

ยุทธศาสตร์การพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
โดยการประยุกต์ศาสตร์พระราชากษัตริย์อุดรธานี*

DEVELOPMENT STRATEGY FOR SELF - HEALTH CARE OF
THE ELDERLY BY APPLYING THE KING'S PHILOSOPHY AT UDONTHANI

เพชรเกษตกร วิเชียรแสน

Phetkaset Wichiansaen

สุภีร์ สมอนา

Supee Samona

กฤติกา แสนโภชน

Kritikar Sanphosh

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

Udon Thani Rajabhat University, Thailand

E-mail: phetkaset1234@gmail.com

บทคัดย่อ

บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี และกำหนดยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยการประยุกต์ศาสตร์พระราชากษัตริย์อุดรธานี ดำเนินการ 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุ จำนวน 440 คน ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ ผู้สูงอายุ 30 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงบรรยาย ค่าร้อยละ มีขั้วเลขคณิตและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวและวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ใช้สถิติเชิงพรรณนาและสรุปภาพรวม ระยะที่ 2 ดำเนินการ 1) ร่างยุทธศาสตร์โดยใช้เทคนิค SWOT 2) ประเมินผลยุทธศาสตร์ กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้เชี่ยวชาญ ผู้มีส่วนได้เสีย จำนวน 30 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า 1) ปัญหาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เรียงปัญหามากไปน้อย 1.1) ด้านจิตใจ 1.2) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม 1.3) ด้านความรับผิดชอบอนามัยส่วนบุคคล 1.4) ด้านอาหารและโภชนาการ 1.5) ด้านการออกกำลังกาย และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคม สมรรถนะแห่งตน ความเชื่อประเพณีท้องถิ่น



ด้านสุขภาพ การมีสมุดคู่มือและนำไปใช้ประโยชน์ และด้านมีรายได้จากการรับจ้าง 2) การกำหนดยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการประยุกต์ศาสตร์พระราชา จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย 5 ประเด็นยุทธศาสตร์ 15 เป้าประสงค์ 15 กลยุทธ์ 33 โครงการ ผลการประเมินยุทธศาสตร์ทั้งในด้านความเหมาะสม และความเป็นไปได้ พบว่าอยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ: ยุทธศาสตร์การพัฒนา, การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ, ศาสตร์พระราชา, ผู้สูงอายุ

Abstract

The objectives of this research article were to study problem conditions and factors affecting of self - health care of the elderly in Udonthani and to establish Development Strategy of Self Care of the Elderly by Applying the King's Philosophy Udonthani. To study design was research and development using mixed method research, undertaken in 2 phases. Phase 1: using quantitative methodology, samples group 440 elderlies and 30 elderlies (key informants), research tools were questionnaires and semi - structured interviews, data were analyzed by statistics including: mean, S.D., multiple regression. Phase 2: to establish Development Strategy of Self Care of the Elderly by Applying the King's Philosophy Udonthani. 1) Draft a strategy using SWOT technique, 2) Evaluate the strategy, using with 30 qualified and experienced experts. Then, all summarized data from phase1 were analyzed by SWOT analysis. The research results showed that: 1) The overall problem conditions of Self Care of the Elderly in Udonthani were found at moderate level, considered in each aspect, rank from greatest to least were as follow: 1.1) mind respectively, 1.2) social relationship, 1.3) personal health responsibility, 1.4) food and nutrition and 1.5) exercise and physical activity. There were main factors could predict self - care behaviors of the elderly in Udonthani at percent including: Health Literacy, social Support, self - Efficacy, Tradition Believe, Elderly Handbook and source of income as employee 2) The strategy consisted of 5 strategic issues, 15 operational tactics, and 33 projects. The results of the assessment received a very appropriate and a very feasibility.

Keywords: Development Strategy, Self - Health Care of the Elderly, the King's Philosophy, the Elderly



บทนำ

ประเทศไทย เริ่มก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ (Ageing Society) มาตั้งแต่ พ.ศ. 2548 และกำลังจะก้าวหน้าขึ้นไป เข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุระดับสมบูรณ์ (Aged Society) ในพ.ศ. 2565 ซึ่งหมายถึง สังคมที่มีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่า ใน พ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ ระดับสุดยอด (Super - aged Society) คือ มีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ขณะนี้ประเทศไทยจึงเข้าใกล้กลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์แล้ว เพราะมีสัดส่วนผู้สูงอายุ ร้อยละ 17 ในปี 2561 ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมด (ไม่รวมแรงงานข้ามชาติ) 66 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุ 12 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 18 ของประชากรทั้งประเทศ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561) และในปี 2562 เป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ที่ สัดส่วนผู้สูงวัยจะมีมากกว่าเด็ก และภายใน 3 ปี ไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ คือ มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 20 มีผู้สูงอายุ อายุ 70 ปีขึ้นไป 4.6 ล้านคน และคาดว่าในปี 2583 จะมีผู้สูงอายุมากถึง 20.5 ล้านคน หรือร้อยละ 32 ของประชากรทั้งหมด

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) ยึดหลัก “ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” “การพัฒนาที่ยั่งยืน” และ “การเน้นคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา” มียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับงานด้านผู้สูงอายุ จำนวน 2 ยุทธศาสตร์ คือ 1) การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ พัฒนาระบบการดูแลและสร้างสรรค์สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมเอื้อกับสังคมสูงวัย 2) ยุทธศาสตร์การสร้างความเป็นธรรมและการลดความเหลื่อมล้ำในสังคม แนวทางการพัฒนาที่สำคัญประกอบ คือ 1) การเพิ่มโอกาสให้กับกลุ่มเปราะบาง ประชากรร้อยละ 40 ที่มีรายได้ต่ำสุด ให้สามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพของรัฐและมีอาชีพที่มั่นคง 2) การกระจายการให้บริการภาครัฐทั้งด้านการศึกษา การสาธารณสุข และสวัสดิการที่มีคุณภาพให้ครอบคลุมและทั่วถึง นอกจากนี้ ยังมีมาตรการในการขับเคลื่อนอีกมากมาย ได้แก่ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) รัฐบาลไทยได้เล็งเห็นความสำคัญของสังคมผู้สูงอายุ ได้ประกาศเป็น วาระแห่งชาติ ซึ่งมีความสำคัญและจำเป็นที่จะต้องเร่งดำเนินการ โดยได้กำหนดนโยบายแผนงานมุ่งขับเคลื่อนการดำเนินการ ด้านผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมผ่านภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคสังคมและภาคประชาชน ได้แก่ 1) เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ด้วยการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี พึ่งพาตนเองได้และมีหลักประกันที่มั่นคง 2) เพื่อสร้างจิตสำนึกให้สังคมไทยตระหนักถึงผู้สูงอายุในฐานะบุคคลที่มีประโยชน์ต่อส่วนรวมและส่งเสริมให้คงคุณค่าไว้ให้นานที่สุด 3) เพื่อให้ประชากรทุกคนตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมการ และมีการเตรียมความพร้อมเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ 4) เพื่อให้ประชาชน ครอบครัวและชุมชน ท้องถิ่น องค์กรภาครัฐและเอกชนตระหนักและมีส่วนร่วมในการกิจด้านผู้สูงอายุ 5) เพื่อให้มีกรอบและแนวทางการปฏิบัติงาน



เกี่ยวกับผู้สูงอายุสำหรับ ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอันจะนำไปสู่การบูรณาการงานด้านผู้สูงอายุ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2561)

การมีสุขภาพที่ดีแข็งแรงอย่างยั่งยืนนั้น มีการศึกษาวิจัยหลายชิ้นยืนยันผลว่า กฎเกณฑ์ที่สำคัญ คือ การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง รู้จักการพึ่งพาตนเองเป็นหลักก่อน ขณะที่ระบบการดูแลผู้สูงอายุ ในปัจจุบันยังอยู่ในรูปแบบของการสงเคราะห์มากกว่าการส่งเสริม จึงทำให้ขาดรูปแบบการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุที่เป็น การพัฒนาศักยภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุให้สามารถดูแลตนเองได้ ในขณะที่สถานการณ์ที่ ประชากรผู้สูงอายุนับวันมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ กระแสโลกปัจจุบันในระดับนานาชาติ นับตั้งแต่ การประชุมนานาชาติ เรื่องการเสริมสร้างสุขภาพครั้งที่ 1 ณ กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา มีมติรับรองกฎบัตรออตตาวา เป็นต้นมา ได้เน้นย้ำถึงการสร้างเสริมสุขภาพ การดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรง ไม่เจ็บป่วย มิใช่การตั้งรับเพียงการรักษาโรค พึ่งหมอฟังยา ดังวลีที่ว่า “สร้างนำซ่อม” สำหรับประเทศไทย การปฏิรูปสู่ยุคใหม่แห่งสุขภาพ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ได้ระบุไว้อย่างชัดเจนในวิสัยทัศน์ว่า ผู้สูงอายุเป็นหลักชัยของสังคม โดยเน้นการพึ่งพาตนเอง อีกทั้งพบผู้สูงอายุรายใหม่ มีอุบัติการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อันเนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ความเครียดที่ไม่เหมาะสม ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้มีสาเหตุมาจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น การขาดความรู้ การรับรู้ และแรงจูงใจด้านสุขภาพ ด้วยเหตุนี้ กระทรวงสาธารณสุขจึงปรับแนวคิดในการทำงานด้านสุขภาพด้วยการกระตุ้นให้ ประชาชนมีการตื่นตัวและเน้นการสร้างสุขภาพ มากกว่าการซ่อมสุขภาพ โดยการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคไม่ให้เกิดขึ้น เพื่อลดภาระทางด้านการรักษาพยาบาล และยังทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี ประกอบกิจการงาน ตลอดจนพัฒนาประเทศได้เต็มที่ นอกจากนี้ พุทธศาสนิกชนทราบดีถึงพุทธสุภาพิต กล่าวว่ อดตา หิ อดตโน นาโถ ที่แปลว่า ตนแลเป็นที่พึ่งแห่งตน มิใช่หวังการพึ่งพาทายนอก จากแพทย์พยาบาล หรือพึ่งพิงยาเท่านั้น เพราะผู้ที่รู้จักเรา เข้าใจสภาพเราดีที่สุด คือ ตัวของเราเอง ซึ่งมีความสอดคล้องอย่างยิ่งกับศาสตร์พระราชาของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 9 ซึ่งเป็นศาสตร์แห่งชีวิตอันประเสริฐยิ่ง กลุ่มลึกครอบครัวทุกมิติ พระองค์ทรงเน้นย้ำ การพึ่งพาตนเอง เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา การเดินทางสายกลาง ความสมดุล พอเหมาะพอดี มีเหตุมีผล การมีภูมิคุ้มกันพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ การมองแบบองค์รวม ความวิริยะพากเพียร อดทน และหลักความรู้คู่คุณธรรม ในปี พ.ศ. 2549 นายโคฟี อันนัน เลขาธิการองค์การสหประชาชาติ ได้ขอพระราชทานพระบรมราชานุญาตถวายรางวัลความสำเร็จสูงสุดด้านการพัฒนามนุษย์ และยกย่องพระองค์เป็น “กษัตริย์นักพัฒนาของโลก” และน้อมนำศาสตร์ของพระองค์ ไปเผยแพร่และปรับใช้ให้เหมาะกับบริบทและเงื่อนไขของแต่ละประเทศ โดยได้มีการริเริ่มโครงการพัฒนาต้นแบบในอีกหลายประเทศ สามารถประยุกต์ใช้แก้ไขปัญหิต่าง ๆ ได้จริงทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม



องค์กรและระดับรัฐ ด้วยแนวคิดการพัฒนาที่เน้นคนเป็นศูนย์กลาง และการสร้างอาชีพที่หลากหลาย เป็นวิถีแห่งการพัฒนาทางเลือกใหม่ที่ทั่วโลกยอมรับ (กรมอนามัย, 2563)

สถานการณ์ผู้สูงอายุระดับจังหวัด จังหวัดอุดรธานี มีประชากรทั้งสิ้น 1,586,646 คน เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 234,293 คน โดยคิดเป็นร้อยละ 14.78 ผู้สูงอายุเพศชายจำนวน 105,892 คน ผู้สูงอายุหญิงจำนวน 128,401 คน (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2563) จึงถือได้ว่าจังหวัดอุดรธานี ได้เริ่มก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) และคาดว่าในปี 2568 จังหวัดอุดรธานี จะมีประชากรผู้สูงอายุ ถึงร้อยละ 19.62 และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) ในอีกไม่ช้า ประเด็นยุทธศาสตร์สำคัญของจังหวัด จึงเน้นย้ำความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จากการประเมินคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี ปี 2561 จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง 179,623 ราย คิดเป็นร้อยละ 98.40 แบ่งตามเกณฑ์ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 กลุ่มติดสังคม หรือกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้อย่างอิสระ และสามารถให้ความช่วยเหลือผู้อื่นได้ เป็นผู้มีสุขภาพทั่วไปดี ไม่มีโรค เรื้อรัง หรือเป็นเพียงผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรืออาจเป็นผู้ที่มีโรคเรื้อรัง 1 - 2 โรค แต่ควบคุมได้ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมได้ตามปกติ มีจำนวนผู้สูงอายุ 173,430 ราย คิดเป็นร้อยละ 97.78 กลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้าน เป็นกลุ่มที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง มีความต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นบ้างบางส่วน เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมได้น้อยลง ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านนี้มักมีโรคประจำตัวหลายโรค โดยมีโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้หรือมีภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ อาจมีกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) เช่น หกล้มง่าย กลั้นอุจจาระปัสสาวะบกพร่อง ความจำความคิดบกพร่อง ซึ่งมีผลต่อการเคลื่อนที่และการเข้าสังคม ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีจำนวน 3,105 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.75 และ กลุ่มที่ 3 กลุ่มติดเตียง หรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มักมีภาวะแทรกซ้อนและภาวะทุพพลภาพจากโรคเรื้อรังต่าง ๆ มีความจำเป็นต้องพึ่งพิงผู้อื่นในการดำรงชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีจำนวน 835 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.47 (สำนักงานยุทธศาสตร์จังหวัดอุดรธานี, 2560) ในการศึกษาครั้งนี้ ได้กำหนดศึกษาในผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ซึ่งมีมากถึงร้อยละ 99.53 ซึ่งจะเป็นการหาแนวทาง วิธีการในการพัฒนาส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้สามารถพึ่งพาตนเอง ด้านสุขภาพและอาจมีส่วนช่วยในการป้องกันการเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุในกลุ่มที่ 3 ป้องกันภาวะพิการทุพพลภาพ ช่วยตนเองไม่ได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน

จากเหตุผลความสำคัญ และความเป็นมาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยซึ่งเป็นบุคลากรการแพทย์มีบทบาทและหน้าที่หลักในการให้บริการด้านการดูแลสุขภาพแก่ประชาชน และเป็นนักศึกษาสาขานิติศาสตร์การพัฒนาศึกษาหาแนวทาง พัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางที่เป็นความท้าทายที่สังคมโลกกำลังเผชิญและมีแนวโน้ม



เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งเป็นแนวทางดำเนินการด้านผู้สูงอายุให้เหมาะสม กับบริบทสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว อย่างมีคุณภาพและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยการประยุกต์ศาสตร์พระราชา จังหวัดอุดรธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Paradigm & Methodology) ทั้งการศึกษาวิจัยในเชิง ปริมาณ (Quantitative research) และการวิจัยวิจัยในเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยแบ่งการดำเนินการเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 วิจัยเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุทั้งหมด ที่มีรายชื่อในทะเบียนบ้าน ในเขตจังหวัด อุดรธานี ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 192,013 คน (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี, 2562)
2. กลุ่มตัวอย่าง ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยอาศัยสูตรของ Yamane, T. กำหนดค่าความเชื่อมั่น 95% (สำเร็จ จันทรสุวรรณ, 2547) จำนวน 400 คน ทั้งนี้ เพื่อให้ได้ ครอบคลุมขนาดตัวอย่างและเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Attrition rate) จึงเพิ่ม อีก 10% คือ 40 คน ดังนั้น สรุปรวมทั้งสิ้นจำนวน 440 คน จากนั้นทำการสุ่มแบบหลาย ขั้นตอน การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาและการรับรอง โดยคณะกรรมการ จริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี เลขที่ยื่นขอโครงการ จย.มน. 07/2563 เลขที่รับรองโครงการ อว 0622.7/646 โดยมีระยะเวลาการรับรอง ตั้งแต่วันที่ 23 กันยายน 2563 ถึงวันที่ 23 กันยายน 2564

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม (Questionnaire) แบบมาตราวัด 5 ระดับ (Likert Rating Scale) โดยอาศัยการทบทวนวรรณกรรม หลักการ แนวคิด ทฤษฎี เอกสาร งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 10 ตอน ได้แก่ คุณลักษณะทั่วไป ความเชื่ออำนาจควบคุมตน ความเชื่อประเพณีท้องถิ่นด้านสุขภาพ แบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความเมตตา



ต่อตนเอง การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และ ข้อเสนอแนะ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และการหาความเชื่อมั่น (Reliability) ค่าความสอดคล้องงานวิจัยครั้งนี้ อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 จากนั้นผู้วิจัยทำการหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการตรวจสอบความเที่ยงแบบวัดความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Reliability) ใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พิจารณาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาที่มากกว่า 0.70 จึงจะถือว่าใช้ได้ (Nunnally, J. C., 1978) ผลการตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามตอนที่ 2 - 9 มีค่าดัชนีความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.869, 0.974, 0.887, 0.937, 0.929, 0.964, 0.885 และ 0.934 ตามลำดับ ส่วนค่าดัชนีความเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.973 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ทำหนังสือเสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล ถึงกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความอนุเคราะห์ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม
2. ผู้วิจัยได้นัดหมายวันเวลาในการเก็บรวบรวมแบบสอบถามด้วยตนเองจนครบตามจำนวน ของแบบสอบถามที่ส่งไป
3. ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์ และลงรหัสในแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ เพื่อนำมาวิเคราะห์ตามขั้นตอนการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ มัชฌิมเลขคณิต (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ การวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) สรุปผลและนำเสนอด้วยวิธีการเชิงสถิติ

ขั้นตอนที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (criterion based selection & purposive) ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีความรู้ ประสบการณ์ด้านสุขภาพผู้สูงอายุและสามารถให้ข้อมูลในเรื่องนั้นได้ลึกซึ้งดีที่สุดใน (Information - rich case) ซึ่งได้มาจากการผสมผสานวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) และวิธีการเลือกแบบบอกต่อ (Snow Ball Techniques)



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi - structure Interview guideline) และแบบสังเกตการณ์ (Observational Guideline) ซึ่งประเด็นหลักที่ใช้ในการสัมภาษณ์ในการวิจัย ได้แก่ ความหมาย มุมมองและองค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำหนังสือการเก็บรวบรวมข้อมูลเสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี เพื่อนำไปสัมภาษณ์คณะกรรมการกองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมือง ผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่เกี่ยวข้องในด้านต่าง ๆ และนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ในการสัมภาษณ์ และ ดำเนินการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและผู้ช่วยวิจัยจัดบันทึกการสัมภาษณ์ บันทึกเสียง ถ่ายภาพ และผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์มาตรวจสอบความสมบูรณ์และนำมาวิเคราะห์แปลผลข้อมูลตามขั้นตอนการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และสรุปภาพรวม
ระยะที่ 2 การกำหนดยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโดยการประยุกต์ศาสตร์พระราชา จังหวัดอุดรธานี แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 ร่างยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยการประยุกต์ศาสตร์พระราชา จังหวัดอุดรธานี

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุและผู้มีประสบการณ์ในการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่มีประสบการณ์ 5 ปีขึ้นไป คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 30 คน ซึ่งประกอบด้วย แพทย์โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี 1 คน แพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาล 2 คน ผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 4 คน เกษัชกร 2 คน นักโภชนาการ 2 คน นักกายภาพบำบัด 2 คน แพทย์แผนไทย 2 คน นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน ผู้บริหารองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 2 คน ตัวแทนสำนักงานสาธารณสุข 1 คน ผู้บริหารศูนย์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 2 คน ผู้สูงอายุตัวอย่าง 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 2 คน ผู้นำชุมชน 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi - Structural Interview Guideline) ดำเนินการโดยสร้างแนวคำถามเกี่ยวกับยุทธศาสตร์การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยการประยุกต์ศาสตร์พระราชา ซึ่งผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากระยะที่ 1 เป็นข้อมูลพื้นฐานและสร้างขึ้นจากการศึกษา แนวคิด ทฤษฎี การทบทวนเอกสารงานวิจัย เพื่อให้ครอบคลุมประเด็นการวิจัย รวมถึงการวิเคราะห์ SWOT Analysis



การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. ก่อนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยคัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง ตามเกณฑ์การคัดเลือกที่ตั้งไว้ (Criteria based purposive selection)
2. ขอนหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
3. ผู้วิจัยติดต่อผู้เชี่ยวชาญ แจ้งวันเวลาขอสัมภาษณ์ล่วงหน้า แจ้งวัตถุประสงค์ และทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้เชี่ยวชาญ
4. ระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเสียง จดบันทึก และถ่ายภาพ
5. หลังสัมภาษณ์เสร็จสิ้น ผู้วิจัยได้ทบทวนข้อมูลจากการสัมภาษณ์ให้ผู้เชี่ยวชาญรับทราบอีกครั้งเพื่อความเข้าใจตรงกัน และความครอบคลุมทุกประเด็น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นเนื้อหา(Content Analysis) ผู้วิจัยได้สรุปประเด็นความคิดเห็นเพื่อสร้างยุทธศาสตร์การพัฒนา ประเด็นสำคัญ นำไปจำแนก แยกแยะหมวดหมู่ ตามวัตถุประสงค์ โครงการ กิจกรรม ตัวชี้วัดของแต่ละโครงการ

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินยุทธศาสตร์การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยการประยุกต์ศาสตร์พระราชา จังหวัดอุดรธานี

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิและมีประสบการณ์ตรงในด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ แพทย์โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี 1 คน แพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาล 2 คน ผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 4 คน เภสัชกร 2 คน นักโภชนาการ 2 คน นักกายภาพบำบัด 2 คน แพทย์แผนไทย 2 คน นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน ผู้บริหารองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 2 คน ตัวแทนสำนักงานสาธารณสุข 1 คน ผู้บริหารศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ 2 คน ผู้สูงอายุตัวอย่าง 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 2 คน ผู้นำชุมชน 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมินความเป็นไปได้ ความเป็นประโยชน์ ความเหมาะสมและความถูกต้องครอบคลุม ของยุทธศาสตร์การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยการประยุกต์ศาสตร์พระราชา จังหวัดอุดรธานี กำหนดการให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดค่าคะแนนของช่วงน้ำหนัก 5 ระดับตามวิธีการของลิเคิร์ต (Likert Method) (ยุธ โภยวรรณ, 2545)



การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาในระยณะนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูล โดยการนำแบบประเมินความเป็นไปได้ มอบให้ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้มีส่วนได้เสียทุกฝ่ายโดยตรง และเก็บข้อมูลด้วยตนเอง และทำการตรวจสอบความครบถ้วน สมบูรณ์ทุกครั้งในการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รายงานประเมินผลความเป็นไปได้ พร้อมทั้งยืนยันความเหมาะสม ตามเกณฑ์การยอมรับความเป็นไปได้ของยุทธศาสตร์

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ผลการศึกษาสภาพปัญหาและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี พบว่า ผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด จำนวน 440 คน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 59.50 ด้านอายุ ส่วนใหญ่ร้อยละ 77.10 มีอายุระหว่าง 66 - 80 ปี ด้านสถานภาพสมรส ส่วนใหญ่ร้อยละ 60.50 มีสถานภาพสมรส ด้านการศึกษา ส่วนใหญ่ร้อยละ 58.60 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ด้านรายได้ต่อเดือน ส่วนใหญ่ร้อยละ 58.90 มีรายได้ต่อเดือน 3,001 - 6,000 บาท ด้านแหล่งที่มาของรายได้ ส่วนใหญ่ร้อยละ 48.40 มีรายได้หลักมาจากลูกหลานส่งเงินให้ใช้ ด้านความเพียงพอ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 53.90 มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ด้านการประกอบอาชีพ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 44.10 ประกอบอาชีพเกษตรกร รองลงมา ร้อยละ 43.40 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 53.20 มีโรคประจำตัว 2 โรค ได้แก่ ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ในด้านการอยู่อาศัย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 62.30 อาศัยอยู่กับลูกหลาน ส่วนในด้านการเข้าร่วมกิจกรรมชมรม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 71.80 เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ น้อยกว่า 2 ครั้งต่อเดือน และในด้านการมีและใช้คู่มือสุขภาพ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 69.30 มีคู่มือสุขภาพผู้สูงอายุ

พฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี ผลการวิเคราะห์โดยภาพรวม แสดงในตารางที่ 1 รายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 1 ผลการศึกษาสภาพปัญหาพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี โดยภาพรวม

พฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุ	ระดับการปฏิบัติ		
	\bar{x}	S.D.	แปลผล
1. ด้านอาหารและโภชนาการ	3.10	0.21	ปานกลาง
2. ด้านการออกกำลังกาย	3.03	0.22	ปานกลาง
3. ด้านความรับผิดชอบอนามัยส่วนบุคคล	3.35	0.25	ปานกลาง
4. ด้านจิตใจ	3.92	0.17	มาก
5. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3.56	0.27	มาก
เฉลี่ยรวม	3.39	0.24	ปานกลาง



สภาพปัญหาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.39$, S.D. = 0.24) และเมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่า ระดับปัญหาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เมื่อเรียงจากมากไปน้อยดังนี้ ด้านจิตใจ ($\bar{X} = 3.92$, S.D. = 0.17) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($\bar{X} = 3.56$, S.D. = 0.27) ด้านความรับผิดชอบอนามัยส่วนบุคคล ($\bar{X} = 3.35$, S.D. = 0.25) ด้านอาหารและโภชนาการ ($\bar{X} = 3.10$, S.D. = 0.21) และด้านการออกกำลังกาย ($\bar{X} = 3.03$, S.D. = 0.22)) ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี วิเคราะห์โดยสถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

ตัวแปร	b	SE	Beta	t	p - value
ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม	0.248	0.027	0.304	9.130	0.000
ปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	0.214	0.022	0.354	9.648	0.000
ปัจจัยด้านสมรรถนะแห่งตน	0.154	0.020	0.253	7.687	0.000
ปัจจัยด้านความเชื่อประเพณีท้องถิ่นด้านสุขภาพ	0.103	0.018	0.110	6.681	0.000
ปัจจัยส่วนบุคคลด้านมีสมุดคู่มือและนำไปใช้ประโยชน์	0.047	0.019	0.059	2.451	0.015
ปัจจัยส่วนบุคคลด้านมีรายได้จากการรับจ้าง	-	0.012	-	-	0.034
	0.026		0.034	2.124	
R = 0.945, R ² = 0.892, adjust R ² = 0.891, F = 598.625, p < 0.05					

จากตารางที่ 2 พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถพยากรณ์พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานีมากที่สุด ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ($\beta = 0.354$, $p < .001$) รองลงมา คือ แรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.304$, $p < .001$) ปัจจัยด้านสมรรถนะแห่งตน ($\beta = 0.253$, $p < .001$) ปัจจัยด้านความเชื่อประเพณีท้องถิ่นด้านสุขภาพ ($\beta = .110$, $p < .001$) ปัจจัยด้านมีสมุดคู่มือและนำไปใช้ประโยชน์ ($\beta = 0.059$, $p < .001$) และปัจจัยด้านมีรายได้จากการรับจ้าง ($\beta = - 0.034$, $p < .001$) ตามลำดับ

ระยะที่ 2 ผลการกำหนดยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยการประยุกต์ศาสตร์พระราช จังหวัดอุดรธานี แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 ผลการกำหนดร่างยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยการประยุกต์ศาสตร์พระราช จังหวัดอุดรธานี จากการสัมภาษณ์ผู้ทรงเชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิได้รับข้อเสนอแนะในร่างยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยการประยุกต์ศาสตร์พระราช จังหวัดอุดรธานี รายละเอียดดังนี้



ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategy Issue) ประกอบด้วย 5 ประเด็นยุทธศาสตร์ ดังนี้
 ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างจิตสำนึกการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 กลยุทธ์ 3 เป้าประสงค์ 5 โครงการ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนา ประมวลและเผยแพร่องค์ความรู้ ทักษะ ความฉลาด ประกอบด้วย 3 กลยุทธ์ 3 เป้าประสงค์ 7 โครงการ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาเทคโนโลยี วิจัย นวัตกรรม สิ่งประดิษฐ์ ประกอบด้วย 3 กลยุทธ์ 3 เป้าประสงค์ 4 โครงการ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์ด้านปรับปรุงระบบข้อมูล สารสนเทศ ระบบติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานด้านการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 กลยุทธ์ 3 เป้าประสงค์ 7 โครงการ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5 ยุทธศาสตร์ด้านสนับสนุนการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประกอบด้วย 4 กลยุทธ์ 3 เป้าประสงค์ 10 โครงการ

สรุปภาพรวม ยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยการประยุกต์ศาสตร์ พระราชา จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย 5 ประเด็นยุทธศาสตร์ 15 เป้าประสงค์ 15 กลยุทธ์ 33 โครงการ

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยการประยุกต์ศาสตร์พระราชา จังหวัดอุดรธานี ผู้วิจัยได้นำร่างยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยการประยุกต์ศาสตร์พระราชา จังหวัดอุดรธานี ให้ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 30 คน ทำการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ โดยภาพรวมพบว่า ด้านความเหมาะสม และด้านความเป็นไปได้ มีค่าเฉลี่ยสูงกว่า 3.51 ถือว่าผ่านเกณฑ์การประเมิน

อภิปรายผล

1. สภาพปัญหาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี โดยภาพรวม พบว่า ผู้สูงอายุอุดรธานี มีระดับการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.39$, S.D. = 0.24) และการศึกษาของ ประจักษ์ เพ็ญโพธิ์ เรื่องศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร พบว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง (ประจักษ์ เพ็ญโพธิ์, 2563) อีกทั้งยังมีการศึกษาของ กัลยา มั่นล้วน ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุใน อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (กัลยา มั่นล้วน, 2562) นอกจากนี้การศึกษาของ มนต์ิญา กงลา ที่ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี พบว่า มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลาง (มนต์ิญา



กงลา, 2558) และการศึกษาของ วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้สูงอายุ อำเภอเมืองชลบุรี พบว่าโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว, 2557) ซึ่งต่างจากผลการศึกษาของ อีระชัย พรหมคุณ ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุ จ.ศรีสะเกษ พบว่าอยู่ในระดับดี (อีระชัย พรหมคุณ, 2557) และการศึกษาของ ประภาพร มโนรัตน์ ผู้สูงอายุไทยพุทธในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท (ประภาพร มโนรัตน์, 2559) และการศึกษาของ ศิริสุข นาคะเสนีย์ ศึกษาผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ซึ่งพบว่า พฤติกรรม การดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาครั้งนี้ ส่วน ใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้นและตอนกลาง (ผู้สูงอายุตอนต้นมีอายุระหว่าง 60 - 70 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.80, ผู้สูงอายุตอนกลางมีอายุระหว่าง 71 - 80 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.20) ซึ่งเป็นกลุ่ม ผู้สูงอายุที่ยังพอมีพลังและมีความสามารถในการจัดการและปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลงเสื่อม ถอยทางกายภาพ รวมทั้งมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ดี ผู้สูงอายุในช่วงวัยนี้จึงเป็น ช่วงที่มีพลังกายและสติปัญญาสามารถดูแลสุขภาพได้ในระดับปานกลาง แต่ทั้งนี้ การที่ พฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้ ไม่สอดคล้องกับบางการศึกษา ที่พบว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี อาจเนื่องมาจากช่วงระยะเวลา ระหว่างการดำเนินการศึกษาครั้งนี้ อยู่ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด 19 หลาย ระลอก ต่อเนื่องและยาวนานข้ามปี ซึ่งส่งผลกระทบอย่างใหญ่หลวง รุนแรงและกว้างขวางทุก วงการทั่วโลก โดยเฉพาะระบบการแพทย์และสาธารณสุขไทยโรงพยาบาลหลายแห่ง ทั่วประเทศ รวมทั้งจังหวัดอุดรธานี ต้องบริหารภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด ทั้งจำนวนเตียง ยา เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ การบริหารจัดการวัคซีน การบริหารงานใน สถานการณ์วิกฤติฉุกเฉิน ที่เป็นไปอย่างสับสน (ศิริสุข นาคะเสนีย์, 2561) แต่ผู้ติดเชื้อโควิด 19 พุ่งสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ระบบบริการสาธารณสุขต้องบริหารงานภายใต้ความกดดันหลาย ประการ ทรัพยากรที่มีอย่างจำกัด ในสถานะฉุกเฉิน การจำกัดการบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ เช่น การเลื่อนนัดการตรวจ การนัดพบแพทย์กรณีผู้ป่วยนอก โรคเรื้อรังต่าง ๆ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคม สมรรถนะแห่งตน ความเชื่อ ประเพณีท้องถิ่นด้านสุขภาพ การมีสมุดคู่มือและนำไปใช้ประโยชน์ และด้านมีรายได้จาก การรับจ้าง ซึ่งปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (Health Literacy) มีค่า สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอย มากที่สุด สามารถอธิบายได้ว่า โลกปัจจุบันเป็นยุค โลกาภิวัตน์แห่งข้อมูลข่าวสาร ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ต มือถือ สื่อสารออนไลน์ หลากหลาย แพลตฟอร์ม ได้แทรกซึมเข้าสู่สังคมอีสานสมัยใหม่อย่างทั่วถึง ผู้สูงอายุอุดรธานี ที่ ปัจจุบันมีช่องทางสื่อสารมากมายอย่างล้นเหลือ แต่ทว่ามีสิ่งที่พึงระวังเช่นกัน การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษากลุ่มผู้สูงอายุ นั้นมีหลายประเด็นเกี่ยวกับปัญหาความรอบรู้ด้านสุขภาพของ ผู้สูงอายุ อาทิ 1) การทำความเข้าใจกับข้อมูล เนื่องจากความเสื่อมถอยด้านสุขภาพกาย และ



การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ และด้านสังคม การห่างหายจากการเรียนมานาน อายุที่เพิ่มขึ้นทำให้มีปัญหาในการฟังและอ่าน เช่น การอ่านหนังสือไม่คล่อง การอ่านฉลากยาแต่มองไม่เห็นตัวอักษร การรับฟังคำแนะนำอาหารเสริมจากสื่อโซเชียล อาจมีการแปลความหมายไม่ตรงกัน สภาพหูเสื่อม ฟังคำแนะนำจากสื่อโซเชียลแต่ไม่ค่อยได้ยิน มีการสูญเสียความจำและความสามารถในการคิด 2) การคิดวิเคราะห์ การประมวลผล เช่น เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีความเสื่อมถอยของศักยภาพการทำงานของสมองลดลง การคิดวิเคราะห์ประมวลผล การอ่านหรือฟังข้อมูลการรักษาและบริการได้แต่ไม่เข้าใจความหมาย สัมหรือมีภาวะสมองเสื่อม ทำให้ไม่สามารถนำข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพไปใช้ได้ 3) การประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล เป็นปัญหาสำคัญของสังคมไทย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ เมื่อได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพหากมีความสอดคล้องกับความเชื่อเดิม หรืออ้างอิงสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรือบุคคลที่มีชื่อเสียง มักมีแนวโน้มเชื่อปักใจได้ง่าย การไม่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอาจทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ก็จะทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อมได้ สอดคล้องกับ Ishikawa, H. et al. พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีส่วนทำให้บุคคลมีสุขภาพดีได้ กล่าวคือถ้าบุคคลสามารถอ่านหรือฟังข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้อย่างเข้าใจ สามารถวิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้ว่าเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอย่างไร เชื่อถือได้หรือไม่ และสามารถเลือกนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพส่วนใดไปใช้กับตนเองได้อย่างเหมาะสม ก็จะสามารถดูแลตนเองได้และลดความต้องการด้านบริการสุขภาพที่ไม่จำเป็นได้ (Ishikawa, H. et al., 2008) นอกจากนี้การไม่คุ้นเคยกับเทคโนโลยีการสื่อสารใหม่ ๆ ก็อาจมีผลต่อการเข้าใจข้อมูลสุขภาพรวมทั้งการมีโรคเรื้อรังต่าง ๆ ก็อาจเป็นอุปสรรคต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนด้านรายได้จากการรับจ้างของผู้สูงอายุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในอันดับสุดท้ายอาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยหลังเกษียณมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพในวัยชรา การรณรงค์ให้บุคคลเริ่มมีการวางแผนวัยเกษียณ ตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ อายุ 30 - 40 ปี, อายุ 40 - 50 ปี และ อายุ 50 - 59 ปี หรือตั้งแต่วัยหนุ่มสาวยังเป็นการดี เพื่อเตรียมความพร้อมการเข้าสู่การเป็นผู้สูงวัย การวางแผนบริหารการเงิน การประกอบอาชีพ แผนเงินออม การเขียนพินัยกรรม การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ การเตรียมความพร้อมวาระสุดท้ายแห่งชีวิตซึ่งมนุษย์ทุกคนนามมีอาจหลีกเลี่ยงจึงเป็นประเด็นที่ควรพิจารณา



องค์ความรู้ใหม่



ภาพที่ 1 ยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยการประยุกต์ศาสตร์พระราชชา
 จังหวัดอุดรธานี ผู้สูงอายุอุดรธานี มีสุขภาพองค์รวมดี ทั้งกาย จิตใจ สังคม เป็นพลัง
 คลังแห่งปัญญามีส่วนร่วมพัฒนา พึ่งพาตนเองด้านสุขภาพตามศาสตร์พระราชชา

ความพอประมาณ ความมีเหตุมีผล ความยืดหยุ่นมีภูมิคุ้มกัน ความรู้คู่คุณธรรม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีปัญหาท้องผูกได้ง่าย การรับประทานยาระบายมักเป็นการแก้ไขปัญหายาเพียงปลายเหตุ เฉพาะหน้าชั่วคราว การใช้ยาระบายอย่างพอเหมาะพอดี (ความพอประมาณ) บางครั้งคราวอย่างสมเหตุสมผลกับสภาพการณ์ของร่างกาย ย่อมปลอดภัย แต่การรับประทานยาระบายอย่างพร่ำเพรื่ออาจส่งผลเสียระยะยาว การค้นหาเหตุปัจจัยของท้องผูก แล้วแก้ไขที่ต้นเหตุ (ความมีเหตุมีผล) ค้นหาทางเลือกการดูแลสุขภาพทางเลือกใหม่ ๆ มีความยืดหยุ่น (มีภูมิคุ้มกัน) ไม่พึ่งพายาเพียงอย่างเดียว เช่น โยคะ การแพทย์แผนไทย สมุนไพรไทย การกดจุดแก้ท้องผูก ผังเข็มนาฬิกา การแพทย์ทางเลือกอีกมากมาย จะช่วยลดการพึ่งพายาระบาย

สรุป/ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้ ตัวแปรสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อุดรธานี คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะที่ข้อมูลข่าวสารสุขภาพมากล้นเหลือ แต่ผู้สูงอายุยังขาดทักษะการทำความเข้าใจข้อมูล ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ ดังนั้นควรมีมาตรการช่วยเสริมทักษะการตรวจสอบความน่าเชื่อถือแก่ผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคม ส่งผลชัดเจนต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอุดรธานี ยิ่งผู้สูงอายุมีรายได้เพิ่มมากขึ้นย่อมส่งผลให้มีสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น นโยบายเบี้ยยังชีพจึงยังคงมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุ



เป็นสวัสดิการหนึ่งที่รัฐบาลจัดสรรให้ผู้สูงอายุ เพื่อสนับสนุนเป็นค่าใช้จ่ายให้กับผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนต่าง ๆ ทั่วประเทศให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข โดยให้ความช่วยเหลือเป็นจำนวนเงินตามขั้นบันไดของอายุ

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2563). สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77. เรียกใช้เมื่อ 31 ธันวาคม 2562 จาก <http://www.dop.go.th/th/know/1/275>
- กรมอนามัย. (2563). คู่มือการดำเนินงาน พหุติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ประจำปี 2563: สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2563). รายงานประจำปี 2563 สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. เรียกใช้เมื่อ 28 พฤศจิกายน 2562 จาก <https://eh.anamai.moph.go.th/web-upload/10x2f8665bc5c6742a30312c81435ca284e/filecenter/Annual%20report%20file/Annual%20report%202020.pdf>
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2561). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2560. กรุงเทพมหานคร: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข.
- กัลยา มั่นล้วน. (2562). พหุติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองโพรง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. ใน การประชุมวิชาการระดับชาติ วิทยาลัยนครราชสีมา ครั้งที่ 6 ประจำปี พ.ศ. 2562. วิทยาลัยนครราชสีมา.
- ธีระชัย พรหมคุณ. (2557). พหุติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 7(1), 102-128.
- ประจักษ์ เพ็ญโพธิ์. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพหุติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 4(8), 210-223.
- ประภาพร มโนรัตน์. (2559). การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุไทยพุทธในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท: กรณีศึกษาบ้านนาโปรง ตำบลท่าเสา อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิษฐ์. เรียกใช้เมื่อ 28 พฤศจิกายน 2562 จาก <https://aging.omeka.net/items/show/55386>
- มนทิญา กงลา. (2558). พหุติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลท่าไฮ อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี. ใน การประชุมวิชาการและเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ (ภาคโปสเตอร์) ปี 2558. วิทยาลัยนครราชสีมา.
- ยุทธ ไถยวรรณ. (2545). พื้นฐานการวิจัย. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น.
- วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว. (2557). พหุติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี. เรียกใช้เมื่อ 28 พฤศจิกายน 2562 จาก http://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/55930308.pdf



- ศิริสุข นาคะเสนีย์. (2561). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วารสารวิจัยรำไพพรรณี, 12(1), 39-48.
- สำนักงานยุทธศาสตร์จังหวัดอุดรธานี. (2560). ยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขปีงบประมาณ 2564-2565. เรียกใช้เมื่อ 28 พฤศจิกายน 2562 จาก https://udo.moph.go.th/docs_temp/plan2564.pdf
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2561). การสำรวจการทำงานของผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
- สำเร็จ จันทร์สุวรรณ. (2547). สถิติสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Ishikawa, H. et al. (2008). Developing a measure of communicative and critical health literacy: A pilot study of Japanese office workers. *Health Promotion International*, 23(3), 269-274.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. (2nd Edition). New York: McGraw-Hill.