166	43.78
		ม้าย/หย่าร้าง	135	35.62
		อื่น ๆ	21	5.54
3	อายุ	เฉลี่ย 70.14 ปี	21	
	ชาย	เฉลี่ย 72.98 ปี		
	หญิง	เฉลี่ย 68.84 ปี		
4	ลักษณะครอบครัว			
		อยู่คนเดียว	50	13.19
		ครอบครัวเดี่ยว	252	66.49
		ครอบครัวขยาย	73	19.26
		อยู่กับผู้อื่นที่ไม่ใช่ญาติ	4	1.06



ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปและสถานภาพของผู้สูงอายุ (ต่อ)

ข้อ	รายการ	จำนวน ( n = 379)	ร้อยละ
5	สถานภาพในครอบครัว		
	หัวหน้าครอบครัว	247	65.17
	สามี/ภรรยาเจ้าของบ้าน	69	18.21
	ผู้อาศัย	63	16.62
	อื่น ๆ	0	0.00
6	ระดับการศึกษา		
	ไม่ได้เข้ารับการศึกษ	66	17.42
	ประถมศึกษา	288	75.99
	มัธยมศึกษา(ต้น/ปลาย)	21	5.54
	ปวช./ปวส./อนุปริญญา	0	0.00
	ปริญญาตรี		1.05
	สูงกว่าปริญญาตรี	0	0.00
7	จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
	1 - 5	288	75.73
	6 - 10	69	21.64
	1 - 5	60	1.05
	16 คนขึ้นไป	0	0.00
8	อาชีพ		
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	170	44.85
	ยังทำงานอยู่	209	55.15
	ค้าขาย	23	11.00
	รับจ้าง	70	33.50
	เกษตรกรกรม	116	55.50
9	รายได้เฉลี่ย/เดือน 2,360.417 บาท		
	แหล่งรายได้		
	ค้าขาย	34	8.97
	รับจ้าง	54	14.25
	เกษตรกรกรม	181	47.75
	ข้าราชการบำนาญ	27	7.13
	บุตร-หลาน	63	17.15
	มรดก	18	4.75

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปและสถานภาพของผู้สูงอายุ(ต่อ)

ข้อ	รายการ	จำนวน ( n = 379)	ร้อยละ
10	รายได้เมื่อเทียบกับค่าใช้จ่าย		
	ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายที่จำเป็น และมีหนี้	70	18.47
	ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายที่จำเป็น	122	32.19
	เพียงพอ ไม่มีเงินเก็บ และมีหนี้	52	13.72
	เพียงพอ ไม่มีเงินเก็บและไม่มีหนี้	103	27.17
	เพียงพอ มีเงินเก็บ และมีหนี้	10	2.64
	เพียงพอ มีเงินเก็บ และไม่มีหนี้	22	5.81
11	ลักษณะสภาพแวดล้อมและที่พักอาศัย		
	บ้านในเขตเมือง	70	7.65
	บ้านในเขตชนบท	294	77.57
	บ้านเขตกึ่งเมืองกึ่งชนบท	38	10.04
	บ้านในเขตอุตสาหกรรม	9	2.37
	อื่น ๆ	9	2.37
12	บ้านที่อยู่	9	
	บ้านตนเอง	348	91.82
	บ้านเช่า	10	2.64
	บ้านญาติ พี่น้อง	15	3.95
	อื่น ๆ	6	1.59

จากตาราง 2 พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดชลบุรี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (68.61%) รองลงมาเป็นเพศชาย (31.39%) สถานภาพสมรส คู่ (43.78%) รองลงมา ม่าย/หย่า/ร้าง (35.62%) อายุเฉลี่ย 70.14 ปี ในเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 68.84 เพศชาย มีอายุเฉลี่ย 72.98 ปี ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่ เป็นครอบครัวเดี่ยว (66.49%) และเป็นหัวหน้าครอบครัว(65.17%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา(75.99%) สมาชิกในครอบครัวมี 1-5 คน (75.73%) ยังทำงานอยู่ (55.15%) ซึ่งส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร(55.15%) มีรายได้เฉลี่ย 2,360.417 บาท/เดือน แหล่งรายได้ส่วนใหญ่มาจากการประกอบอาชีพเกษตรกร(47.75%) เมื่อเทียบกับค่าใช้จ่าย ส่วนใหญ่ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายที่จำเป็น(32.19%)ลักษณะสภาพแวดล้อมและที่พักอาศัย ส่วนใหญ่เป็นบ้านในเขตชนบท(77.57%) และเป็นบ้านของตนเอง(91.82%)

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ

2.1 ด้านการรับรู้และการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพ

ตาราง 3 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุด้านการรับรู้และการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพ

ข้อ	รายการ	จำนวน (n = 379)	ร้อยละ
1	ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าท่านมีภาวะเจ็บป่วยด้วยอาการ หรือโรคต่าง ๆ หรือไม่		
	ไม่มี	133	35.09
	มี (ตอบได้มากกว่า 1 โรค)	246	64.91
	<b>ระบบ กล้ามเนื้อ-กระดูก</b>	<b>56</b>	<b>16.28</b>
	กระดูกทับเส้น	8	14.29
	เกาท์	8	12.50
	ปวดหลัง	12	21.43
	ปวดเข่า	14	25.00
	ปวดข้อเท้า/เท้า	6	10.71
	ปวดขา	8	16.07
	<b>ระบบไหลเวียน</b>	<b>103</b>	<b>29.94</b>
	ความดันโลหิตสูง	82	79.61
	ไขมันผิดปกติในเลือด	12	11.65
	หัวใจ	6	8.74
	<b>ระบบต่อมไร้ท่อ</b>	<b>74</b>	<b>19.52</b>
	โรคเบาหวาน	69	93.24
	ไทรอยด์	6	6.76
	<b>ระบบทางเดินอาหาร</b>	<b>31</b>	<b>9.01</b>
	โรคกระเพาะอาหาร	16	51.61
	ปวดท้อง	16	48.39
	<b>ระบบหายใจ</b>	<b>67</b>	<b>17.85</b>
	หอบหืด	44	65.67
	ภูมิแพ้/แพ้อากาศ	23	34.33
	<b>ผิวหนัง</b>	<b>6</b>	<b>1.74</b>
	<b>ตา หู คอ จมูก</b>	<b>8</b>	<b>2.03</b>
		N = 344	

ตาราง 3 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพและความต้องการการดูแล  
ของผู้สูงอายุด้านการรับรู้และการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพ (ต่อ)

ข้อ	รายการ	จำนวน( n = 379)	ร้อยละ
2	ตลอดระยะเวลา 1 ปี ที่ผ่านมาท่านเคยเจ็บป่วยจนถึงขั้นเข้าอนรักษ ตัวในโรงพยาบาลหรือไม่		
	ไม่เคย	257	67.81
	เคย	122	32.19
	ระบบกล้ามเนื้อ-กระดูก	3	2.21
	ระบบไหลเวียน	30	23.68
	ระบบต่อมไร้ท่อ	32	23.53
	ระบบทางเดินอาหาร	11	8.09
	ระบบหายใจ	54	39.71
	ผิวหนัง	3	0.74
	ตา หู คอ จมูก	3	3.68
		N = 136	
	เฉลี่ย 2.18 ครั้ง / ปี		
3	ท่านสูบบุหรี่หรือไม่		
	1. ไม่สูบบุหรี่	297	78.36
	2. สูบบุหรี่ครั้งคราว	30	14.25
	3. สูบบุหรี่ประจำ	19	5.02
	เฉลี่ย นาน 36.2 ปี		
	4. เคยสูบบุหรี่เป็นประจำ แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว	9	2.37
	เฉลี่ย 13.75 มวน/วัน	X = 1.37	SD = 0.80
4	ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่	3	
	1. ไม่ดื่มเลย	268	70.71
	2. ดื่มเป็นครั้งคราว	96	25.33
	3. ดื่มเป็นประจำ	3	1.32
	เฉลี่ย นาน 5.2 ปี		
	4. เคยดื่มเป็นประจำ แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว	1	2.64
	เฉลี่ย 1.125 ขวด/วัน		
		X = 1.35	SD = 0.64

ตาราง 3 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแล  
ของผู้สูงอายุด้านการรับรู้และการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพ(ต่อ)

ข้อ	รายการ	จำนวน( n = 379)	ร้อยละ
5	ท่านเคยได้รับอุบัติเหตุหรือไม่		
	1. อุบัติเหตุจากการทำงาน	53	13.98
	2. อุบัติเหตุภายในบ้าน	36	9.50
	3. อุบัติเหตุจากรถ	123	32.45
	4. อุบัติเหตุ อื่น ๆ	26	6.86
	5. ไม่มี	141	37.20
6	ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพจากใครบ้าง (ตอบมากกว่า 1 ข้อ)		
	1. แพทย์	123	41.01
	2. พยาบาล	128	29.49
	3.ญาติ พี่น้อง และเพื่อน ๆ	58	13.36
	4. สื่อวิทยุโทรทัศน์ และเอกสารสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ	62	14.29
	5. อื่น ๆ (ระบุ)	13	2.99
	ชมรมผู้สูงอายุ		
	เพื่อน		
		N= 434	
7	ปัจจุบันท่านใช้สิทธิการรักษาพยาบาลอย่างไร		
	1. เบิกได้ (ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/อื่น ๆ )	13	3.96
	2. ประกันสังคม	5	1.32
	3. ประกันสุขภาพถ้วนหน้า(30 บาท)	329	86.81
	4. ชำระเอง	58	7.92
8	ท่านมักจะปฏิบัติเช่นไรเมื่อเจ็บป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
	1. ซื้อยาทานเอง	26	8.31
	2. ไปสถานเอนามัย	59	13.63
	3. พบแพทย์ที่คลินิก	27	6.24
	4. ไปโรงพยาบาล	311	71.82
		N = 433	

ตาราง 3 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพและความต้องการการดูแล  
ของผู้สูงอายุด้านการรับรู้และการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพ(ต่อ)

ข้อ	รายการ	จำนวน( n = 379)	ร้อยละ
9	เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านคิดว่าใครจะเป็นผู้ดูแลท่านอย่างใกล้ชิด (ตอบมากกว่า 1 ข้อ)		
	1. ตนเอง	32	8.06
	2. คู่สามี/ภรรยา	99	24.94
	3. บุตร/ธิดา	230	57.94
	4.ญาติ พี่น้อง	9	2.27
	5. บุคลากรทางการแพทย์	27	6.80
		N = 397	
10	ระดับความต้องการการดูแลด้านการรับรู้และการจัดการเกี่ยวกับ สุขภาพ		
	1. มากที่สุด	42	11.08
	2. มาก	80	21.11
	3. ปานกลาง	210	55.41
	4. น้อย	37	9.76
	5. น้อยที่สุด	10	2.64
		X = 3.28	SD = 0.88

จากตาราง 3 พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดชลบุรี ส่วนใหญ่ มีภาวะสุขภาพด้านการรับรู้และการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพ โดยในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาส่วนใหญ่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่ามีภาวะเจ็บป่วยด้วยอาการหรือโรคต่างๆ (64.91 %)ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรกระบบไหลเวียนโลหิต (29.94%) ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง(79.61%) รองลงมาเป็นโรคเกี่ยวกับระบบต่อมไร้ท่อ(19.52%) ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน(93.24%) ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมาส่วนใหญ่ไม่เคยเจ็บป่วยจนถึงขั้นเข้าอนรักษาด่วนในโรงพยาบาล(67.81%) สำหรับผู้ที่เคยเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ(39.71%) และเข้าโรงพยาบาลเฉลี่ย 2.18 ครั้ง / ปี ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่(78.36%) และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (70.71%) อุบัติเหตุที่เคยได้รับส่วนใหญ่เป็นอุบัติเหตุจากการจราจร(32.45%) ได้รับคำแนะนำทางด้านสุขภาพส่วนใหญ่จากแพทย์(41.01%) และใช้สิทธิการรักษาพยาบาล จาก

สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(86.81%) และเมื่อเจ็บป่วยมักจะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล (71.82%) และผู้ที่คิดว่าจะสามารถดูแลตนเองได้ดีที่สุดใกล้ชิดที่สุดคือ บุตร-ธิดา(57.94%) มีระดับความต้องการการดูแลด้านการรับรู้และการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพ ส่วนใหญ่ในระดับปานกลาง (55.41%) รองลงมาคือ ระดับมาก (21.11%) และมีค่าเฉลี่ยของระดับความต้องการดูแลด้านการรับรู้และการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง

## 2.2 ด้านโภชนาการ และการเผาผลาญพลังงาน

ตาราง 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุด้านโภชนาการ และการเผาผลาญพลังงาน

ข้อ	รายการ	จำนวน( n = 379)	ร้อยละ
1	ประเภทของอาหารที่ท่านรับประทาน บ่อยที่สุด		
	1. ประเภททอด	73	19.26
	2. ประเภท ปิ้ง ย่าง	24	6.33
	3. ประเภท คั้ม นึ่ง อบ	244	64.38
	4. ประเภท ลวก	38	10.03
2	ท่านรับประทานผัก เช่น ผักกาด ผักคะน้า ผักบุ้ง หรือผักใบเขียวชนิด อื่น ๆ บ่อยเพียงใด ใน 1 สัปดาห์		
	1. ไม่เคยเลย	0	0.00
	2. บางครั้ง (1-2 วัน)	73	8.71
	3. บ่อยครั้ง(3-4 วัน)	125	32.98
	4. เป็นประจำ (5-7 วัน)	221	58.31
1		X = 3.50	SD = 0.65
3	ท่านรับประทานผลไม้ที่ไม่หวานจัด เช่น ชมพู ฝรั่ง พุทรา บ่อยครั้งเพียงใด ใน 1 สัปดาห์		
	1. ไม่เคยเลย	47	12.40
	2. บางครั้ง (1-2 วัน)	178	46.97
	3. บ่อยครั้ง(3-4 วัน)	56	14.78
	4. เป็นประจำ (5-7 วัน)	98	25.86
		X = 2.54	SD = 1.01

ตาราง 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุด้านโภชนาการ และการเผาผลาญพลังงาน (ต่อ)

ข้อ	รายการ	จำนวน (n = 379)	ร้อยละ
4	ท่านรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น เงาะ ลำไย ทูเรียน ขนุน มะม่วงสุก ลิ้นจี่ ทุเรียน บ่อยครั้งเพียงใด ใน 1 สัปดาห์		
	1. ไม่เคยเลย	41	10.82
	2. บางครั้ง (1-2 วัน)	269	70.98
	3. บ่อยครั้ง (3-4 วัน)	41	10.82
	4. เป็นประจำ (5-7 วัน)	28	7.39
		X = 2.14	SD = 0.70
5	ท่านรับประทานขนมหวาน เช่น ขนมไทย เค้ก คุกกี้ บ่อยครั้งเพียงใด ใน 1 สัปดาห์		
	1. ไม่เคยเลย	86	22.69
	2. บางครั้ง (1-2 วัน)	208	54.88
	3. บ่อยครั้ง (3-4 วัน)	32	8.44
	4. เป็นประจำ (5-7 วัน)	53	13.98
		X = 2.14	SD = 0.93
6	ท่านรับประทานอาหารตรงตามเวลาหรือใกล้เคียงกับเวลาเดิมบ่อยครั้งเพียงใด ใน 1 สัปดาห์		
	1. ไม่เคยเลย	28	7.12
	2. บางครั้ง (1-2 วัน)	126	33.25
	3. บ่อยครั้ง (3-4 วัน)	53	16.62
	4. เป็นประจำ (5-7 วัน)	163	43.00
		X = 2.95	SD = 1.03
7	ท่านรับประทานอาหารจุกจิกมากกว่า 3 มื้อ บ่อยครั้งเพียงใด ใน 1 สัปดาห์		
	1. ไม่เคยเลย	166	43.80
	2. บางครั้ง (1-2 วัน)	129	34.04
	3. บ่อยครั้ง (3-4 วัน)	41	16.09
	4. เป็นประจำ (5-7 วัน)	28	6.07
		X = 1.84	SD = 0.91



ตาราง 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและ  
ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุด้านโภชนาการ และการเผาผลาญพลังงาน (ต่อ)

ข้อ	รายการ	จำนวน( n = 379)	ร้อยละ
8	ท่านรับประทานทอफी ลูกอม ช็อกโกแลต และขนมขบเคี้ยว บ่อยครั้งเพียงใด ใน 1 สัปดาห์		
	1. ไม่เคยเลย	253	66.75
	2. บางครั้ง (1-2 วัน)	112	29.55
	3. บ่อยครั้ง(3-4 วัน)	14	3.70
	4. เป็นประจำ (5-7 วัน)	0	0.00
		X = 1.37	SD = 0.56
9	ท่านดื่มน้ำอัดลม หรือเครื่องดื่มที่มีรสหวาน บ่อยครั้งเพียงใด ใน 1 สัปดาห์		
	1. ไม่เคยเลย	194	51.19
	2. บางครั้ง (1-2 วัน)	194	39.31
	3. บ่อยครั้ง(3-4 วัน)	23	6.00
	4. เป็นประจำ (5-7 วัน)	13	3.43
		X = 1.62	SD = 0.76
10	ท่านดื่มเครื่องดื่มประเภท ชา กาแฟ บ่อยครั้งเพียงใด ใน 1 สัปดาห์	112	
	1. ไม่เคยเลย	182	48.02
	2. บางครั้ง (1-2 วัน)	136	35.88
	3. บ่อยครั้ง(3-4 วัน)	13	8.71
	4. เป็นประจำ (5-7 วัน)	28	7.39
		X = 1.37	SD = 0.90
11	น้ำหนักเฉลี่ย 56.58 กิโลกรัม		
	ส่วนสูงเฉลี่ย 158.39 เซนติเมตร		
12	ท่านเคยมีปัญหาเกี่ยวกับการแพ้อาหาร เช่น เกิดอาการ บวม หายใจลำบาก ผื่นขึ้น หลังจากรับประทานอาหารนั้น ๆ บ่อยครั้งเพียงใด ใน 1 สัปดาห์		
	1. ไม่เคยเลย	329	86.81
	2. บางครั้ง (1-2 วัน)	43	11.35
	3. บ่อยครั้ง(3-4 วัน)	13	0.53
	4. เป็นประจำ (5-7 วัน)	5	1.31
		X = 1.15	SD = 0.45

ตาราง 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุด้านโภชนาการ และการเผาผลาญพลังงาน (ต่อ)

ข้อ	รายการ	จำนวน( n = 379)	ร้อยละ
13	ท่านเคยมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพของเท้า เช่น มีบาดแผลที่เท้า ส้นเท้าแตก บ่อยครั้งเพียงใด ใน 1 สัปดาห์		
	1. ไม่เคยเลย	271	71.50
	2. บางครั้ง (1-2 วัน)	58	15.30
	3. บ่อยครั้ง(3-4 วัน)	24	6.33
	4. เป็นประจำ (5-7 วัน)	26	6.86
		X = 1.47	SD = 0.87
14	ท่านเคยมีปัญหาเกี่ยวกับผิวหนัง เช่น ผิวหนังแห้ง ผิวหนังแตก เกิดโรคผิวหนัง กลากเคลื่อน หรือไม่		
	1. ไม่เคยเลย	239	63.06
	2. บางครั้ง (1-2 วัน)	101	26.65
	3. บ่อยครั้ง(3-4 วัน)	24	6.33
	4. เป็นประจำ (5-7 วัน)	15	3.96
		X = 1.51	SD = 0.78
15	ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับโรคในช่องปาก และฟัน เช่น ฟันผุ เหงือกอักเสบ โรคปริทันต์ ฯลฯ บ่อยเพียงใด		
	1. ไม่เคยเลย	142	37.47
	2. บางครั้ง (1-2 วัน)	170	44.85
	3. บ่อยครั้ง(3-4 วัน)	52	13.72
	4. เป็นประจำ (5-7 วัน)	15	3.56
		X = 1.84	SD = 0.80
		X = 3.25	SD = 0.80
16	ระดับความต้องการการดูแลด้านโภชนาการ และการเผาผลาญพลังงาน		
	1. มากที่สุด	29	7.65
	2. มาก	58	12.93
	3. ปานกลาง	219	57.78
	4. น้อย	58	15.30
	5. น้อยที่สุด	24	6.33
		X = 3.00	SD = 0.93

จากตาราง 4 พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดชลบุรี มีสภาวะสุขภาพด้านโภชนาการ และการเผาผลาญพลังงานโดยส่วนใหญ่ ชอบรับประทานอาหารประเภท ต้ม นึ่ง อบ (64.38%) และรับประทานผัก เช่น ผักกาด ผักคะน้า ผักบุ้ง หรือผักใบเขียวชนิด อื่น ๆ เป็นประจำ (5-7 วัน/สัปดาห์) (58.31%) ในระดับมาก ( $X = 3.50$ ,  $SD = 0.65$ ) ส่วนใหญ่ รับประทานอาหารตรงตามเวลาหรือใกล้เคียงกับเวลาเดิม เป็นประจำ (43.00%) อยู่ในระดับปานกลาง ( $X = 2.95$ ,  $SD = 1.03$ ) และรับประทานผลไม้ที่ไม่หวานจัด เช่น ชมพู่ ฝรั่ง พุทรา เป็นบางครั้ง (46.97%) อยู่ในระดับปานกลาง ( $X = 2.54$ ,  $SD = 1.01$ )

ส่วนใหญ่มิเคยมีปัญหาเกี่ยวกับการแพ้อาหาร เช่น เกิดอาการ บวม หายใจลำบาก ผื่นขึ้น หลังจากรับประทานอาหารนั้น ๆ (86.81%) อยู่ในระดับน้อยที่สุด ( $X = 1.15$ ,  $SD = 0.45$ ) และไม่รับประทานทอफी ลูกอม ช็อกโกแลต และขนมขบเคี้ยว (66.75%) อยู่ในระดับน้อยที่สุด ( $X = 1.37$ ,  $SD = 0.56$ )

ในภาพรวมของสภาวะสุขภาพด้านโภชนาการ และการเผาผลาญพลังงาน ผู้สูงอายุมีสภาวะสุขภาพ อยู่ในระดับ ปานกลาง ( $X = 3.25$ ,  $SD = 0.80$ ) และมีระดับความต้องการการดูแลด้านโภชนาการ และการเผาผลาญพลังงาน อยู่ในระดับ ปานกลาง ( $X = 3.00$ ,  $SD = 0.93$ )

## 2.3 ด้านการขับถ่าย

ตาราง 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุด้านการขับถ่าย

ข้อ	รายการ	จำนวน( n = 379)	ร้อยละ
1	ท่านมีลักษณะนิสัยในการขับถ่าย ตรงขับข้อใดมากที่สุด		
	1. ขับถ่ายทุกวัน	290	76.52
	2. 1-2 วัน ถ่ายครั้ง	71	18.73
	3. 3-4 วัน ถ่ายครั้ง	13	3.43
	4. 5-7 วัน ถ่ายครั้ง	5	1.32
2	ลักษณะของอุจจาระโดยส่วนมากเป็น เช่นไร		
	1. แข็ง มีสีดำหรือคล้ำ กลิ่นเหม็น	41	10.82
	2. ไม่แข็ง มีสีเหลือง กลิ่นเหม็น	108	28.49
	3. ไม่แข็ง มีสีเหลือง กลิ่นไม่เหม็น	100	29.02
	4. อ่อนนิ่ม มีสีเหลือง กลิ่นไม่เหม็น	120	31.66

ตาราง 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพและ  
ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุด้านการขับถ่าย (ต่อ)

ข้อ	รายการ	จำนวน( n = 379)	ร้อยละ
3	ท่านเคยมีอาการขับถ่ายลำบาก หรือ ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ บ่อยครั้งเพียงใด		
	1. ไม่เคยเลย	172	45.38
	2. บางครั้ง	158	41.69
	3. บ่อยครั้ง	41	10.82
	4. เป็นประจำ	8	2.11
		X = 1.69	SD = 0.75
3	ท่านเคยมีอาการถ่ายปัสสาวะลำบาก หรือ ไม่สามารถควบคุมการถ่ายปัสสาวะได้ บ่อยครั้งเพียงใด		
	1. ไม่เคยเลย	194	51.19
	2. บางครั้ง	140	36.94
	3. บ่อยครั้ง	41	10.55
	4. เป็นประจำ	5	1.32
		X = 1.60	SD = 0.72
		X = 3.36	SD = 0.74
5	ระดับความต้องการการดูแลด้านการขับถ่าย		
	1.มากที่สุด	32	8.44
	2. มาก	32	6.07
	3.ปานกลาง	226	59.63
	4. น้อย	36	9.50
	5.น้อยที่สุด	62	16.36
		X = 2.82	SD = 1.06

จากตาราง 5 พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดชลบุรี มีสถานะสุขภาพด้านการขับถ่าย โดยส่วนใหญ่มีลักษณะนิสัยในการขับถ่ายทุกวัน(76.52%) ลักษณะส่วนใหญ่ของอุจจาระอ่อนนุ่ม มีสีเหลือง กลิ่นไม่เหม็น(31.66%) อาการขับถ่ายลำบาก หรือ ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ สภาพปัญหา อยู่ในระดับ น้อย (X = 1.69 ,SD = 0.75) โดยส่วนใหญ่ ไม่เคยมีปัญหา (45.38%) มีบางครั้ง (41.69%) และบ่อยครั้ง (10.82%)

สำหรับอาการถ่ายปัสสาวะลำบาก หรือไม่สามารถควบคุมการถ่ายปัสสาวะได้ มีสภาพปัญหาอยู่ในระดับ ปานกลาง ( $X = 2.82, SD = 1.06$ ) โดยส่วนใหญ่ ไม่เคยมีปัญหา (51.19%) รองลงมาคือ มีบางครั้ง (36.94%) และบ่อยครั้ง (10.55%) มีระดับความต้องการการดูแลด้านการขับถ่าย ส่วนใหญ่ในระดับปานกลาง (00.00%) รองลงมาคือ น้อยที่สุด (00.00%)

ในภาพรวมของสภาวะสุขภาพด้านการขับถ่าย ผู้สูงอายุมีสภาวะสุขภาพ อยู่ในระดับ ปานกลาง ( $X = 3.36, SD = 0.74$ ) และมีระดับความต้องการการดูแลด้านการขับถ่าย อยู่ในระดับ ปานกลาง ( $X = 2.82, SD = 1.06$ )

#### 2.4 ด้านการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมต่าง ๆ

ตาราง 6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุด้านการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมต่าง ๆ

ข้อ	รายการ	จำนวน (n = 379)	ร้อยละ
1	ท่านออกกำลังกายสัปดาห์ละกี่ครั้ง		
	1. ไม่เคยเลย	37	9.76
	2. 1-2 ครั้ง	138	36.41
	2. 1-2 ครั้ง	191	50.40
	4. ทุกวัน	13	3.43
		$X = 2.95$	$SD = 1.06$
2	ท่านออกกำลังกายครั้งละกี่นาที		
	1. น้อยกว่า 9 นาที-ไม่ออกเลย	37	24.01
	2. 10-14 นาที	117	30.87
	2. 10-14 นาที	37	8.44
	4. 20-45 นาที	139	36.68
		$X = 2.58$	$SD = 1.21$
3	การออกกำลังกายที่ท่านมักปฏิบัติคือ อะไร		
	1. เดิน, วิ่งเหยาะ ๆ	164	43.27
	2. ว่ายน้ำ	3	0.79
	3. เต้นแอโรบิค	124	32.72
	4. รำมวยจีน	33	8.71
	5. ชี่จักรยาน	28	7.39
	6. อื่น ๆ	27	7.12

ตาราง 6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุด้านการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมต่าง ๆ (ต่อ)

ข้อ	รายการ	จำนวน( n = 379)	ร้อยละ
4	เมื่อออกกำลังกายท่านรู้สึกเหนื่อยมาก หรือเคยเป็นลมหมดสติ บ่อยครั้งเพียงใด		
	1. ไม่เคยเลย	321	84.69
	2. บางครั้ง	43	11.35
	3. บ่อยครั้ง	10	2.64
	4. เป็นประจำ	5	1.32
		X = 1.21	SD = 0.56
		X = 3.11 SD = 0.94	
5	ระดับความต้องการการดูแลด้านการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมต่าง ๆ		
	1.มากที่สุด	26	6.86
	2. มาก	41	10.82
	3.ปานกลาง	226	59.63
	2. มาก	27	7.12
	5.น้อยที่สุด	10	15.57
		X = 3.04	SD = 0.85

จากตาราง 6 ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดชลบุรี มีสภาวะสุขภาพด้านการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมต่าง ๆ ส่วนใหญ่ออกกำลังกาย อยู่ในระดับ ปานกลาง (X = 2.95 ,SD = 1.06) โดยส่วนใหญ่ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง (50.40%) รองลงมา คือ 1-2 ครั้ง (36.41%) และไม่ออกกำลังกายเลย (9.76%)

ใช้เวลาในการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม อยู่ในระดับ ปานกลาง(X = 2.58,SD =1.21) โดยส่วนใหญ่ออกกำลังกายครั้งละ 20-45 นาที (36.68%) รองลงมาคือ 10-14 นาที (30.87%) และน้อยกว่า 9 นาที –ไม่ออกกำลังกายเลย (24.01%) การออกกำลังกายส่วนใหญ่เป็นการเดินหรือวิ่งเหยาะๆ มากที่สุด (43.27%) รองลงมาคือ การเดินแอโรบิค (32.72%) และการรำมวยจีน(8.71%)

ความผิดปกติหลังจากการออกกำลังกาย อยู่ในระดับ น้อยที่สุด (X = 1.21,SD =0.56) ส่วนใหญ่จะไม่รู้สึกเหนื่อยมาก หรือไม่เคยเป็นลมหมดสติ(84.69%) แต่มีผู้ที่เคยรู้สึกเหนื่อยมาก หรือเคยเป็นลมหมดสติ บางครั้ง (11.35%) และบ่อยครั้ง(2.64%)

ในภาพรวมของสภาวะสุขภาพด้านการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมต่าง ๆ ผู้สูงอายุมีสภาวะสุขภาพ อยู่ในระดับ ปานกลาง ( $X = 3.11$  ,  $SD = 0.94$ ) และมีระดับความต้องการ การดูแลด้านด้านการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมต่าง ๆ อยู่ในระดับ ปานกลาง ( $X = 3.04$  ,  $SD = 0.85$ )

## 2.5 ด้านการพักผ่อนนอนหลับ

ตาราง 7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและ ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุด้านการพักผ่อนนอนหลับ

ข้อ	รายการ	จำนวน( n = 379)	ร้อยละ
1	ท่านนอนหลับพักผ่อนวันละกี่ชั่วโมง		
	1. น้อยกว่า 2 ชั่วโมง	67	17.68
	2. 2-4 ชั่วโมง	59	15.57
	2. 2-4 ชั่วโมง	131	34.56
	4. 8-10 ชั่วโมง	122	32.19
		$X = 2.81$	$SD = 1.07$
2	ท่านต้องใช้ยาในการช่วยให้นอนหลับหรือไม่ และบ่อยครั้งเพียงใด ใน 1 สัปดาห์		
	1. ไม่เคยเลย	279	73.61
	2. บางครั้ง (1-2 วัน)	84	22.16
	3. บ่อยครั้ง (3-4 วัน)		1.32
	4. เป็นประจำ (5-7 วัน)	11	2.90
		$X = 1.33$	$SD = 0.64$
3	เมื่อท่านนอนหลับ ท่านฝันร้ายบ่อยครั้งเพียงใด ใน 1 สัปดาห์	11	
	1. ไม่เคยเลย	235	62.00
	2. บางครั้ง (1-2 วัน)	120	31.66
	3. บ่อยครั้ง (3-4 วัน)	59	5.01
	4. เป็นประจำ (5-7 วัน)	5	1.32
		$X = 1.46$	$SD = 0.66$
		$X = 3.34$	$SD = 0.79$
4	ปกติท่านจะตื่นนอนเวลาใด		
	02.00 น.	6	1.58
	02.00 น.	11	2.90
	02.00 น.	78	20.58
	02.00 น.	200	52.77
	06.00 น.	67	17.68
	06.00 น.	6	1.58
	08.00 น.	6	1.58
	09.00 น.	5	1.32

ตาราง 7 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแล  
ของผู้สูงอายุด้านการพักผ่อนนอนหลับ (ต่อ)

ข้อ	รายการ	จำนวน( n = 379)	ร้อยละ
5	ระดับความต้องการการดูแลด้านการพักผ่อนนอนหลับ		
	1.มากที่สุด	27	7.12
	2. มาก	41	10.82
	3.ปานกลาง	226	59.63
	4. น้อย	27	7.12
	5.น้อยที่สุด	58	15.30
		X = 3.06	SD = 0.78

จากตาราง 7 พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดชลบุรี มีสภาวะสุขภาพด้านการพักผ่อนนอนหลับ โดยส่วนใหญ่ นอนหลับพักผ่อนวันละ 5-7 ชั่วโมง (34.56%) รองลงมา 8-10 ชั่วโมง (32.19%) อยู่ในระดับ ปานกลาง ( $X = 2.81$  ,  $SD = 1.07$ )ไม่ต้องใช้ยาในการช่วยให้นอนหลับ (73.61%) รองลงมา มีบางครั้งที่ต้องใช้ยาในการช่วยให้นอนหลับ(22.16%) และบ่อยครั้ง(5.01%) อยู่ในระดับ น้อยที่สุด ( $X = 1.33$  ,  $SD = 0.64$ ) ส่วนใหญ่ไม่เคยฝืนร้าย(62.00%) บางครั้ง(31.66%) บ่อยครั้ง(5.01%) อยู่ในระดับ น้อยที่สุด ( $X = 1.46$  ,  $SD = 0.66$ )

ส่วนใหญ่จะตื่นนอนเวลา 05.00น. (52.77%) รองลงมาคือ เวลา04.00 น.(20.58%) และ 06.00 น. (17.68%)

ในภาพรวมของสภาวะสุขภาพด้านการพักผ่อนนอนหลับ ผู้สูงอายุมีสภาวะสุขภาพ อยู่ในระดับ ปานกลาง ( $X = 3.34$  ,  $SD = 0.79$ ) และมีระดับความต้องการการดูแลด้านการพักผ่อนนอนหลับ อยู่ในระดับ ปานกลาง ( $X = 3.06$  ,  $SD = 0.78$ )



## 2.6 ด้านสติปัญญาและการรับรู้

ตาราง 8 จำนวนและร้อยละ ของข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแล  
ของผู้สูงอายุด้านสติปัญญาและการรับรู้

ภาวะสุขภาพ	ใช่		ไม่ใช่	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.ท่านมีปัญหาในการได้ยินเสียงหรือไม่	126	33.25	253	66.75
2.ท่านต้องใช้เครื่องช่วยฟังเสียงหรือไม่	25	6.59	354	93.41
3.ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับสายตาหรือไม่	209	55.14	170	44.86
4.ท่านสวมแว่นตาหรือไม่	131	34.56	248	65.44
5.ในปีที่ท่านไปรับการตรวจวัดสายตาแล้ว	125	32.98	254	67.02
6.ท่านคิดว่าท่านเป็นคนขี้หลงขี้ลืมหรือไม่	268	70.71	111	29.29
7.ท่านรู้สึกว่าคุณไม่สามารถจัดการ ตัดสินใจอะไรได้	124	32.72	255	67.28
8.ท่านรู้สึกว่าคุณตัดสินใจลำบาก	138	36.41	241	63.59
9.ท่านรู้สึกว่าคุณเรียนรู้และปรับตัวเข้ากับสิ่งที่ เปลี่ยนแปลงยาก	124	27.97	255	72.03
10.ท่านรู้สึกว่าคุณจดจำสิ่งต่าง ๆ ได้ยากขึ้น	270	71.24	109	28.76
		40.16		59.84

11	ระดับความต้องการการดูแลด้านสติปัญญาและการรับรู้		
	1.มากที่สุด	13	3.43
	2. มาก	59	15.57
	3.ปานกลาง	230	60.68
	4. น้อย	63	16.62
	5.น้อยที่สุด	14	3.94
	2. มาก	X = 3.00	SD = 0.79

จากตาราง 8 พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดชลบุรี มีสภาวะสุขภาพด้านสติปัญญาและการรับรู้ โดยส่วนใหญ่ ไม่มีปัญหาในการได้ยินเสียง (66.75%) ไม่ต้องใช้เครื่องช่วยฟังเสียง (93.41%) มีปัญหาเกี่ยวกับสายตา (55.14%) แต่ไม่ได้สวมแว่นตา (65.44%) ปีนี้ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการตรวจวัดสายตา (67.02%) และคิดว่าตนเองเป็นคนขี้หลงขี้ลืม(70.71%) แต่ยังสามารถจัดการตัดสินใจอะไรได้ด้วยตนเอง (67.28%) ยังไม่รู้สึกว่าตนเองตัดสินใจลำบาก (63.59%) แต่รู้สึกว่าเรียนรู้และปรับตัวเข้ากับสิ่งที่เปลี่ยนแปลงยาก(72.03%)และรู้สึกว่าจดจำสิ่งต่าง ๆ ได้ยากขึ้น (71.24%)

ในภาพรวมของสภาวะสุขภาพด้านสติปัญญาและการรับรู้ ผู้สูงอายุมีสภาวะสุขภาพ ไม่มีปัญหา (59.84%) และมีระดับความต้องการการดูแลด้านการพักผ่อนนอนหลับ อยู่ในระดับ ปานกลาง ( $X = 3.00$  ,  $SD = 0.79$ )

## 2.7 ด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและอัตมโนทัศน์

ตาราง 9 จำนวนและร้อยละ ของข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแล

ของผู้สูงอายุด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและอัตมโนทัศน์

ข้อ	รายการ	จำนวน( n = 379)	ร้อยละ
1	ท่านรู้สึกผิดหวัง บ่อยครั้งเพียงใด		
	1. ไม่เคยเลย	117	30.87
	2. บางครั้ง	208	54.88
	3. บ่อยครั้ง	52	13.72
	4. เป็นประจำ		0.53
		$X = 1.83$	$SD = 0.66$
2	ท่านรู้สึกโกรธ กลัว วิตกกังวลและไม่สามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ ได้ บ่อยครั้งเพียงใด		
	1. ไม่เคยเลย	135	35.62
	2. บางครั้ง	194	51.19
	3. บ่อยครั้ง	48	12.66
	4. เป็นประจำ	2	0.53
		$X = 1.77$	$SD = 0.66$
3	ท่านรู้สึกหมดหวังในชีวิต หรือรู้สึกว่าตนเองหมดหวังในชีวิตบ่อยครั้งเพียงใด		
	1. ไม่เคยเลย	220	58.05
	2. บางครั้ง	130	34.30
	3. บ่อยครั้ง	27	7.12
	4. เป็นประจำ	2	0.53
		$X = 1.49$	$SD = 0.63$
4	ท่านรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสุข และเศร้าหมองบ่อยครั้งเพียงใด		
	1. ไม่เคยเลย	135	40.89
	2. บางครั้ง	197	51.98
	3. บ่อยครั้ง	23	6.07
	4. เป็นประจำ	4	1.06
		$X = 1.65$	$SD = 0.60$

ตาราง 9 จำนวนและร้อยละ ของข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพและความต้องการการดูแล  
ของผู้สูงอายุด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและอัตมโนทัศน์ (ต่อ)

ข้อ	รายการ	จำนวน( n = 379)	ร้อยละ
5	ท่านรู้สึกว่าคุณสามารถจัดการกับสิ่งที่ทำให้ท่านรำคาญใจได้บ่อยเพียงใด		
	1. ไม่เคยเลย	14	3.69
	2. บางครั้ง	252	66.49
	3. บ่อยครั้ง	32	8.44
	4. เป็นประจำ	81	21.37
		X = 2.46	SD = 0.86
		X = 3.17 SD = 0.68	
ข้อ	รายการ	จำนวน( n = 379)	ร้อยละ
6	ระดับความต้องการการดูแลด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและอัตมโนทัศน์		
	1.มากที่สุด	18	4.75
	2. มาก	14	9.50
	3.ปานกลาง	261	68.87
	4. น้อย	50	13.19
	5.น้อยที่สุด	50	3.69
	2. มาก	X = 2.99	SD = 0.75

จากตาราง 9 พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดชลบุรี มีสถานะสุขภาพด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและอัตมโนทัศน์โดยรู้สึกผิดหวัง ในระดับน้อย ( $X=1.83, SD=0.66$ ) ส่วนใหญ่รู้สึกผิดหวังเป็นบางครั้ง(54.88%) รู้สึกโกรธ กลัว วิตกกังวลและไม่สามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ ได้ในระดับน้อย ( $X=1.77, SD=0.66$ ) ส่วนใหญ่รู้สึกโกรธ กลัว วิตกกังวลและไม่สามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ ได้เป็นบางครั้ง(51.19%) รู้สึกหมดหวังในชีวิต หรือรู้สึกว่าตนเองหมดหวังในชีวิต ในระดับน้อยที่สุด ( $X=1.49, SD=0.63$ ) โดยส่วนใหญ่ไม่เคยรู้สึกเลย(58.05%) รู้สึกว่าตนเองไม่มีความสุข และเศร้าหมอง ในระดับ น้อย( $X=1.65, SD=0.60$ ) ส่วนใหญ่ รู้สึกเป็นบางครั้ง(51.98%) และรู้สึกว่าสามารถจัดการกับสิ่งที่ทำให้รำคาญใจได้ ในระดับ ปานกลาง ( $X=2.46, SD=0.86$ ) ส่วนใหญ่รู้สึก เป็นบางครั้ง (66.49%)

ในภาพรวมของสภาวะสุขภาพด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและอัตมโนทัศน์ ผู้สูงอายุมีสภาวะสุขภาพ อยู่ในระดับ ปานกลาง ( $X = 3.17$  ,  $SD = 0.68$ )และมีระดับความต้องการการดูแลด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและอัตมโนทัศน์ อยู่ในระดับ ปานกลาง ( $X = 2.99$  ,  $SD = 0.75$ )

## 2.8 ด้านบทบาทและความสัมพันธ์ในสังคม

ตาราง 10 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุด้านบทบาทและความสัมพันธ์ในสังคม

ข้อ	ข้อความ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
1	ปัญหาครอบครัวของท่านที่เป็นปัญหาหนักและยาก ๆ ท่านมักจะให้ผู้อื่นช่วยเหลือในการแก้ปัญหา	2.60	1.18
2	ปัญหาส่วนใหญ่ของครอบครัวโดยส่วนใหญ่ท่านจะเป็นผู้จัดการและเป็นผู้ตัดสินใจในการแก้ปัญหา	3.81	1.17
3	ฉันมีคนใกล้ชิดที่ทำให้ฉันรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย	3.81	1.14
4	ฉันรู้สึกว่าคุณมีความสำคัญกับคนรอบข้าง	3.63	1.14
5	ฉันไม่สามารถพึ่งพาญาติ หรือเพื่อนฝูงได้เมื่อมีปัญหา	2.73	1.29
6	ในชีวิตฉัน ฉันมีโอกาสที่จะให้ความช่วยเหลือผู้อื่นน้อย	3.08	1.29
7	ฉันมีเพื่อน/ญาติที่คอยให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน	3.56	1.12
8	เวลาที่ฉันอารมณ์เสีย หรือไม่สบายใจฉันมีคนที่คุณสามารถระบายความรู้สึกได้	3.30	1.25
9	ถ้าฉันเจ็บป่วยจะมีคนมาคอยดูแลหรือให้คำแนะนำว่าฉันควรทำอย่างไรจึงจะหาย	3.81	1.17
10	คนในครอบครัวบอกฉันว่า ที่ครอบครัวอยู่ได้ทุกวันนี้เพราะตัวฉัน	3.81	1.17
	N = 379	3.40	1.19

ข้อ	รายการ	จำนวน (n = 379)	ร้อยละ
11	ระดับความต้องการการดูแลด้านบทบาทและความสัมพันธ์ในสังคม		
	1.มากที่สุด	36	9.50
	2. มาก	32	8.44
	3.ปานกลาง	248	65.44
	4. น้อย	45	11.87
	5.น้อยที่สุด	18	4.75
		X = 3.06	SD = 0.88

จากตาราง 10 พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดชลบุรี มีสภาวะสุขภาพด้านบทบาทและความสัมพันธ์ในสังคมโดยส่วนใหญ่ ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าคนในครอบครัวบอกเขาว่า ที่ครอบครัวอยู่ได้ทุกวันนี้เพราะตัวของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก ( $X = 3.86$ ,  $SD = 1.10$ ) เป็นลำดับที่ 1 รองลงมาคือ ปัญหาส่วนใหญ่ของครอบครัวโดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะเป็นผู้จัดการและเป็นผู้ตัดสินใจในการแก้ปัญหาอยู่ในระดับมาก ( $X = 3.81$ ,  $SD = 1.14$ ) และรู้สึกว่ามีคนใกล้ชิดที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย อยู่ในระดับมาก ( $X = 3.81$ ,  $SD = 1.17$ )

ส่วนบทบาทและความสัมพันธ์ในสังคมที่อยู่ในลำดับสุดท้าย คือ ปัญหาครอบครัวของท่านที่เป็นปัญหาหนักและยาก ๆ ท่านมักจะให้ผู้อื่นช่วยเหลือในการแก้ปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง ( $X = 2.60$ ,  $SD = 1.18$ )

ในภาพรวมของสภาวะสุขภาพด้านบทบาทและความสัมพันธ์ในสังคม ผู้สูงอายุมีสภาวะสุขภาพ อยู่ในระดับ ปานกลาง ( $X = 3.40$ ,  $SD = 1.19$ ) และมีระดับความต้องการการดูแลด้านบทบาทและความสัมพันธ์ในสังคม อยู่ในระดับ ปานกลาง ( $X = 3.06$ ,  $SD = 0.88$ )

## 2.9 ด้านเพศและการสืบพันธุ์

ตาราง 11 จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ  
ด้านด้านเพศและการสืบพันธุ์

ข้อ	รายการ	จำนวน( n = 379)	ร้อยละ
1	ท่านยังมีความสัมพันธ์ทางเพศอยู่หรือไม่		
	1. ไม่มี	326	86.02
	2. มี	53	13.98
	1.1 ถ้ามีท่านมีความพึงพอใจเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์หรือไม่		
	1. พอใจ	344	90.77
	2. ไม่พอใจ	35	9.23
	1.2 ท่านคุมกำเนิดหรือไม่		
	1. ไม่คุม	379	100.00
	2. คุม ระบุ(วิธีการคุมกำเนิด)	0	0.00
2	ท่านมีโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์หรือไม่		
	1. ไม่มี	374	98.68
	2. มี		1.32
3	กรณีที่ท่านเป็นหญิงท่านยังมีประจำเดือนหรือไม่		
	1. ไม่มี	379	100.00
	2. มี ระบุ.....	0	0.00
4	ระดับความต้องการการดูแลด้านเพศและการสืบพันธุ์		
	1.มากที่สุด	0	1.32
	2. มี	10	2.64
	3.ปานกลาง	101	26.65
	4. น้อย	71	18.73
	5.น้อยที่สุด	192	50.66
		X = 1.85	SD = 1.10

จากตาราง 11 พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดชลบุรี มีสภาวะสุขภาพด้านเพศและการสืบพันธุ์ โดยส่วนใหญ่ ไม่มีความสัมพันธ์ทางเพศแล้ว (86.02%) สำหรับผู้ที่ยังมีความสัมพันธ์ทางเพศ ส่วนใหญ่รู้สึกว่ามี ความพึงพอใจเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ (90.77%) และไม่มีการคุมกำเนิด(100.00%) ส่วนใหญ่ไม่มีการคิดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ (98.68%) กรณีที่เป็นหญิงพบว่า ไม่มีประจำเดือนแล้ว (100.00%) มีระดับความต้องการการดูแลด้านเพศและการสืบพันธุ์ ในระดับน้อย ( $X = 1.85$  ,  $SD = 1.10$ )

## 2.10 ด้านการจัดการความเครียด

ตาราง 12 จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ ด้านการจัดการความเครียด

ข้อ	รายการ	จำนวน( n = 379)	ร้อยละ
1	ท่านมีภาวะวิกฤตของครอบครัวในช่วง 1-2 ปี ที่ผ่านมาหรือไม่		
	1. ไม่มี	341	89.97
	2. มี	38	10.03
	เครียด/ไม่เข้าใจกันในครอบครัว	20	52.63
	ญาติ/บุตร เจ็บป่วย	13	34.21
	สามี/บุตร เสียชีวิต	5	13.16
2	ท่านมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของชีวิตในช่วง 1-2 ปี ที่ผ่านมาหรือไม่		
	1. ไม่มี	345	91.03
	2. มี ระบุ.....	34	8.97
	ภาระหนี้สิน	13	28.24
	ย้ายที่อยู่	9	26.47
	ภาวะโรค/โรคที่รักษาไม่หายขาด	8	23.53
	โกรธ/ทะเลาะ/วิวาท	๖	11.76
3	ในกรณีที่ท่านต้องการความช่วยเหลือท่านมีผู้ช่วยหรือไม่		
	1. ไม่มี	131	34.56
	2. มี ระบุ.....	248	65.44
	สามี/ภรรยา	9	31.85
	ญาติ /พี่น้อง	68	27.42
	ลูก	๖๘	22.58
	เพื่อน	45	18.15

ตาราง 12 จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ  
ด้านการจัดการความเครียด (ต่อ)

ข้อ	รายการ	จำนวน( n = 379)	ร้อยละ
4	ในปัจจุบันผู้ที่คอยช่วยเหลือท่านยังคงให้ความช่วยเหลือท่านอยู่หรือไม่		
	1. ไม่ช่วยแล้ว	94	24.80
	2. ยังช่วยอยู่	285	75.20
5	ท่านมีการใช้ยาเพื่อจัดการความเครียดหรือไม่		
	1. ไม่มี	339	89.45
	2. มี ระบุประเภทของยา.....	40	10.55
	ยาแก้ปวด	22	55.00
	ยาคลายเครียด	10	25.00
	ยานอนหลับ	8	20.00
6	ท่านคิดว่า ในปัจจุบันนี้ท่านประสบความสำเร็จในชีวิต หรือยัง		
	1. ยัง	187	49.35
	2. ประสบความสำเร็จแล้ว	187	50.65
7	อย่างไร เรียกว่าประสบความสำเร็จในชีวิต		
	สุขภาพแข็งแรง	254	67.02
	ลูก หลานดี	187	49.34
	มีเงิน ไม่มีหนี้สิน	175	46.17
	ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น	101	26.65
8	ระดับความต้องการการดูแลด้านการจัดการความเครียด		
	1.มากที่สุด	24	6.33
	1. ยัง	53	13.98
	3.ปานกลาง	187	45.65
	4. น้อย	67	17.68
	5.น้อยที่สุด	67	16.35
	1. ยัง	X = 2.74	SD = 0.99



จากตาราง 12 พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดชลบุรี มีสภาวะสุขภาพด้านการจัดการความเครียดโดยส่วนใหญ่ ไม่มีภาวะวิกฤตและการเปลี่ยนแปลงของครอบครัวในช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมา (89.97%) , (91.03%) ในกรณีที่ต้องการความช่วยเหลือส่วนใหญ่จะมีผู้ช่วยเหลือ (65.44%) โดยส่วนใหญ่ผู้ช่วยเหลือจะเป็นสามีหรือภรรยา (31.85%) ซึ่งปัจจุบันก็ยังคงช่วยเหลืออยู่ (75.20%) ส่วนใหญ่ไม่ต้องใช้ยาเพื่อจัดการความเครียด (89.45%)

มีผู้สูงอายุที่คิดว่า ในปัจจุบันนี้ท่านประสบความสำเร็จในชีวิตแล้ว (50.65%) และในทัศนะของการประสบความสำเร็จของผู้สูงอายุคือ มีสุขภาพแข็งแรง (67.02%) ลูกหลานดี (49.34%) มีเงินไม่มีหนี้สิน(46.17%) และไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น(26.65%)

มีระดับความต้องการการดูแลด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับ ปานกลาง ( $X = 2.74$ ,  $SD = 0.99$ )

## 2.11 ด้านความเชื่อและค่านิยม

ตาราง 13 จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ ด้านความเชื่อและค่านิยม

ข้อ	รายการ	จำนวน (n = 379)	ร้อยละ
1	โดยปกติคุณมักได้ในสิ่งที่คุณต้องการเสมอ		
	ไม่ใช่	182	48.02
	ไม่ใช่	197	51.98
2	คุณมักจะมีการวางแผนในการดำเนินชีวิตในอนาคตเสมอ		
	ไม่ใช่	138	36.41
	ไม่ใช่	241	63.59
3	ศาสนาเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในชีวิต		
	ไม่ใช่	9	2.38
	ไม่ใช่	370	97.62
4	อะไรเป็นสิ่งที่รบกวนในการปฏิบัติศาสนกิจของท่าน		
	ไม่ใช่	255	67.28
	อาการเจ็บป่วยทางร่างกาย	83	21.90
	ความเครียด/ความกังวลใจ	41	10.82

ตาราง 13 จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ ด้านความเชื่อและค่านิยม (ต่อ)

ข้อ	รายการ	จำนวน (n = 379)	ร้อยละ
5	ระดับความต้องการการดูแลด้านความเชื่อและค่านิยม		
	1.มากที่สุด	15	3.96
	2. มาก	57	15.04
	3.ปานกลาง	190	50.13
	4. น้อย	66	17.41
	5.น้อยที่สุด	57	13.46
		X = 2.78	SD = 0.99

จากตาราง 13 พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดชลบุรี มีสภาวะสุขภาพด้านความเชื่อและค่านิยม โดยส่วนใหญ่ โดยปกติมักได้ในสิ่งที่คุณต้องการเสมอ (51.98%) มักจะมีการวางแผนในการดำเนินชีวิตในอนาคตเสมอ (63.59%) และคิดว่า ศาสนาเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในชีวิต (97.62%) ส่วนใหญ่ ไม่มีอุปสรรคหรือสิ่งรบกวนในการปฏิบัติศาสนกิจ (67.28%) หากมีสิ่งรบกวนส่วนใหญ่จะเป็น อาการเจ็บป่วยทางร่างกาย(21.90%) และความเครียด/ความกังวลใจ(10.82%)

ระดับความต้องการการดูแลด้านความเชื่อและค่านิยม อยู่ในระดับ ปานกลาง (X = 2.78, SD = 0.99)

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบระดับความต้องการการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านตาม

สภาวะสุขภาพในแต่ละด้าน

ตาราง 14 การเปรียบเทียบระดับความต้องการการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านตาม

สภาวะสุขภาพในแต่ละด้าน

ที่	ด้าน	ระดับความต้องการการดูแล					X	SD	ลำดับ
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
1	ด้านการรับรู้และการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพ			✓			3.28	0.88	1
2	ด้านโภชนาการและการเผาผลาญพลังงาน			✓			3.00	0.93	4
3	ด้านการขับถ่าย			✓			2.82	1.01	6
4	ด้านการออกกำลังกายและการทำกิจกรรม			✓			3.00	0.88	4
5	ด้านการพักผ่อนนอนหลับ			✓			3.06	0.78	2
6	ด้านสติปัญญาและการรับรู้			✓			3.00	0.79	4
7	ด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและอัตมโนทัศน์			✓			2.99	0.75	5
8	ด้านบทบาทและความสัมพันธ์ในสังคม			✓			3.00	0.88	2
9	ด้านเพศสัมพันธ์และการสืบพันธุ์				✓		1.85	1.10	4
10	ด้านการจัดการความเครียด			✓			2.74	0.99	8
11	ด้านความเชื่อและค่านิยม			✓			2.78	0.99	7

จากตาราง 14 พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดชลบุรี มีระดับความต้องการการดูแลสุขภาพในด้านการรับรู้ และการจัดการสุขภาพ ในลำดับที่สูงที่สุด ( $X = 3.28$ ,  $SD = 0.88$ ) รองลงมาคือ ด้านบทบาทและความสัมพันธ์ในสังคม ( $X = 3.06$ ,  $SD = 0.88$ ) และด้านการพักผ่อนนอนหลับ ( $X = 3.06$ ,  $SD = 0.78$ )

ส่วนด้านที่ต้องการการดูแลน้อยที่สุด คือ ด้านเพศสัมพันธ์และการสืบพันธุ์ ( $X = 1.85$ ,  $SD = 0.99$ )

## สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

### สรุปผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน และเปรียบเทียบระดับความต้องการการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านตามสถานะสุขภาพในแต่ละด้าน ครอบคลุมพื้นที่จังหวัดชลบุรี 10 อำเภอ 1 กิ่งอำเภอ ประชากรผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 29,756 คน ใช้วิธีสุ่มแบบแบ่งชั้น โดยสุ่มเลือก 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอบ่อทอง อำเภอพนัสนิคม และอำเภออ่าวอุดม ขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้ตารางกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie and Morgan) ได้จำนวน 379 คน การสำรวจใช้แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ซึ่งปรับปรุง มาจากรูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon) ซึ่งทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้สามารถสื่อความหมายที่ชัดเจนและมีความเข้าใจที่ตรงกัน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และผ่านการทดลองใช้ (Try Out) กับประชากรผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความหมายของภาษาที่ใช้และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่าความเชื่อมั่น .9442 โดยแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ข้อมูลเกี่ยวกับสถานภาพทั่วไป ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อายุ ลักษณะครอบครัว และสถานภาพของผู้สูงอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สภาพแวดล้อมและที่พักอาศัย และข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 11 ด้าน ดังนี้ 1) การรับรู้และการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพ 2) โภชนาการและการเผาผลาญพลังงาน 3) การขับถ่าย 4) การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม 5) การพักผ่อนนอนหลับ 6) สถิติปัญญาและการรับรู้ 7) การรับรู้เกี่ยวกับตนเองและอัตมโนทัศน์ 8) บทบาทและความสัมพันธ์ในสังคม 9) เพศสัมพันธ์และการสืบพันธุ์ 10) การจัดการความเครียด 11) ความเชื่อและค่านิยม ซึ่งได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือน ตุลาคม 2548-กันยายน 2549

การเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุด้วยตนเอง มีผู้ช่วยวิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และพยาบาลในพื้นที่ ที่ผ่านการอบรมช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วนำข้อมูลที่นำมาทำ

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

## 1. ข้อมูลทั่วไป

พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดชลบุรี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (68.61%) รองลงมาเป็นเพศชาย (31.39%) สถานภาพสมรส คู่(43.78%) รองลงมา ม่าย/หย่า/ร้าง (35.62%) อายุเฉลี่ย 70.14 ปี ในเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 68.84 เพศชาย มีอายุเฉลี่ย 72.98 ปี ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่ เป็นครอบครัวเดี่ยว (66.49%) และเป็นหัวหน้าครอบครัว(65.17%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา(75.99%) สมาชิกในครอบครัวมี 1-5 คน (75.73%) ยังทำงานอยู่ (55.15%) ซึ่งส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกร(55.15%) มีรายได้เฉลี่ย 2,360.417 บาท/เดือน แหล่งรายได้ส่วนใหญ่มาจากการประกอบอาชีพเกษตรกรรม(47.75%) เมื่อเทียบกับค่าใช้จ่าย ส่วนใหญ่ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายที่จำเป็น(32.19%)ลักษณะสภาพแวดล้อมและที่พักอาศัย ส่วนใหญ่เป็นบ้านในเขตชนบท (77.57%) และเป็นบ้านของตนเอง(91.82%)

## 2. ด้านการรับรู้และการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพ

พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดชลบุรี ส่วนใหญ่ มีภาวะสุขภาพ ด้านการรับรู้และการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพ โดยในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาส่วนใหญ่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่ามีภาวะเจ็บป่วยด้วยอาการหรือโรคต่างๆ (64.91 %)ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรกระบบไหลเวียนโลหิต (29.94%) ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง(79.61%) รองลงมาเป็นโรคเกี่ยวกับระบบต่อมไร้ท่อ(19.52%) ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน(93.24%) ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมาส่วนใหญ่ไม่เคยเจ็บป่วยจนถึงขั้นเข้าอนรักษาคิวในโรงพยาบาล(67.81%) สำหรับผู้ที่เคยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ (39.71%) และเข้าโรงพยาบาลเฉลี่ย 2.18 ครั้ง / ปี ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่(78.36%) และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (70.71%) อุบัติเหตุที่เคยได้รับส่วนใหญ่เป็นอุบัติเหตุจากการจราจร(32.45%) ได้รับคำแนะนำทางด้านสุขภาพส่วนใหญ่จากแพทย์(41.01%) และใช้สิทธิการรักษาพยาบาล จากสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(86.81%) และเมื่อเจ็บป่วยมักจะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล (71.82%) และผู้ที่คิดว่าจะสามารถดูแลตนเองได้ดีที่สุดใกล้ชิดที่สุดคือ บุตร-ธิดา(57.94%) มีระดับความต้องการการดูแลด้านการรับรู้และการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพ ส่วนใหญ่ในระดับปานกลาง (55.41%)

องลงมาคือ ระดับมาก (21.11%) และมีค่าเฉลี่ยของระดับความต้องการดูแลด้านการรับรู้และการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง

### 3.ด้านโภชนาการ และการเผาผลาญพลังงาน

พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดชลบุรี มีสภาวะสุขภาพด้านโภชนาการ และการเผาผลาญพลังงานโดยส่วนใหญ่ ชอบรับประทานอาหารประเภท คั่ว นึ่ง อบ (64.38%) และรับประทานผัก เช่น ผักกาด ผักคะน้า ผักบุ้ง หรือผักใบเขียวชนิด อื่น ๆ เป็นประจำ (5-7 วัน/สัปดาห์) (58.31%) ในระดับมาก ( $X = 3.50$ ,  $SD = 0.65$ ) ส่วนใหญ่ รับประทานอาหารตรงตามเวลา หรือใกล้เคียงกับเวลาเดิม เป็นประจำ (43.00%) อยู่ในระดับปานกลาง ( $X = 2.95$ ,  $SD = 1.03$ ) และรับประทานผลไม้ที่ไม่หวานจัด เช่น ชมพู่ ฝรั่ง พุทรา เป็นบางครั้ง (46.97%) อยู่ในระดับปานกลาง ( $X = 2.54$ ,  $SD = 1.01$ )

ส่วนใหญ่ ไม่เคยมีปัญหาเกี่ยวกับการแพ้อาหาร เช่น เกิดอาการ บวม หายใจลำบาก ผื่นขึ้น หลังจากรับประทานอาหารนั้น ๆ (86.81%) อยู่ในระดับน้อยที่สุด ( $X = 1.15$ ,  $SD = 0.45$ ) และไม่เคยรับประทานทอफी ลูกอม ช็อกโกแลต และขนมขบเคี้ยว (66.75%) อยู่ในระดับน้อยที่สุด ( $X = 1.37$ ,  $SD = 0.56$ )

ในภาพรวมของสภาวะสุขภาพด้านโภชนาการ และการเผาผลาญพลังงาน ผู้สูงอายุมีสภาวะสุขภาพ อยู่ในระดับ ปานกลาง ( $X = 3.25$ ,  $SD = 0.80$ ) และมีระดับความต้องการการดูแลด้านโภชนาการ และการเผาผลาญพลังงาน อยู่ในระดับ ปานกลาง ( $X = 3.00$ ,  $SD = 0.93$ )

### 4. ด้านการขับถ่าย

พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดชลบุรี มีสภาวะสุขภาพด้านการขับถ่าย โดยส่วนใหญ่มีลักษณะนิสัยในการขับถ่ายทุกวัน(76.52%) ลักษณะส่วนใหญ่ของอุจจาระอ่อนนิ่ม มีสีเหลือง กลิ่นไม่เหม็น(31.66%) อาการขับถ่ายลำบาก หรือไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ สภาพปัญหา อยู่ในระดับ น้อย ( $X = 1.69$ ,  $SD = 0.75$ ) โดยส่วนใหญ่ ไม่เคยมีปัญหา (45.38%) มีบางครั้ง (41.69%) และบ่อยครั้ง (10.82%)

สำหรับอาการถ่ายปัสสาวะลำบาก หรือไม่สามารถควบคุมการถ่ายปัสสาวะได้ มีสภาพปัญหา อยู่ในระดับ ปานกลาง ( $X = 2.82$ ,  $SD = 1.06$ ) โดยส่วนใหญ่ ไม่เคยมีปัญหา (51.19%) รองลงมาคือ มีบางครั้ง (36.94%) และบ่อยครั้ง(10.55%) มีระดับความต้องการการดูแลด้านการขับถ่าย ส่วนใหญ่ ในระดับปานกลาง (00.00%) รองลงมาคือ น้อยที่สุด (00.00%)

ในภาพรวมของสภาวะสุขภาพด้านการขับถ่าย ผู้สูงอายุมีสภาวะสุขภาพ อยู่ในระดับ ปานกลาง ( $X = 3.36$ ,  $SD = 0.74$ ) และมีระดับความต้องการการดูแลด้านการขับถ่าย อยู่ในระดับ ปานกลาง ( $X = 2.82$ ,  $SD = 1.06$ )

### 5.ด้านการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมต่าง ๆ

ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดชลบุรี มีสภาวะสุขภาพด้านการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมต่าง ๆ ส่วนใหญ่ออกกำลังกาย อยู่ในระดับ ปานกลาง ( $X = 2.95$ ,  $SD = 1.06$ ) โดยส่วนใหญ่ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง (50.40%) รองลงมา คือ 1-2 ครั้ง (36.41%) และไม่ออกกำลังกายเลย (9.76%)

ใช้เวลาในการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม อยู่ในระดับ ปานกลาง ( $X = 2.58$ ,  $SD = 1.21$ ) โดยส่วนใหญ่ออกกำลังกายครั้งละ 20-45 นาที (36.68%) รองลงมาคือ 10-14 นาที (30.87%) และน้อยกว่า 9 นาที –ไม่ออกกำลังกายเลย (24.01%) การออกกำลังกายส่วนใหญ่เป็นการเดินหรือวิ่งเหยาะๆ มากที่สุด (43.27%) รองลงมาคือ การเดินแอโรบิค (32.72%) และการรำมวยจีน(8.71%)

ความผิดปกติหลังจากการออกกำลังกาย อยู่ในระดับ น้อยที่สุด ( $X = 1.21$ ,  $SD = 0.56$ ) ส่วนใหญ่จะไม่รู้สึกเหนื่อยมาก หรือไม่เคยเป็นลมหมดสติ(84.69%) แต่มีผู้ที่เคยรู้สึกเหนื่อยมาก หรือเคยเป็นลมหมดสติ บางครั้ง (11.35%) และบ่อยครั้ง(2.64%)

ในภาพรวมของสภาวะสุขภาพด้านการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมต่าง ๆ ผู้สูงอายุมีสภาวะสุขภาพ อยู่ในระดับ ปานกลาง ( $X = 3.11$ ,  $SD = 0.94$ ) และมีระดับความต้องการการดูแลด้านการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมต่าง ๆ อยู่ในระดับ ปานกลาง ( $X = 3.04$ ,  $SD = 0.85$ )

### 6.ด้านการพักผ่อนนอนหลับ

พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดชลบุรี มีสภาวะสุขภาพด้านการพักผ่อนนอนหลับ โดยส่วนใหญ่ นอนหลับพักผ่อนวันละ 5-7 ชั่วโมง (34.56%) รองลงมา 8-10 ชั่วโมง (32.19%) อยู่ในระดับ ปานกลาง ( $X = 2.81$ ,  $SD = 1.07$ )ไม่ต้องใช้ยาในการช่วยให้นอนหลับ (73.61%) รองลงมา มีบางครั้งที่ต้องใช้ยาในการช่วยให้นอนหลับ(22.16%) และบ่อยครั้ง(5.01%) อยู่ในระดับ น้อยที่สุด ( $X = 1.33$ ,  $SD = 0.64$ ) ส่วนใหญ่ไม่เคยฝันร้าย(62.00%) บางครั้ง(31.66%) บ่อยครั้ง(5.01%) อยู่ในระดับ น้อยที่สุด ( $X = 1.46$ ,  $SD = 0.66$ )

ส่วนใหญ่จะตื่นนอนเวลา 05.00น. (52.77%) รองลงมาคือ เวลา 04.00 น.(20.58%) และ 06.00 น. (17.68%)

ในภาพรวมของสภาวะสุขภาพด้านการพักผ่อนนอนหลับ ผู้สูงอายุมีสภาวะสุขภาพ อยู่ใน ระดับ ปานกลาง ( $X = 3.34$  ,  $SD = 0.79$ ) และมีระดับความต้องการการดูแลด้านการพักผ่อนนอนหลับ อยู่ในระดับ ปานกลาง ( $X = 3.06$  ,  $SD = 0.78$ )

### 7.ด้านสติปัญญาและการรับรู้

พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดชลบุรี มีสภาวะสุขภาพด้านสติปัญญาและการรับรู้ โดยส่วนใหญ่ ไม่มีปัญหาในการได้ยินเสียง (66.75%) ไม่ต้องใช้เครื่องช่วยฟังเสียง (93.41%) มีปัญหาเกี่ยวกับสายตา (55.14%) แต่ไม่ได้สวมแว่นตา (65.44%) ปีนี้ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการตรวจวัดสายตา (67.02%) และคิดว่าตนเองเป็นคนขี้หลงขี้ลืม(70.71%) แต่ยังสามารถจัดการตัดสินใจอะไรได้ด้วยตนเอง (67.28%) ยังไม่รู้สึกว่าตนเองตัดสินใจลำบาก (63.59%) แต่รู้สึกว่าเรียนรู้และปรับตัวเข้ากับสิ่งที่เปลี่ยนแปลงยาก(72.03%)และรู้สึกว่าจดจำสิ่งต่าง ๆ ได้ยากขึ้น(71.24%)

ในภาพรวมของสภาวะสุขภาพด้านสติปัญญาและการรับรู้ ผู้สูงอายุมีสภาวะสุขภาพ ไม่มีปัญหา (59.84%) และมีระดับความต้องการการดูแลด้านการพักผ่อนนอนหลับ อยู่ในระดับ ปานกลาง ( $X = 3.00$  ,  $SD = 0.79$ )

### 8.ด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและอัตมโนทัศน์

พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดชลบุรี มีสภาวะสุขภาพด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและอัตมโนทัศน์โดยรู้สึกผิดหวัง ในระดับน้อย ( $X=1.83,SD=0.66$ )ส่วนใหญ่รู้สึกผิดหวังเป็นบางครั้ง(54.88%) รู้สึกโกรธ กลัว วิตกกังวลและไม่สามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ ได้ในระดับน้อย ( $X=1.77,SD=0.66$ )ส่วนใหญ่รู้สึกโกรธ กลัว วิตกกังวลและไม่สามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ ได้เป็นบางครั้ง(51.19%) รู้สึกหมดหวังในชีวิต หรือรู้สึกว่าตนเองหมดหวังในชีวิต ในระดับน้อยที่สุด ( $X=1.49,SD=0.63$ ) โดยส่วนใหญ่ไม่เคยรู้สึกเลย(58.05%) รู้สึกว่าตนเองไม่มีความสุข และเศร้าหมอง ในระดับ น้อย( $X=1.65,SD=0.60$ ) ส่วนใหญ่ รู้สึกเป็นบางครั้ง(51.98%) และรู้สึกที่สามารถจัดการกับสิ่งที่ทำให้รำคาญใจได้ ในระดับ ปานกลาง ( $X=2.46,SD=0.86$ ) ส่วนใหญ่รู้สึก เป็นบางครั้ง (66.49%)

ในภาพรวมของสภาวะสุขภาพด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและอัตมโนทัศน์ ผู้สูงอายุมีสภาวะสุขภาพ อยู่ในระดับ ปานกลาง ( $X = 3.17$  ,  $SD = 0.68$ )และมีระดับความต้องการการดูแลด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและอัตมโนทัศน์ อยู่ในระดับ ปานกลาง ( $X = 2.99$  ,  $SD = 0.75$ )



### 9.ด้านบทบาทและความสัมพันธ์ในสังคม

พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดชลบุรี มีสถานะสุขภาพด้านบทบาทและความสัมพันธ์ในสังคมโดยส่วนใหญ่ ผู้สูงอายุมีความรู้ดีกว่าคนในครอบครัวบอกเขาว่า ที่ครอบครัวอยู่ได้ทุกวันนี้เพราะตัวของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก ( $X = 3.86$ ,  $SD = 1.10$ ) เป็นลำดับที่ 1 รองลงมาคือ ปัญหาส่วนใหญ่ของครอบครัวโดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะเป็นผู้จัดการและเป็นผู้ตัดสินใจในการแก้ปัญหาอยู่ในระดับมาก ( $X = 3.81$ ,  $SD = 1.14$ ) และรู้ดีกว่ามีคนใกล้ชิดที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย อยู่ในระดับมาก ( $X = 3.81$ ,  $SD = 1.17$ )

ส่วนบทบาทและความสัมพันธ์ในสังคมที่อยู่ในลำดับสุดท้าย คือ ปัญหาครอบครัวของท่านที่เป็นปัญหาหนักและยาก ๆ ท่านมักจะให้ผู้อื่นช่วยเหลือในการแก้ปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง ( $X = 2.60$ ,  $SD = 1.18$ )

ในภาพรวมของสถานะสุขภาพด้านบทบาทและความสัมพันธ์ในสังคม ผู้สูงอายุมีสถานะสุขภาพ อยู่ในระดับ ปานกลาง ( $X = 3.40$ ,  $SD = 1.19$ ) และมีระดับความต้องการการดูแลด้านบทบาทและความสัมพันธ์ในสังคม อยู่ในระดับ ปานกลาง ( $X = 3.06$ ,  $SD = 0.88$ )

### 10.ด้านเพศและการสืบพันธุ์

พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดชลบุรี มีสถานะสุขภาพด้านเพศและการสืบพันธุ์ โดยส่วนใหญ่ ไม่มีความสัมพันธ์ทางเพศแล้ว (86.02%) สำหรับผู้ที่ยังมีความสัมพันธ์ทางเพศส่วนใหญ่รู้ดีว่ามีความพึงพอใจเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ (90.77%) และไม่มีการคุมกำเนิด (100.00%) ส่วนใหญ่ไม่มีการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ (98.68%) กรณีที่เป็นหญิงพบว่า ไม่มีประจำเดือนแล้ว (100.00%) มีระดับความต้องการการดูแลด้านเพศและการสืบพันธุ์ ในระดับน้อย ( $X = 1.85$ ,  $SD = 1.10$ )

### 11.ด้านการจัดการความเครียด

พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดชลบุรี มีสถานะสุขภาพด้านการจัดการความเครียดโดยส่วนใหญ่ ไม่มีภาวะวิกฤตและการเปลี่ยนแปลงของครอบครัวในช่วง 1-2 ปี ที่ผ่านมา (89.97%), (91.03%) ในกรณีที่ต้องการความช่วยเหลือส่วนใหญ่จะมีผู้ช่วยเหลือ (65.44%) โดยส่วนใหญ่ผู้ช่วยเหลือจะเป็นสามีหรือภรรยา (31.85%) ซึ่งปัจจุบันก็ยังคงช่วยเหลืออยู่ (75.20%) ส่วนใหญ่ไม่ต้องใช้ยาเพื่อจัดการความเครียด (89.45%)

มีผู้สูงอายุที่คิดว่า ในปัจจุบันนี้ท่านประสบความสำเร็จในชีวิตแล้ว (50.65%) และในทัศนะของการประสบความสำเร็จของผู้สูงอายุคือ มีสุขภาพแข็งแรง (67.02%) ลูกหลานดี (49.34%) มีเงิน ไม่มีหนี้สิน (46.17%) และไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (26.65%)

มีระดับความต้องการการดูแลด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับ ปานกลาง ( $X = 2.74$ ,  $SD = 0.99$ )

## 12. ด้านความเชื่อและค่านิยม

พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดชลบุรี มีสถานะสุขภาพด้านความเชื่อและค่านิยม โดยส่วนใหญ่ โดยปกติมักได้ในสิ่งที่คุณต้องการเสมอ (51.98%) มักจะมีการวางแผนในการดำเนินชีวิตในอนาคตเสมอ (63.59%) และคิดว่า ศาสนาเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในชีวิต (97.62%) ส่วนใหญ่ ไม่มีอุปสรรคหรือสิ่งรบกวนในการปฏิบัติศาสนกิจ (67.28%) หากมีสิ่งรบกวน ส่วนใหญ่จะเป็น อาการเจ็บป่วยทางร่างกาย (21.90%) และความเครียด/ความกังวลใจ (10.82%)

ระดับความต้องการการดูแลด้านความเชื่อและค่านิยม อยู่ในระดับ ปานกลาง ( $X = 2.78$ ,  $SD = 0.99$ )

## 13. การเปรียบเทียบระดับความต้องการดูแลด้านสุขภาพ

พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดชลบุรี มีระดับความต้องการการดูแลสุขภาพในด้านการรับรู้ และการจัดการสุขภาพ ในลำดับที่สูงที่สุด ( $X = 3.28$ ,  $SD = 0.88$ ) รองลงมาคือ ด้านบทบาทและความสัมพันธ์ในสังคม ( $X = 3.06$ ,  $SD = 0.88$ ) และด้านการพักผ่อนนอนหลับ ( $X = 3.06$ ,  $SD = 0.78$ ) อันดับ สามคือ ด้านการออกกำลังกายและการทำกิจกรรม ( $X = 3.04$ ,  $SD = 0.88$ )

ส่วนด้านที่ต้องการการดูแลน้อยที่สุด คือ ด้านเพศสัมพันธ์และการสืบพันธุ์ ( $X = 1.85$ ,  $SD = 0.99$ )

## การอภิปรายผล

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า มีประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาวิจัยครั้งนี้มีความสอดคล้องกับการสำรวจสุขภาพประชากร อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2538 ที่ผ่านมา (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2538) คือ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สถานภาพสมรสคู่ การศึกษาระดับประถมศึกษา ยังคงทำงานอยู่ร้อยละ 51.15 ส่วนใหญ่ร้อยละ 80 จะเป็นเจ้าของบ้านที่อาศัยอยู่แหล่งรายได้ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่จะได้จากบุตร และการทำงานของตนเอง และร้อยละ 62.8 จะไม่มีภาระหนี้สิน

2. ด้านการรับรู้และการจัดการสุขภาพ พบว่า โรคที่ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล มากที่สุดคือ โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ (39.71%) ซึ่งแตกต่างกับการสำรวจสุขภาพประชากรอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2538 ที่ผ่านมา(จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ , 2538) ซึ่งพบว่าโรค ที่ทำให้ต้องเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล มากที่สุด คือ ท้องเสีย (12.4%) และแตกต่างจากการศึกษาของวรรณิ์ จันทร์สว่าง (2533) ที่ทำการศึกษากาภาวะสุขภาพ ปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ในจังหวัดสงขลาพบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองทั้งด้านดีและไม่ดี ซึ่งปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุดและผู้สูงอายุ คือ โรคระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้าง และแตกต่างจากการศึกษาของเกริกศักดิ์ บุญญานุพงศ์ ,สุริย์ บุญญานุพงศ์และสมศักดิ์ ฉันทะ (2533) ซึ่งทำการศึกษาชีวิตคนชราในจังหวัดเชียงใหม่ จากการประเมินด้วยตนเอง พบว่า คนชราทั้งในเขตเมืองและชนบทเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย พบว่า คนชราส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอย่างใดอย่างหนึ่ง ส่วนมากเป็นโรคที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย จากการที่ถูกใช้มานาน เช่น โรคข้อเสื่อม โรคที่เกี่ยวข้องกับการย่อยอาหาร

แสดงว่า ลักษณะของการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน

ในการศึกษาคั้งนี้ พบว่าส่วนใหญ่ ผู้สูงอายุใช้สิทธิการรักษาพยาบาล จากสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(86.81%) แตกต่างจากการศึกษาในปีพ.ศ. 2543 (บรรลู่ ศิริพานิช , 2543)ซึ่งพบว่าผู้เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลนี้ (39.8%) ไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล แหล่งการเบิกค่ารักษาพยาบาล คือสวัสดิการข้าราชการ สำหรับผู้ที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลนั้น ผู้รับภาระ คือ บุตร(40.8%) รองลงมา คือผู้ป่วยเอง(37.5%) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาคั้งนี้ ที่พบว่าแหล่งที่มาของรายได้ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ จากบุตร และการประกอบอาชีพของตนเอง

สำหรับภาวะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ จากการศึกษาวิจัยคั้งนี้พบว่า มีรายได้เฉลี่ยประมาณ 2,360.41บาท/เดือน แหล่งรายได้ส่วนใหญ่มาจากการประกอบอาชีพเกษตรกรรม (47.75%) เมื่อ เทียบกับค่าใช้จ่าย ส่วนใหญ่ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายที่จำเป็น(32.19%) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บรรลู่ ศิริพานิช ( 2537) ซึ่งรายงานผลการสำรวจประชากรสูงอายุ ระดับประเทศ โดยทำการสำรวจ ด้วยวิธีตัวอย่างในทุกจังหวัด ทั่วไปในเขตเทศบาล สุขาภิบาล และนอกเขต โดยรวบรวมข้อมูลในเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2537 สำนักงานสถิติแห่งชาติ ด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุในภาวะการทำงาน พบว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุยังคงทำงานอยู่ ในเชิงเศรษฐกิจ ที่ก่อให้เกิดรายได้ อาชีพ กว่า 50% ทำงานในภาคเกษตร สภาพการทำงาน 66% เป็นธุรกิจส่วนตัว รายได้ และความเพียงพอของรายได้ ไม่มีรายได้ 1.1% มีรายได้ 98.9% มีรายได้โดยเฉลี่ยปีละ 31,093 บาท /ปีใน

จำนวนนี้มี 43.9% มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 ต่อคนต่อปี ผู้สูงอายุในเขตเทศบาล 75.7% มีรายได้เพียงพอต่อการเลี้ยงชีพ ผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาล 58.6% ตอบว่า มีรายได้เพียงพอต่อการเลี้ยงชีพ

3. ด้านบทบาทและความสัมพันธ์ในสังคม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความภาคภูมิใจในความเป็นผู้นำครอบครัวของตนเอง สามารถจัดการปัญหาต่าง ๆ ในครอบครัวได้เป็นอย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของจันทร์พลอย สีนุชเศรษฐ์(2540) ที่ทำการศึกษากาเวสุภาพและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ ที่พบว่า ความสัมพันธ์ที่ีระหว่างบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ( $p < 0.05$ ) และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของสิวรรณ อุณาภิรักษ์ และคณะ (2548) ที่ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุระหว่างปี พ.ศ. 2533 ถึง พ.ศ. 2544 และพบว่า ปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลในเกณฑ์มาก ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งประกอบด้วยสัมพันธภาพในครอบครัวและการอุปถัมภ์จากครอบครัว อัตมโนทัศน์หรือความมีคุณค่าในตนเอง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับบทความปริทรรศน์ของธนู ชาติธนานนท์ (2540) เรื่องความเข้าใจเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ที่กล่าวว่า การพัฒนาคุณภาพของผู้สูงอายุ ให้บรรลุความสำเร็จได้นั้น ทั้งตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว และสังคม จะต้องร่วมกันรับผิดชอบ และร่วมกันดำเนินการ จะให้เป็นหน้าที่เฉพาะ ของฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดเท่านั้น ไม่ได้ ผู้สูงอายุเอง จะต้องรับผิดชอบในการพัฒนาความเข้มแข็งของตน ให้แก่ร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของตน นอกจากตัวผู้สูงอายุเอง แล้วสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนใกล้ชิด เช่น บุตรเป็นผู้มีบทบาทสำคัญ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งบทบาทที่สำคัญนี้ นอกจากการดูแลจัดหาด้านวัตถุสิ่งของ ที่จำเป็นต่อการดำรงชีพ ทั้งในยามปกติ และยามป่วยแล้ว ก็คือ การให้ความรัก ความเข้าใจ และการยอมรับ ด้วยการแสดงท่าที และทัศนคติที่เสริมสร้าง ความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้สูงอายุไว้ ซึ่งจะช่วยให้มีความสงบสุขได้ต่อไป ผู้สูงอายุทุกคนต้องการ การยอมรับ และความรู้สึกของการเป็นส่วนหนึ่ง ของครอบครัว ไม่ใช่แค่ส่วนเกิน ผู้สูงอายุบางราย จะพยายามเก็บงำความทุกข์ ความลำบาก จากการเจ็บป่วย จากความชราภาพ และจากเหตุอื่นๆ ไว้ภายใน โดยไม่กล้าบอกให้ผู้ใดทราบ เนื่องจากเกรงจะสร้างความลำบาก หรือภาระให้แก่ผู้อื่น จึงเป็นหน้าที่ของผู้ใกล้ชิด ที่จะต้องคอยสังเกต ดูแล และสอบถาม เพื่อให้สามารถให้การช่วยเหลือ ได้เหมาะสมและทันทั่วทั้งที่ สำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหา มาก ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ซึ่งอาจกระตุ้นปฏิกิริยาตอบโต้ ด้านลบของผู้ใกล้ชิดได้ ผู้ใกล้ชิดจึงควรระมัดระวัง ควบคุมท่าทีเหล่านั้น ไว้ให้ได้ เช่น การแสดงท่าทีออก ต่อผู้สูงอายุ เหมือนผู้สูงอายุเป็นเด็ก (Infantilization) หรือการมีท่าทีปกป้องมากเกินไป (Patronization) หรือท่าที และคำพูดแบบผลักไส (Rejection) หรือการใช้คำพูดที่ก้าวร้าว (Hostility) เป็นต้น เพราะท่าทีด้านลบต่าง ๆ เหล่า นั้น จะกัดเซาะความเชื่อมั่น และความเคารพในตนเอง ของผู้สูงอายุให้น้อยลง ทำให้วัยสุดท้ายในชีวิตของบุคคล กลายเป็นเรื่องเศร้า

ในทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กร และชุมชนต่างๆ ล้วนมีบทบาทสำคัญ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้งสิ้น โดยทุกภาคเหล่านั้น ควรทำงานร่วมกันเป็นทีม ควรมีการประสานนโยบาย แผนงาน และทรัพยากรต่างๆ เข้าด้วยกัน เพื่อให้การดำเนินการ เกี่ยวกับผู้สูงอายุ มีความเป็นเอกภาพ นำไปสู่ความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุที่ สมบูรณ์ และยั่งยืนต่อไป

4. ด้านการพักผ่อนนอนหลับ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุที่ โดยส่วนใหญ่ นอนหลับพักผ่อนวันละ 5-7 ชั่วโมง (34.56%) รองลงมา 8-10 ชั่วโมง (32.19%) ไม่ต้องใช้ยาในการช่วยให้นอนหลับ (73.61%) รองลงมา มีบางครั้งที่ต้องใช้ยาในการช่วยให้นอนหลับ (22.16%) ส่วนใหญ่ไม่เคยฝันร้าย (62.00%) ส่วนใหญ่จะตื่นนอนเวลา 05.00น. (52.77%) รองลงมาคือ เวลา 04.00 น. (20.58%) และ 06.00 น. (17.68%) ซึ่งภาวะสุขภาพเกี่ยวกับการพักผ่อนนอนหลับ มีความเหมาะสมดี แต่ผู้สูงอายุประเมินความต้องการการดูแลในด้านนี้ เป็นอันดับสองเท่ากับความ ต้องการการดูแลด้านบทบาทและความสัมพันธ์ทางสังคม ทั้งนี้ จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้สูงอายุ มีความวิตกกังวล ครุ่นคิด เกี่ยวกับเรื่องราวในอดีต ภาวะสุขภาพ และบางครั้งทำให้นอนหลับยาก นอนหลับไม่สนิท ซึ่งสอดคล้องกับบทความปริทรรศน์ของธนู ชาดิธนานนท์ (2540) เรื่องความ เข้าใจเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ที่กล่าวว่า ปัญหาสุขภาพจิต นับเป็นปัญหาที่พบบ่อย ในกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากความเสื่อมของร่างกาย และสมอง ทำให้ความสามารถในการจัดการแก้ ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นลดน้อยลง นอกจากนั้น ความแตกต่างของนิสัย บุคลิกภาพ ความรู้ความ สามารถ ความถนัด ตลอดจนประสบการณ์ต่างๆ ทำให้ผู้สูงอายุแต่ละคน มีปฏิกิริยาต่อสิ่งที่มา กระทบแตกต่างกัน อาการทางจิตที่แสดงออก จึงมีต่างๆ นานา ปัจจัยสำคัญประการหนึ่ง ที่ กระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ คือ การอยู่ในสถานะของการไร้บทบาท (Rolelessness) สิ่งสำคัญ ประการหนึ่ง ต่อสุขภาพจิตของมนุษย์ คือ ความรู้สึกชัดเจนในบทบาทของตนเอง ที่มีอยู่ใน สถานะต่างๆ เช่น รู้ว่าตนเองอยู่ในบทบาทของผู้กระทำ หรือผู้ถูกกระทำ อยู่ในบทบาทของการ เป็นตัวหลัก หรือบทบาทของตัวประกอบ และอื่นๆ การรู้สึกชัดเจนในบทบาทของตน ในสถานะ เหล่านั้น ทำให้บุคคลรู้ถึงความหมาย ของการดำรงชีวิต และรู้ถึงทิศทางที่จะประพฤติตน แต่ใน สถานะของการเป็นผู้ไร้ซึ่งบทบาท อาจเป็นด้วยการเกษียณอายุ การเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือพิการ ที่ไม่ สามารถช่วยตนเองได้ การพ้นจากตำแหน่ง หรือภารกิจที่กระทำอยู่เดิม โดยไม่มีสิ่งทดแทนที่ชัดเจน และอื่นๆ ซึ่งสถานะของการไร้บทบาทเช่นนี้ อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุได้บ่อย ทำให้จิตใจของผู้ สูงอายุ เกิดเครียดสับสน เสียความเชื่อมั่น และความภาคภูมิใจในตนเอง เป็นต้นเหตุให้เกิดอาการ ต่างๆ และอาจกระทบต่อกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุได้ เช่น การพักผ่อน นอนหลับ ความเครียด ความวิตกกังวล เป็นต้น

5. ด้านการออกกำลังกายและการทำกิจกรรม พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแลในลำดับที่ สาม ส่วนใหญ่ออกกำลังกายอยู่ในระดับ ปานกลาง ( $X = 2.95$ ,  $SD = 1.06$ ) โดยส่วนใหญ่ ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง (50.40%) รองลงมา คือ 1-2 ครั้ง (36.41%) และไม่ออกกำลังกายเลย (9.76%) ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของจันท์เพ็ญ ชูประภาวรณ(2538) พบว่า การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ในกลุ่มอายุต่ำกว่า 60 ปี ออกกำลังกายเป็นประจำทุกวัน ถึงร้อยละ 44.1 ส่วนกลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ออกกำลังกายเป็นประจำร้อยละ 40.3 ชาย ออกกำลังกายมากกว่าหญิง ในชนบทออกกำลังกายประจำ มากกว่าคนในเมือง การสวดมนต์ทำสมาธิเป็นประจำทุกวัน พบในกลุ่มอายุต่ำกว่า 60 ปี ร้อยละ 51.7 ในกลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 62.8 ในทั้งสองกลุ่มอายุ ที่ไม่ได้ทำอะไรเลย ร้อยละ 8.4 กลุ่มอายุต่ำกว่า 60 ปี จะไปทัศนศึกษาท่องเที่ยว ร้อยละ 33.7 มากกว่ากลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ประชากรในเขตเมือง จะท่องเที่ยวมากกว่าในชนบท โดยส่วนใหญ่จะไปเที่ยวกับเพื่อนฝูง สำหรับการทำกิจกรรม พบว่า ส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 70 ไม่มีชมรมผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในเขตเมือง และประชากรที่สำรวจส่วนใหญ่ ไม่ได้เป็นสมาชิก หรือร่วมกิจกรรมกับกลุ่มหรือชมรมภายในหมู่บ้าน แต่หากเป็นงานรื่นเริง เช่น งานปีใหม่ สงกรานต์ งานบุญกฐิน ประมาณกว่าร้อยละ 60 ของประชากรที่สำรวจ จะเข้าร่วมด้วยเสมอ โดยเฉพาะประชาชนในชนบท จะเข้าร่วมงานรื่นเริงในชุมชน มากกว่าในเมือง

### ข้อเสนอแนะในการนำการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ และการจัดการสุขภาพให้มากขึ้น เนื่องจากพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีระดับความต้องการในการดูแลในด้านนี้มากที่สุด ทั้งนี้เนื่องมาจาก ผู้สูงอายุมีความเสื่อมของร่างกาย และจิตใจตามวัย บางคนมีโรคประจำตัว และมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ มากขึ้น ทำให้มีความต้องการการดูแลในด้านนี้มากกว่าด้านอื่น ๆ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุควรนำประเด็นปัญหาดังกล่าวมาพัฒนารูปแบบการดูแลให้เป็นรูปธรรม ยิ่งขึ้น เช่น การตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ การพัฒนาแบบประเมินตนเองด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ คู่มือการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นต้น

2. ควรส่งเสริมกิจกรรมที่มุ่งเน้นบทบาทและการสร้างสัมพันธ์ภาพในสังคม โดยเริ่มที่ระบบครอบครัว และขยายสู่ชุมชน เพื่อสร้างฐานความรู้ที่มั่นคง ปลอดภัย และเป็นหลักยึดของผู้สูงอายุที่มั่นคงและช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณค่า และทัศนคติที่ดีต่อตนเองและสังคม

3. ควรส่งเสริม สนับสนุนการดูแลสุขภาพวัยชรา และการให้ความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจแก่ผู้สูงอายุ โดยการดำเนินการในระดับนโยบายชาติ รวมทั้งการส่งเสริมกิจกรรมในชุมชน เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างจริงจัง

4. ปัจจุบันมีการส่งเสริมการออกกำลังกาย และการประกอบกิจกรรม ต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ มีการรวมกลุ่มชมรมผู้สูงอายุในชุมชน แต่ลักษณะการดำเนินการยังเป็นลักษณะแยกส่วน ควรมีการประสานงาน ความร่วมมือ เป็นเครือข่าย เพื่อสามารถรวมพลัง ความช่วยเหลือ การสนับสนุน อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากในอนาคต ชุมชนผู้สูงอายุจะเป็นกลุ่มคนขนาดใหญ่ และมีอัตราการขยายตัวออกไปเรื่อย ๆ ความมีสุขภาพที่ดี ร่างกายที่แข็งแรงจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น ดังนั้น การออกกำลังกาย และการประกอบกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ควรมีลักษณะของการดำเนินการที่มียุทธศาสตร์ เป้าหมายที่ชัดเจน

5. ในการพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ ควรส่งเสริมการผลิตและการแปรรูปอาหารที่เหมาะสมสำหรับการบริโภคในผู้สูงอายุให้มากขึ้น ให้มีความสะดวกในการจัดเตรียมและการปรุงอาหารให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และอาหารเฉพาะโรคมากขึ้น เช่น การส่งเสริมการผลิตอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่เป็น โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง หรือ โรคเบาหวาน เป็นต้น ให้ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีความสะดวกในการจัดเตรียมและปรุงอาหารที่ง่าย รวดเร็วสะดวก และได้รับคุณค่าทางอาหารครบถ้วน เป็นต้น

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาถึงรูปแบบการจัดการสุขภาพ ที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึง และใช้บริการได้ โดยสะดวกและง่ายต่อการใช้บริการ ซึ่งควรจะเป็นรูปแบบที่ให้ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ และร่วมประเมินผลการใช้รูปแบบ

2. ควรศึกษาวิจัยในมิติด้านการส่งเสริมพัฒนาจิตใจและจิตวิญญาณ ที่มีประสิทธิผลต่อกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นมิติที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อสภาวะสุขภาพด้านอื่น ๆ ของผู้สูงอายุ และต้องให้ความสำคัญและต้องการการศึกษาในเชิงลึก เพื่อนำองค์ความรู้มาประยุกต์ในเชิงปฏิบัติเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างได้ผลต่อไป

3. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงเศรษฐศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ รวมทั้งการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เพื่อสามารถนำข้อมูลมาใช้ในเชิงการวางแผนเพื่อส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินกิจกรรม โครงการแก่ผู้สูงอายุให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้น

4. ควรมีการศึกษารูปแบบ อิทธิพล และพลังอำนาจทางธรรมชาติในชุมชน ที่เป็นลักษณะ  
เครือข่าย การช่วยเหลือในชุมชน สังคม แก่กลุ่มผู้สูงอายุเพื่อต่อยอดและให้การสนับสนุนได้อย่าง  
ถูกต้อง และตรงกับความต้องการของกลุ่มอย่างกลมกลืนและมีคุณภาพ

5. ควรดำเนินการศึกษาเชิงพัฒนาผลิตภัณฑ์ที่ส่งเสริมภาวะโภชนาการในกลุ่มโรคต่าง ๆ  
แก่ผู้สูงอายุที่เป็น โรคเรื้อรัง ให้สามารถจัดหาและเตรียมอาหารได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วนและ  
ถูกหลักโภชนาการ



## บรรณานุกรม

- เกริกศักดิ์ บุญญานุพงศ์ ,สุรีย์ บุญญานุพงศ์และสมศักดิ์ ฉันทะ. (2533). ชีวิตคนชราในจังหวัด  
เชียงใหม่ . สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ไกรสิทธิ์ ดันตศิริรินทร์ และอุรวรรณ แยมบริสุทธิ. (2544). โภชนาการกับสุขภาพของผู้สูงอายุ.  
สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล จังหวัดนครปฐม.
- จันทร์พลอย สีนุชเศรษฐ์. (2540). ภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจังหวัด  
เชียงใหม่. วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2538). การสำรวจสุขภาพประชากร อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ใน  
ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2538. กรุงเทพฯ. สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย และสถาบัน  
วิจัยระบบสาธารณสุข.
- दनัย ชีวันดา และมลลณี แสนใจ (2544) . ศึกษาบทบาท ความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแล  
และความต้องการการดูแลรักษาสุขภาพ ของผู้สูงอายุในเขต 7. ศูนย์ส่งเสริม  
สุขภาพเขต 7 : อุบลราชธานี.
- เทพินทร์ พัทธานุกฤษ. (2537). การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวกับการเลี้ยงดูและการดูแล  
ผู้สูงอายุ. บัณฑิตวิทยาลัย คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธนุชาติธนานนท์.(2540). “ความเข้าใจเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ”. วารสารการ  
ส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม. 20 (2) : เมษายน - มิถุนายน  
2540.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2543) ชมรมผู้สูงอายุ : การศึกษารูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสม  
2539.สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรี  
นครินทราบรมราชชนนี . สถาบันวิจัยระบบการสาธารณสุข กระทรวง  
สาธารณสุข.
- \_\_\_\_\_. (2540). “งานผู้สูงอายุในประเทศไทย”. วารสารการ  
ส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม. 20 (2) : เมษายน - มิถุนายน  
2540.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากุล. (2540). ระเบียบวิธีวิจัยทางการแพทย์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์  
แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พิทักษ์ ศิริวัฒน์เมฆานนท์และคณะ.(2540). “การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดนครนายก”.

วารสารวิชาการสาธารณสุข , 6(1) : 118.

ประยงค์ ลิ้มตระกูล.( 2546). การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ชุมชนศรีวิชัย อำเภอเมือง จังหวัด

เชียงใหม่. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วรรณิ์ จันทร์สว่าง. (2533). แบบแผนสุขภาพของผู้สูงอายุ สงขลา : คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

วรพรรณ รุ่งศิริวงศ์.(2540). “โรคของผู้สูงอายุและการดูแลรักษา”. วารสารสาธารณสุข

มูลนิธิภาคเหนือ, 10 (9) : 33.

ศรีจิตรา บุญนาค. (2549). ความต้องการดูแลของผู้สูงอายุ. เอกสารประกอบการประชุมพัฒนา

วิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2549. สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูง

อายุไทย.

สมบัติ ไชยวัฒน์. (2542) การสนับสนุนทางสังคมโดยเรือญาติ ความสามารถในการดูแล

ตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง : รายงานการวิจัย.

ภาควิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สิวรรณ อุณาภิรักษ์และคณะ. (2548). การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพในผู้สูงอายุ

ระหว่างปี พ.ศ. 2533 ถึง พ.ศ. 2544.

สำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2547). นโยบายและมาตรการคุ้มครองผู้สูงอายุ

ไทย.สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์ เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการและ

ผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

องอาจ สิทธิเจริญชัย และคณะ. (2540). “คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย : กรณีศึกษาจังหวัด

นครสวรรค์”. วารสารสาธารณสุขมูลนิธิภาคเหนือ , 10 (10) : 6.

Gordon, M.(1987) . **Manual of Nursing Diagnosis**. 1986-1987. New York . McGrew-Hill  
book.

Miller, C.A.(1995). **Nursing care of older adults : Theory and practice**. 2<sup>nd</sup> ed.

Philadelphia : J.B.Lippincott.

Norris, C.M. “Self-Care”. (1979). **American Journal of Nursing**. (March) : 486-489.

Staab, A.S., & Hodges , L.C.(1996). **Essentials of gerontological nursing : Adaptation to**

**the aging process**. Philadelphia : J.B.Lippincott.

Orem , DE. (1991). **Nursing Concepts of Practice** (4 th ed.). St.Louis : Mosby Year Book.

## ภาคผนวก

- ภาคผนวก ก การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย  
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

**ภาคผนวก ก**  
**การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย**



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

มหาวิทยาลัยบูรพา

1. โครงการวิจัย

ภาษาไทย ภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน  
ในเขตจังหวัดชลบุรี

ภาษาอังกฤษ Health Status and Need of Health Care of Elderly and Chronic Patients in  
Chonburi Province.

2. ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย : นางเวรกา กลิ่นวิชิต

3. หน่วยงานที่สังกัด : ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา

4. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณารายละเอียดโครงการวิจัย เรื่องดังกล่าว  
ข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

- 1) เคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างการวิจัย
- 2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วม  
โครงการการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์ และ  
รักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
- 3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัย  
ไม่ว่าจะเป็นสิ่งที่มีชีวิต หรือ ไม่มีชีวิต

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบ ดังนี้

- รับรองโครงการวิจัย  
 ไม่รับรอง

5. วันที่ให้การรับรอง : 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2548

ลงนาม .....

(ศาสตราจารย์ ดร.สมศักดิ์ พันธุ์วัฒนา)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



รายชื่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
งานส่งเสริมการวิจัย กองบริการการศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา

เพื่อเป็นการคุ้มครอง และปกป้องต่อตัวอย่างที่จะดำเนินการวิจัยทั้งที่เป็นมนุษย์ สัตว์ พืช วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ในการดำเนินงานวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา และให้การดำเนินการวิจัยถูกต้องตามหลักจริยธรรม หลักสิทธิมนุษยชน และจรรยาบรรณนักวิจัย โดยพิจารณาและให้ความเห็นประเด็นจริยธรรมของโครงการวิจัย ในมนุษย์ สัตว์ พืช วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงานที่สังกัด
1.	ศ. ดร.สมศักดิ์ พันธุ์วัฒนา	ประธานกรรมการ	สำนักงานอธิการบดี
2.	ศ.ดร.นพ.ศาสตรี เสาวคนธ์	รองประธานกรรมการ	คณะสาธารณสุขศาสตร์
3.	นพ.วรรณะ อุณาอุล	กรรมการ	คณะแพทยศาสตร์
4.	ดร.พิศมัย หอมจำปา	กรรมการ	คณะสาธารณสุขศาสตร์
5.	ดร.สมโภชน์ อเนกสุข	กรรมการ	คณะศึกษาศาสตร์
6.	ผศ.ดร.วุฒิชชาติ สุนทรสมัย	กรรมการ	คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์
7.	ดร.วรเทพ มุฑรวรรณ	กรรมการ	สถาบันวิทยาศาสตร์ทางทะเล
8.	นางสาวสุชาดา มณีสุธรรม	กรรมการ	งานวินัยและนิติกร กองการเจ้าหน้าที่
9.	รศ.ดร.วรรณิ เตียวอิศเรศ	กรรมการและเลขานุการ	สำนักงานอธิการบดี
10.	นางสาวกฤษณา วีระญาโณ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ	งานส่งเสริมการวิจัย กองบริการการศึกษา
11.	นางสาวรุ่งนภา มานะ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ	งานส่งเสริมการวิจัย กองบริการการศึกษา

## ข้อมูลสำหรับผู้ป่วย

การวิจัย เรื่อง : สภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ในเขตจังหวัดชลบุรี  
เรียน ผู้เข้าร่วม โครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านเป็นผู้ที่ได้รับเชิญจากคณะผู้วิจัยให้เข้าร่วม โครงการวิจัย เพื่อศึกษาปัญหา สภาวะสุขภาพและความต้องการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ ขอชี้แจงให้ท่านทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวินิจฉัยดังนี้

### 1. คำชี้แจงเกี่ยวกับเหตุผลที่ต้องทำการศึกษาวินิจฉัย

ปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังมีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งโรคเรื้อรังบางโรคเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และเพื่อช่วยให้ทราบถึงปัญหา สภาวะสุขภาพ และหาแนวทางในการแก้ปัญหา คณะผู้วิจัยจึงมีความประสงค์ที่จะทำการศึกษาวินิจฉัยถึงสภาพปัญหาที่แท้จริงและความต้องการของชุมชน แล้วนำมาสร้างกิจกรรมที่เป็นประโยชน์และเป็นการนำความรู้สู่ชุมชนตามภารกิจของหน่วยงานและมหาวิทยาลัยต่อไป

### 2. คำชี้แจงเกี่ยวกับขั้นตอนการเข้าร่วม โครงการวิจัย

ในการเข้าร่วม โครงการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะได้รับการสัมภาษณ์หรือสอบถามจากคณะผู้วิจัย โดยการสัมภาษณ์จะมีแบบสอบถามเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลของท่าน ซึ่งข้อมูลต่าง ๆ ที่ท่านได้ให้ข้อมูลแก่คณะผู้ศึกษาวินิจฉัย จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง

#### ขั้นตอนการเข้าร่วมโครงการ

2.1 ท่านจะได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของ โครงการวิจัย ประโยชน์ของการศึกษาวินิจฉัย

2.2 การลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

2.3 ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อตอบแบบสอบถามดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา ที่อยู่อาศัย

สถานภาพสมรส ที่มาของรายได้ และสิทธิการรักษา เป็นต้น

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง

#### 3. คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

1. เป็นผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยเรื้อรังที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

2. อาศัยในเขตพื้นที่จังหวัดชลบุรี

3. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยมีการลงนามยินยอมตามแบบฟอร์มที่คณะผู้วิจัยจัดทำขึ้น

ซึ่งจะ ได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยมหาวิทยาลัยบูรพา

#### 4. ประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับ

ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ จะได้รับการประเมินสภาวะสุขภาพตามแบบสัมภาษณ์ในด้าน

ต่าง ๆ เพื่อค้นหาปัญหาหรือความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นในการดูแลตนเองและสุขภาพ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง หรือหากพบความผิดปกติทางคณะผู้วิจัยจะได้ประสานงานแจ้งให้เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขที่เป็นผู้ดูแลในพื้นที่รับผิดชอบของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทราบ ซึ่งหากต้องได้รับการรักษาจากแพทย์นั้น ผู้ป่วยต้องเป็นผู้รับผิดชอบในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง

การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ เป็นไปโดยการสมัครใจ และหากท่านปฏิเสธไม่เข้าร่วมโครงการนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการดูแลรักษาตามปกติที่ท่านควรจะได้รับจากโรงพยาบาลที่นี่และที่อื่น และแม้ว่าท่านตกลงเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้แล้ว ท่านก็ยังสามารถปฏิเสธและถอนตัว ยุติการเข้าร่วมโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ตามที่ท่านต้องการ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ เช่นกัน

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อได้ที่

เวรกา กลิ่นวิจิต ฝ่ายวิชาการและวิจัย

ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา

โทรศัพท์ 038-390324 , 390580 ต่อ 519

ซึ่งยินดีให้ข้อมูลแก่ท่านทุกเมื่อ และขอขอบคุณในความร่วมมือ มา ณ โอกาสนี้



## ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

โครงการวิจัย เรื่อง **สภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน**

ในเขตจังหวัดชลบุรี

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมนี้ ข้าพเจ้าได้รับฟังคำอธิบายจากผู้วิจัย ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการในการศึกษาวิจัย รวมทั้งผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว

โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ ข้าพเจ้าเข้าร่วม โครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจและมีสิทธิ์จะปฏิเสธหรือบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เมื่อใดก็ได้ โดยการบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

คณะผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะข้อมูลในรูปที่เป็นผลสรุปการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว มีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ หากข้าพเจ้ามีปัญหา หรือข้อสงสัยถึงผลที่เกิดขึ้นจากการวิจัย สามารถซักถามผู้วิจัย ได้ทันที หรือซักถามหัวหน้าโครงการวิจัย โดยติดต่อที่ **นางเวธกา กลิ่นวิชิต** ฝ่ายวิชาการและวิจัย ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา โทรศัพท์ 038-390324 , 390580 ต่อ 519

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ทำวิจัย

(.....)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือขวาของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ทำวิจัย

(.....)

ภาคผนวก ข  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามโครงการวิจัย

เรื่อง **สภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง**  
**ในเขตจังหวัดชลบุรี**

**คำชี้แจง**

1. แบบสอบถามนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ในโครงการวิจัย เรื่อง สภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง
2. ข้อมูลของท่านจะถูกปิดเป็นความลับ และจะนำมาแสดงผลเป็นภาพรวมของการสรุปผลการวิจัยและการนำข้อมูลไปใช้ในเชิงวิชาการเท่านั้น
3. แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 สภาวะสุขภาพและความต้องการดูแลของผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง

(รูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน(Gordon , 1987)

1. ด้านการรับรู้และการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพ
2. ด้านโภชนาการและการเผาผลาญพลังงาน
3. ด้านการขับถ่าย
4. ด้านการออกกำลังกายและการทำกิจกรรม
5. ด้านการพักผ่อนนอนหลับ
6. ด้านสติปัญญาและการรับรู้
7. ด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและอัตมโนทัศน์
8. ด้านบทบาทและความสัมพันธ์ในสังคม
9. ด้านเพศสัมพันธ์และการสืบพันธุ์
10. ด้านการจัดการความเครียด
11. ด้านความเชื่อและค่านิยม

โปรดกรอกข้อความ หรือใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด หรือระบุใจความลงในช่องว่างให้สมบูรณ์

ผู้สัมภาษณ์.....

วันที่.....

## ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ  1. ชาย  2. หญิง
2. สถานภาพสมรส  1. โสด  2. คู่  
 3. ม่าย/หย่า/ร้าง  4. อื่น ๆ (ระบุ).....
3. อายุ.....ปี
4. ลักษณะครอบครัวของท่านตรงกับข้อใด  
 1. อยู่คนเดียว  2. ครอบครัวเดี่ยว(ประกอบด้วยท่าน คู่สมรส และบุตร)  
 3. ครอบครัวขยาย  4. อยู่กับผู้อื่นที่ไม่ใช่ญาติ  
 (ประกอบด้วยท่าน/คู่สมรส/  
 ครอบครัวของบุตรหรือญาติพี่น้อง)
5. สถานภาพของท่านในครอบครัว  
 1. หัวหน้าครอบครัว  2. เป็นสามี / ภรรยา เจ้าของบ้าน  
 3. เป็นผู้อาศัย  4. อื่น ๆ (ระบุ).....
6. ท่านจบการศึกษาสูงสุดในระดับใด  
 1. ไม่ได้เข้ารับการศึกษ  2. ระดับประถมศึกษา  
 3. ระดับมัธยมศึกษาต้น/ปลาย  4. ระดับปวช./ปวส./อนุปริญญา  
 5. ระดับปริญญาตรี  6. สูงกว่าระดับปริญญาตรี
7. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน
8. การประกอบอาชีพ  
 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพแล้ว เนื่องจากสาเหตุใด.....  
 2. ยังคงทำงานอยู่ (ระบุ).....
9. รายได้เฉลี่ยของท่านต่อเดือน.....บาท แหล่งรายได้.....
10. รายได้ของท่าน เมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายแล้วตรงกับสภาพใดมากที่สุด  
 1. ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายที่จำเป็น และมีหนี้  2. ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายที่จำเป็น  
 3. เพียงพอ ไม่มีเงินเก็บ และมีหนี้  4. เพียงพอ ไม่มีเงินเก็บและไม่มีหนี้  
 5. เพียงพอ มีเงินเก็บ และมีหนี้  6. เพียงพอ มีเงินเก็บ และไม่มีหนี้
11. ลักษณะสภาพแวดล้อมและที่พักอาศัยของท่านเป็นอย่างไร  
 1. บ้านในเขตเมือง  2. บ้านในเขตชนบท  
 3. บ้านเขตกึ่งเมืองกึ่งชนบท  4. บ้านในเขตอุตสาหกรรม  
 5. อื่น ๆ (ระบุ).....
12. บ้านที่ท่านอาศัยอยู่  
 1. บ้านของตนเอง  2.เช่าผู้อื่น  
 3.บ้านญาติ พี่น้อง  4. อื่น ๆ (ระบุ).....

ตอนที่ 2 ภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง

ภาวะสุขภาพ และความต้องการการดูแลด้านการรับรู้และการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพ

1. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าท่านมีภาวะเจ็บป่วยด้วยอาการ หรือโรคต่าง ๆ หรือไม่ (โรค/อาการของโรคประจำตัว)

1. ไม่มี       2. มี (ระบุ).....

2. ตลอดระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาท่านเจ็บป่วยจนถึงขั้นเข้าอนรักษาคือในโรงพยาบาลหรือไม่

1. ไม่เคย       2. เคย (ระบุจำนวนครั้ง)..... ครั้ง(ระบุสาเหตุ.....)

3. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่

1. ไม่สูบเลย       2. สูบเป็นครั้งคราว  
 3. สูบเป็นประจำ นาน.....ปีเฉลี่ยวันละ.....มวนต่อวัน  
 4. เคยสูบเป็นประจำ แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว.....ปี

4. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่

1. ไม่ดื่มเลย       2. ดื่มเป็นครั้งคราว  
 3. ดื่มเป็นประจำ นาน.....ปี เฉลี่ยวันละ.....กั๊ก/แบน/ขวด  
 4. เคยดื่มเป็นประจำ แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว.....ปี

5. ท่านเคยได้รับอุบัติเหตุหรือไม่

1. อุบัติเหตุจากการทำงาน (ระบุความถี่ที่เกิดขึ้น).....ต่อเดือน  
 2. อุบัติเหตุภายในบ้าน(ระบุความถี่ที่เกิดขึ้น).....ต่อเดือน  
 3. อุบัติเหตุจราจร (ระบุความถี่ที่เกิดขึ้น).....ต่อเดือน  
 4. อุบัติเหตุ อื่น ๆ ..... (ระบุความถี่ที่เกิดขึ้น).....ต่อเดือน

6. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพจากใครบ้าง

1. แพทย์       2. พยาบาล  
 3.ญาติ พี่น้อง และเพื่อน ๆ       4. สื่อวิทยุโทรทัศน์ และเอกสารสิ่งพิมพ์ต่างๆ  
 5. อื่น ๆ (ระบุ).....

7. ปัจจุบันท่านใช้สิทธิการรักษาพยาบาลอย่างไร

1. เบิกได้ (ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/อื่น ๆ )       2. ประกันสังคม  
 3. ประกันสุขภาพถ้วนหน้า(30 บาทรักษาทุกโรค)       4. ชำระค่ารักษาพยาบาลเอง

8. ท่านมักจะปฏิบัติเช่นไรเมื่อเจ็บป่วย

1. ซื้อยาทานเอง       2. ไปสถานีอนามัย  
 3. พบแพทย์ที่คลินิก       4. ไปโรงพยาบาล  
 5. อื่น ๆ .....

9. เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านคิดว่าใครจะเป็นผู้ดูแลท่านอย่างไรใกล้ชิด

1. คนเอง       2. คู่สามี/ภรรยา  
 3. บุตร/ธิดา       4. ญาติ พี่น้อง  
 5. บุคลากรทางการแพทย์       6. อื่น ๆ .....

10. ระดับความต้องการการดูแลด้านการรับรู้และการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพ

- 1.มากที่สุด                       2. มาก  
 3.ปานกลาง                       4. น้อย  
 5.น้อยที่สุด

ภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลด้านโภชนาการ และการเผาผลาญพลังงาน

1. ประเภทของอาหารที่ท่านรับประทานบ่อยที่สุด

1. อาหารประเภททอด                       2. อาหารประเภท ปิ้ง ย่าง  
 3. อาหารประเภท ต้ม นึ่ง อบ                       4. อาหารประเภท ลวก  
 5. อื่น ๆ .....

2. ท่านรับประทานผัก เช่น ผักกาด ผักคะน้า ผักบุ้ง หรือผักใบเขียวชนิดอื่น ๆ บ่อยเพียงใด ใน 1 สัปดาห์

1. ไม่เคยเลย                       2. บางครั้ง (1-2 วัน)  
 3. บ่อยครั้ง(3-4 วัน)                       4. เป็นประจำ (5-7 วัน)

3. ท่านรับประทานผลไม้ที่ไม่หวานจัด เช่น ชมพู ฝรั่ง พุทรา บ่อยครั้งเพียงใด ใน 1 สัปดาห์

1. ไม่เคยเลย                       2. บางครั้ง (1-2 วัน)  
 3. บ่อยครั้ง(3-4 วัน)                       4. เป็นประจำ (5-7 วัน)

4. ท่านรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น เงาะ ลำไย ทูเรียน ขนุน มะม่วงสุก ลิ้นจี่ ละครุด บ่อยครั้งเพียงใด ใน 1 สัปดาห์

1. ไม่เคยเลย                       2. บางครั้ง (1-2 วัน)  
 3. บ่อยครั้ง(3-4 วัน)                       4. เป็นประจำ (5-7 วัน)

5. ท่านรับประทานขนมหวาน เช่น ขนมไทย เค้ก คุกกี้ บ่อยครั้งเพียงใด ใน 1 สัปดาห์

1. ไม่เคยเลย                       2. บางครั้ง (1-2 วัน)  
 3. บ่อยครั้ง(3-4 วัน)                       4. เป็นประจำ (5-7 วัน)

6. ท่านรับประทานอาหารตรงตามเวลาหรือใกล้เคียงกับเวลาเดิมบ่อยครั้งเพียงใด ใน 1 สัปดาห์

1. ไม่เคยเลย                       2. บางครั้ง (1-2 วัน)  
 3. บ่อยครั้ง(3-4 วัน)                       4. เป็นประจำ (5-7 วัน)

7. ท่านรับประทานอาหารจุกจิกมากกว่า 3 มื้อ บ่อยครั้งเพียงใด ใน 1 สัปดาห์

1. ไม่เคยเลย                       2. บางครั้ง (1-2 วัน)  
 3. บ่อยครั้ง(3-4 วัน)                       4. เป็นประจำ (5-7 วัน)

8. ท่านรับประทานทอफी ลูกอม ช็อกโกแลต และขนมขบเคี้ยว บ่อยครั้งเพียงใด ใน 1 สัปดาห์

1. ไม่เคยเลย                       2. บางครั้ง (1-2 วัน)  
 3. บ่อยครั้ง(3-4 วัน)                       4. เป็นประจำ (5-7 วัน)

9. ท่านดื่มน้ำอัดลม หรือเครื่องดื่มที่มีรสหวาน บ่อยครั้งเพียงใด ใน 1 สัปดาห์

1. ไม่เคยเลย                       2. บางครั้ง (1-2 วัน)  
 3. บ่อยครั้ง(3-4 วัน)                       4. เป็นประจำ (5-7 วัน)

10. ท่านดื่มเครื่องดื่มประเภท ชา กาแฟ บ่อยครั้งเพียงใด ใน 1 สัปดาห์

1. ไม่เคยเลย                       2. บางครั้ง (1-2 วัน)  
 3. บ่อยครั้ง(3-4 วัน)                       4. เป็นประจำ (5-7 วัน)

11. น้ำหนักปัจจุบัน.....กก. ส่วนสูง.....ซม.
12. ท่านเคยมีปัญหาเกี่ยวกับการแพ้อาหาร เช่น เกิดอาการ บวม หายใจลำบาก ผื่นขึ้น หลังจากรับประทานอาหารนั้น ๆ บ่อยครั้งเพียงใด ใน 1 สัปดาห์
1. ไม่เคยเลย  2. บางครั้ง (1-2 วัน)  
 3. บ่อยครั้ง(3-4 วัน)  4. เป็นประจำ (5-7 วัน)
13. ท่านเคยมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพของเท้า เช่น มีบาดแผลที่เท้า ส้นเท้าแตก บ่อยครั้งเพียงใด ใน 1 สัปดาห์
1. ไม่เคยเลย  2. บางครั้ง (1-2 วัน)  
 3. บ่อยครั้ง(3-4 วัน)  4. เป็นประจำ (5-7 วัน)
14. ท่านเคยมีปัญหาเกี่ยวกับผิวหนัง เช่น ผิวหนังแห้ง ผิวหนังแตก เกิดโรคผิวหนัง กลากเกลื้อน หรือไม่
1. ไม่เคยเลย  2. บางครั้ง  
 3. บ่อยครั้ง  4. เป็นประจำ
15. ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับโรคในช่องปาก และฟัน เช่น ฟันผุ เหงือกอักเสบ โรคปริทันต์ ฯลฯ บ่อยเพียงใด
1. ไม่เคยเลย  2. บางครั้ง  
 3. บ่อยครั้ง  4. เป็นประจำ
16. ระดับความต้องการการดูแลด้านโภชนาการ และการเผาผลาญพลังงาน
- 1.มากที่สุด  2. มาก  
 3.ปานกลาง  4. น้อย  
 5.น้อยที่สุด

ภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลด้านการขับถ่าย

1. ท่านมีลักษณะนิสัยในการขับถ่าย ตรงขับข้อใดมากที่สุด
1. ขับถ่ายทุกวัน  2. 1-2 วัน ถ่ายครั้ง  
 3. 3-4 วัน ถ่ายครั้ง  4. 5-7 วัน ถ่ายครั้ง  
 5. อื่น ๆ .....
2. ลักษณะของอุจจาระ โดยส่วนมากเป็นเช่นไร
1. แข็ง มีสีดำหรือคล้ำ กลิ่นเหม็น  2. ไม่แข็ง มีสีเหลือง กลิ่นเหม็น  
 3. ไม่แข็ง มีสีเหลือง กลิ่นไม่เหม็น  4. อ่อนนิ่ม มีสีเหลือง กลิ่นไม่เหม็น
3. ท่านเคยมีอาการขับถ่ายลำบาก หรือไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ บ่อยครั้งเพียงใด
1. ไม่เคยเลย  2. บางครั้ง  
 3. บ่อยครั้ง  4. เป็นประจำ
4. ท่านเคยมีอาการถ่ายปัสสาวะลำบาก หรือไม่สามารถควบคุมการถ่ายปัสสาวะได้ บ่อยครั้งเพียงใด
1. ไม่เคยเลย  2. บางครั้ง  
 3. บ่อยครั้ง  4. เป็นประจำ
- 5.ระดับความต้องการการดูแลด้านการขับถ่าย
- 1.มากที่สุด  2. มาก  
 3.ปานกลาง  4. น้อย  
 5.น้อยที่สุด

ภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลด้านการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมต่าง ๆ

1. ท่านออกกำลังกายสัปดาห์ละกี่ครั้ง
 

<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคยเลย	<input type="checkbox"/> 2. 1-2 ครั้ง
<input type="checkbox"/> 3. 3-5 ครั้ง	<input type="checkbox"/> 4. ทุกวัน
2. ท่านออกกำลังกายครั้งละกี่นาที
 

<input type="checkbox"/> 1. น้อยกว่า 9 นาที-ไม่ออกเลย	<input type="checkbox"/> 2. 10-14 นาที
<input type="checkbox"/> 3. 15-19 นาที	<input type="checkbox"/> 4. 20-45 นาที
3. การออกกำลังกายที่ท่านมักปฏิบัติคือ อะไร และในแต่ละชนิดท่านออกกำลังกายบ่อยเพียงใด
 

<input type="checkbox"/> 1. เดิน, วิ่งเหยาะ ๆ .....	<input type="checkbox"/> 2. ว่ายน้ำ.....
<input type="checkbox"/> 3. เต้นแอโรบิค.....	<input type="checkbox"/> 4. รำมวยจีน.....
<input type="checkbox"/> 5. ซี่กักรยาน.....	<input type="checkbox"/> 6. อื่น ๆ .....
4. เมื่อออกกำลังกายท่านรู้สึกเหนื่อยมาก หรือเคยเป็นลมหมดสติ บ่อยครั้งเพียงใด
 

<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคยเลย	<input type="checkbox"/> 2. บางครั้ง
<input type="checkbox"/> 3. บ่อยครั้ง	<input type="checkbox"/> 4. เป็นประจำ
5. ระดับความต้องการการดูแลด้านการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมต่าง ๆ
 

<input type="checkbox"/> 1. มากที่สุด	<input type="checkbox"/> 2. มาก
<input type="checkbox"/> 3. ปานกลาง	<input type="checkbox"/> 4. น้อย
<input type="checkbox"/> 5. น้อยที่สุด	

ภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลด้านการพักผ่อนนอนหลับ

1. ท่านนอนหลับพักผ่อนวันละกี่ชั่วโมง
 

<input type="checkbox"/> 1. น้อยกว่า 2 ชั่วโมง	<input type="checkbox"/> 2. 2-4 ชั่วโมง
<input type="checkbox"/> 3. 5-7 ชั่วโมง	<input type="checkbox"/> 4. 8-10 ชั่วโมง
2. ท่านต้องใช้ยาในการช่วยให้นอนหลับหรือไม่ และบ่อยครั้งเพียงใด ใน 1 สัปดาห์
 

<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคยเลย	<input type="checkbox"/> 2. บางครั้ง (1-2 วัน)
<input type="checkbox"/> 3. บ่อยครั้ง (3-4 วัน)	<input type="checkbox"/> 4. เป็นประจำ (5-7 วัน)
4. เมื่อท่านนอนหลับ ท่านฝันร้ายบ่อยครั้งเพียงใด ใน 1 สัปดาห์
 

<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคยเลย	<input type="checkbox"/> 2. บางครั้ง (1-2 วัน)
<input type="checkbox"/> 3. บ่อยครั้ง (3-4 วัน)	<input type="checkbox"/> 4. เป็นประจำ (5-7 วัน)
5. ปกติท่านจะตื่นนอนเวลาใด.....น.
6. ระดับความต้องการการดูแลด้านการพักผ่อนนอนหลับ
 

<input type="checkbox"/> 1. มากที่สุด	<input type="checkbox"/> 2. มาก
<input type="checkbox"/> 3. ปานกลาง	<input type="checkbox"/> 4. น้อย
<input type="checkbox"/> 5. น้อยที่สุด	



ภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลด้านสติปัญญาและการรับรู้

- |   | ใช่                              | ไม่ใช่                   |
|---|----------------------------------|--------------------------|
| 1. ท่านมีปัญหาในการได้ยินเสียงหรือไม่                               | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| 2. ท่านต้องใช้เครื่องช่วยฟังเสียงหรือไม่                            | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| 3. ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับสายตาหรือไม่                                 | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| 4. ท่านสวมแว่นตาหรือไม่   | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| 5. ในปีนี้ท่านไปรับการตรวจวัดสายตามาแล้ว                            | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| 6. ท่านคิดว่าท่านเป็นคนขี้หลงขี้ลืมหรือไม่                          | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| 7. ท่านรู้สึกว่าคุณไม่สามารถจัดการ และตัดสินใจอะไรได้               | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| 8. ท่านรู้สึกว่าท่านตัดสินใจลำบาก                                   | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| 9. ท่านรู้สึกว่าท่านเรียนรู้ และปรับตัวเข้ากับสิ่งที่เปลี่ยนแปลงยาก | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| 10. ท่านรู้สึกว่าท่านจดจำสิ่งต่าง ๆ ได้ยากขึ้น                      | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| 11. ระดับความต้องการการดูแลด้านสติปัญญาและการรับรู้                 |                                  |                          |
| <input type="checkbox"/> 1.มากที่สุด                                | <input type="checkbox"/> 2. มาก  |                          |
| <input type="checkbox"/> 3. ปานกลาง                                 | <input type="checkbox"/> 4. น้อย |                          |
| <input type="checkbox"/> 5. น้อยที่สุด                              |                                  |                          |

ภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและอัตมโนทัศน์

- ท่านรู้สึกผิดหวัง บ่อยครั้งเพียงใด
 

<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคยเลย	<input type="checkbox"/> 2. บางครั้ง
<input type="checkbox"/> 3. บ่อยครั้ง	<input type="checkbox"/> 4. เป็นประจำ
- ท่านรู้สึกโกรธ ถัด วิดกกังวลและไม่สามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ ได้บ่อยครั้งเพียงใด
 

<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคยเลย	<input type="checkbox"/> 2. บางครั้ง
<input type="checkbox"/> 3. บ่อยครั้ง	<input type="checkbox"/> 4. เป็นประจำ
- ท่านรู้สึกหมดหวัง ในชีวิต หรือรู้สึกว่าตนเองหมดหวังในชีวิตบ่อยครั้งเพียงใด
 

<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคยเลย	<input type="checkbox"/> 2. บางครั้ง
<input type="checkbox"/> 3. บ่อยครั้ง	<input type="checkbox"/> 4. เป็นประจำ
- ท่านรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสุข และเศร้าหมองบ่อยครั้งเพียงใด
 

<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคยเลย	<input type="checkbox"/> 2. บางครั้ง
<input type="checkbox"/> 3. บ่อยครั้ง	<input type="checkbox"/> 4. เป็นประจำ
- ท่านรู้สึกว่าท่านสามารถจัดการกับสิ่งที่ทำให้ท่านรำคาญใจได้บ่อยเพียงใด
 

<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคยจัดการได้เลย	<input type="checkbox"/> 2. บางครั้ง
<input type="checkbox"/> 3. บ่อยครั้ง	<input type="checkbox"/> 4. จัดการได้เป็นประจำ
- ระดับความต้องการการดูแลด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและอัตมโนทัศน์
 

<input type="checkbox"/> 1.มากที่สุด	<input type="checkbox"/> 2. มาก
<input type="checkbox"/> 3. ปานกลาง	<input type="checkbox"/> 4. น้อย
<input type="checkbox"/> 5. น้อยที่สุด	

**ภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลด้านบทบาทและความสัมพันธ์ในสังคม**

1. โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้แล้ว กากำ ✓ ลงในช่องที่ท่านคิดว่าตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด
1. ปัญหาครอบครัวของท่านที่เป็นปัญหาหนักและยาก ๆ ท่านมักจะให้ผู้อื่นช่วยเหลือในการแก้ปัญหา					
2. ปัญหาส่วนใหญ่ของครอบครัวโดยส่วนใหญ่ท่านจะเป็นผู้จัดการและเป็นผู้ตัดสินใจในการแก้ปัญหา					
3. ฉันมีคนใกล้ชิดที่ทำให้ฉันรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย					
4. ฉันรู้สึกว่าฉันมีความสำคัญกับคนรอบข้าง					
5. ฉันไม่สามารถพึ่งพาญาติ หรือเพื่อฝูงได้เมื่อมีปัญหา					
6. ในชีวิตฉัน ฉันมีโอกาสที่จะให้ความช่วยเหลือผู้อื่นน้อย					
7. ฉันมีเพื่อน/ญาติที่คอยให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน					
8. เวลาที่ฉันอารมณ์เสีย หรือไม่สบายใจฉันมีคนที่ยังสามารถระบายความรู้สึกได้					
9. ถ้าฉันเจ็บป่วยจะมีคนมาคอยดูแลหรือให้คำแนะนำว่าฉันควรทำอะไรจึงจะหาย					
10. คนในครอบครัวบอกฉันว่า ที่ครอบครัวอยู่ได้ทุกวันนี่เพราะตัวฉัน					

2. ระดับความต้องการการดูแลด้านบทบาทและความสัมพันธ์ในสังคม

- 1.มากที่สุด       2. มาก  
 3.ปานกลาง       4. น้อย  
 5.น้อยที่สุด

**ภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลด้านเพศและการสืบพันธุ์**

1. ท่านยังไม่ความสัมพันธ์ทางเพศอยู่หรือไม่

- ไม่มี       มี

1.1 ถ้ามีท่านมีความพึงพอใจเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์หรือไม่

- พอใจ       ไม่พอใจ

1.2 ท่านคุมกำเนิดหรือไม่

- ไม่คุม       คุม ระบุ(วิธีการคุมกำเนิด)

1. ใช้ถุงยาง 2.ฝังเข็ม 3.ทำหมัน 4.อื่น ๆ .....

2. ท่านมีโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์หรือไม่

- ไม่มี       มี ระบุ.....

\*\*3.กรณีที่ท่านเป็นหญิงท่านมีความวิตกกังวลของการมีประจำเดือนหรือไม่

- ไม่มี  มี ระบุ.....

4.ระดับความต้องการการดูแลด้านเพศและการสืบพันธุ์

- 1.มากที่สุด  2. มาก  
 3.ปานกลาง  4. น้อย  
 5.น้อยที่สุด

ภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลด้านการจัดการความเครียด

1. ท่านมีภาวะวิกฤตของครอบครัวในช่วง 1-2 ปี ที่ผ่านมาหรือไม่

- ไม่มี  มี ระบุ.....

2. ท่านมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของชีวิตในช่วง 1-2 ปี ที่ผ่านมาหรือไม่

- ไม่มี  มี ระบุ.....

3. ในกรณีที่ท่านต้องการความช่วยเหลือท่านมีผู้ช่วยหรือไม่

- ไม่มี  มี ระบุ(ความสัมพันธ์).....

4. ในปัจจุบันผู้ที่คอยช่วยเหลือท่านยังคงให้ความช่วยเหลือท่านอยู่หรือไม่

- ไม่ช่วยแล้ว  ยังช่วยอยู่ (ระบุระยะเวลา).....

5. ท่านมีการใช้ยาเพื่อจัดการความเครียดหรือไม่

- ไม่มี  มี ระบุประเภทของยา.....

6. ท่านคิดว่า ในปัจจุบันนี้ท่านประสบความสำเร็จในชีวิต หรือยัง

- ยัง  ประสบความสำเร็จแล้ว

7. อย่างไร เรียกว่าประสบความสำเร็จในชีวิต.....

8.ระดับความต้องการการดูแลด้านการจัดการความเครียด

- 1.มากที่สุด  2. มาก  
 3.ปานกลาง  4. น้อย  
 5.น้อยที่สุด

ภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลด้านความเชื่อและค่านิยม

1. โดยปกติคุณมักได้ในสิ่งที่คุณต้องการเสมอ

- ไม่ใช่  ใช่

2. คุณมักจะมีการวางแผนในการดำเนินชีวิตในอนาคตเสมอ

- ไม่ใช่  ใช่

3. ศาสนาเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในชีวิต

- ไม่ใช่  ใช่

4. อะไรเป็นสิ่งที่รบกวนในการปฏิบัติศาสนกิจของท่าน.....

5. ระดับความต้องการการดูแลด้านความเชื่อและค่านิยม

- 1.มากที่สุด  2. มาก  
 3.ปานกลาง  4. น้อย  
 5.น้อยที่สุด

ขอบคุณทุกท่าน