

# การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

## Health Care and Health Status of Thai Aging

พิมพิสุทธิ์ บัวแก้ว<sup>1</sup> และ รติพร ถึงฝั่ง<sup>2</sup>

Phimphisut Boukeaw<sup>1</sup> and Ratiporn Teungfung<sup>2</sup>

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยและอำนาจในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยตัวแปรคุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลสุขภาพ โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุ ประจำปี พ.ศ.2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 16,058 คน ผลการศึกษาพบว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยได้ร้อยละ 11.2 ตัวแปรที่สำคัญที่สุด คือ รายได้ โดยพบว่าระดับรายได้เฉลี่ยต่อปีตั้งแต่ 50,000 บาทขึ้นไป สามารถทำนายภาวะสุขภาพผู้สูงอายุได้มากที่สุด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน ( $\beta$ ) เท่ากับ .174 รองลงมาคือการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน ( $\beta$ ) เท่ากับ .164 การศึกษานี้เสนอแนะว่าภาครัฐควรที่จะคงไว้ซึ่งนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและปรับปรุงช่องทางการเข้าถึงสิทธิดังกล่าวให้ครอบคลุมและทั่วถึง รวมทั้งส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว

**คำสำคัญ:** การดูแลสุขภาพ สุขภาพผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม

### Abstract

This research aims to study health status of Thai aging and to investigate the predictive ability of demographic characteristics, social support and health care for their health by using a secondary data of Thai aging Survey in 2011 from the National Statistics Office with 16,058 samples. The study found that health status of Thai aging was moderate. The combination of demographic characteristics, social support and health care could predict their health status accounted for 11.2 %. It was also found that the important variable was income. Thai aging who have earned an average annual income of 50,000 baht were the group that can forecast the health status the most ( $\beta = 0.172$ ), followed by the health care ( $\beta = 0.156$ ). This study suggests that the government should maintains the welfare policy for Thai aging especially subsistence allowance and improve channels to access the rights thoroughly, as well as to promote health care behavior of the Thai aging with an emphasis on family participation.

**Keywords:** Health Care, Health Status of Thai Aging, Social Support

<sup>1</sup>นักศึกษาระดับปริญญาโท คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

<sup>2</sup>รองคณบดีฝ่ายวางแผนและพัฒนา คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

<sup>1</sup>Master Degree, Social and Environmental Development, National Institute of Development Administration

<sup>2</sup>Associate Dean for Planning and Development, Social and Environmental Development, National Institute of Development Administration

## 1. บทนำ

ในช่วงเวลาที่ผ่านมาจำนวนประชากรผู้สูงอายุได้เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และการสาธารณสุข (United Nations Population Funds, 2012: 3-4) สำหรับข้อมูลประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2553 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวน 8.4 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2563 และ พ.ศ.2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 12.2 ล้านคน และ 17.7 ล้านคนตามลำดับ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ, 2555: 12-14) และเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรวัยเด็ก (อายุ 0-14ปี) และวัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) พบว่าประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อันเนื่องมาจากอัตราการเกิดของทารกและการเสียชีวิตของผู้สูงอายุลดลงอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554: 7) และเมื่อจำแนกตามเขตที่อยู่อาศัยพบว่าประชากรผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองมีจำนวน 3.3 ล้านคน และจะเพิ่มจำนวนเป็น 11.6 ล้านคน ภายในปี พ.ศ. 2583 ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการที่เขตเมือง มีความสะดวกสบายทั้งในด้านการแพทย์และการสาธารณสุข หรือการขอรับสวัสดิการต่างๆ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2553: 18-19) และจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2556: 3) ในปี พ.ศ. 2555 ที่ผ่านมามีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12.7 ของจำนวนประชากรทั้งประเทศ จึงทำให้ประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ ตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาติ

จากแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุพบว่า เมื่อผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มมากขึ้น ร่างกายจะเสื่อมถอยและอ่อนแอลง จิตใจไม่มีการแปรปรวน (นภาพรณ์ หะวานนท์ และธีรวัลย์ วรรณโนทัย, 2552: 10-11 และ ประนอม โอทกานนท์, 2554: 11-24) ในด้านสถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุไทยเป็นโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิต ไตวาย โรคดังกล่าวสามารถนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นภาวะที่บั่นทอนสุขภาพ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ, 2554: 25) สิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการมากที่สุดในช่วงบั้นปลายชีวิต คือ สุขภาพ อันเกิดจากการมีคุณภาพชีวิตที่ดี 3 องค์ประกอบด้วยกัน ได้แก่ การมีสุขภาพที่ดี ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม (ลัดดา ดาริการเลิศ, 2555: 14-15) โดยการมีสุขภาพที่ดีย่อมเกิดจากการที่บุคคลทำกิจกรรมที่เป็น

ประโยชน์และส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ในทางกลับกัน การที่บุคคลมีสุขภาพไม่ดีย่อมเกิดจากการมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่ไม่ดีหรือไม่เหมาะสม (Pender, 1996: 98) และนอกจากการที่ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพของตนเองแล้วยังสามารถรับการดูแลสุขภาพจากบุคคลอื่นได้ด้วย หรือที่เรียกว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการกระทำที่ส่งผลในทางบวกมากกว่าทางลบ ซึ่งมีผลให้สุขภาพและความเป็นอยู่ของบุคคลดีขึ้น (Cohen and Syme, 1985: 3-4) ดังนั้นสถาบันครอบครัวจึงเป็นสถาบันหลักในการทำหน้าที่สนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์และสังคมแก่ผู้สูงอายุ (เล็ก สมบัติ: 2549 , 12-1)

ด้วยสถานการณ์ดังกล่าว ภาครัฐจึงนำข้อมูลการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ มากำหนดแผนและนโยบายเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 ที่มีวิสัยทัศน์ว่า “ประชากรไทยทุกคนเกิดมามีคุณภาพ ได้รับการพัฒนาทุกช่วงวัย ให้สามารถเป็นพลังในการขับเคลื่อนการเจริญเติบโตของประเทศ มีหลักประกันที่มั่นคง มีการจัดสวัสดิการอย่างยั่งยืน โดยครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม” (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2556: บทสรุปผู้บริหาร) เช่นนี้สุขภาพจึงเป็นสิ่งบ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยการที่ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพที่ดีนั้นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยและหลายเงื่อนไข ดังนั้นในงานวิจัยนี้จึงมุ่งที่จะศึกษาภาวะสุขภาพ และปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป

## 2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ คุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทย
2. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ด้วยตัวแปร คุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

## 3. ขอบเขตของงานวิจัย

ด้านเนื้อหา ศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย และผลของคุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม

และการดูแลสุขภาพที่มีต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ด้านประชากร ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ทั้งในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล

#### 4. สมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานในการวิจัยในครั้งนี้คือ คุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมีอำนาจในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

#### 5. ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมมีทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

5.1 ภาวะสุขภาพ คือ การมีสุขภาพที่ดีไม่ใช่แค่ร่างกายเท่านั้นที่แข็งแรง แต่รวมทั้งจิตใจและสังคม นั่นคือการมีร่างกายที่สมบูรณ์ มีจิตใจที่แจ่มใส ทำตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเองและการมีความสัมพันธ์ที่ดีทั้งกับครอบครัวและผู้อื่น (Orem, 1991:51-52; Orem, 2001:74; Pender, 2011: 22) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพที่กล่าวว่า คำว่าสุขภาพที่ดีคือการมีคุณภาพทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม โดยรู้จักที่จะเรียนรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพ หาทางเลือกอื่นในการรักษา ไม่ใช่พึ่งพาแต่เทคโนโลยี (ประเวศ วะสี, 2547: 1-18) สุขภาพกายของผู้สูงอายุนั้นเป็นเรื่องที่สังเกตง่ายไม่ว่าจะเป็น สายตา ที่เมื่ออายุมากขึ้น สายตาจะยาวออก มองเห็นไม่ชัดเจน หู มักจะหูหนวกหูตึง การได้ยินจึงไม่ชัดเจน ฟันยังมีอายุมากขึ้นโอกาสเกิดฟันผุหรือหลุดนั้นย่อมมีมาก ซึ่งการสูญเสียฟันอาจทำให้ต้องใส่ฟันปลอม ระบบขับถ่ายเสื่อมถอยซึ่งเกิดจากการเสื่อมสภาพของกล้ามเนื้อหูรูด (บรรลุ ศิริพานิช, 2543: 85-92, 118-121) เมื่อร่างกายเกิดความเสื่อมถอยย่อมส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุลดลง จากสามารถทำได้ด้วยตนเอง มาเป็นทำได้แต่ต้องใช้คนหรืออุปกรณ์ช่วยหรือไม่สามารถทำเลย เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานยา รับประทานอาหาร การเดินทางคนเดียว การนั่งยองๆ เป็นต้น (กรมการแพทย์, 2557: 58-59) สำหรับสุขภาพทางจิตนั้นเป็นสิ่งที่สังเกตได้ยากกว่าและมีความสำคัญต่อสุขภาพกาย การที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีย่อม

ส่งผลดีต่อร่างกาย เห็นได้จากเมื่อบุคคลมีสุขภาพจิตที่ไม่ดี มักจะมีอารมณ์เศร้าหมอง กังวล เบื่อหน่าย ท้อแท้ ย่อมส่งผลให้ร่างกายทรุดโทรม เบื่ออาหาร (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554: 30) และจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ยังพบว่ามีปัจจัยอื่นที่มีอำนาจในการทำนายภาวะสุขภาพได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลสุขภาพ

#### 5.2 คุณลักษณะส่วนบุคคล

คุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส รายได้ เขตที่อยู่อาศัยและจำนวนบุตร ซึ่งสามารถสรุปได้ดังรายละเอียดต่อไปนี้

เพศเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางสรีระของบุคคล (วริศา จันทวังสีกุล, 2553: 16) ผู้สูงอายุที่เป็นเพศชายจะมีสุขภาพที่ดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงที่ส่วนใหญ่ มักจะทำงานหรือเป็นแม่บ้านมากกว่าที่จะทำกิจกรรมนอกบ้าน เช่น การเล่นกีฬาและการทำกิจกรรมสันทนาการ (Verberg: 1985, 164-165)

อายุ พบว่าผู้สูงอายุยิ่งอายุมากขึ้นจะเกิดภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตตามการเปลี่ยนแปลงของอายุที่มากขึ้น (วิชาญ ชูรัตน์และคณะ, 2555: 96; นวลจันทร์ เครือวานิชกิจและคณะ, 2555: 123)

ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นการจัดประสบการณ์ให้แก่ชีวิต ช่วยเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโลกและชีวิตในทุกด้านให้กับบุคคลทำให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ (เรวัต สุวรรณพเก้าและศรีรินทร์ เกรย์, 2554: 48)

สถานภาพการสมรส เป็นการแสดงออกถึงลักษณะความสัมพันธ์ทั้งในด้านสังคมและในด้านจิตใจระหว่างบุคคล และการมีชีวิตคู่ เมื่อคู่สมรสเจ็บป่วยจะมีคนดูแลเอาใจใส่ ซึ่งแตกต่างจากสถานภาพสมรสอื่นที่อยู่อย่างโดดเดี่ยวที่ต้องช่วยเหลือตนเองทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย (ขวัญดาว กล้ารัตน์และคณะ, 2556: 97)

รายได้ ในความเป็นจริงปัญหาสุขภาพและรายได้มีความสัมพันธ์กัน เมื่อสุขภาพไม่ดีการประกอบอาชีพย่อมทำไม่ได้ รายได้จึงตกต่ำลง และเมื่อรายได้ไม่ดีโอกาสที่จะมีเครื่องอุปโภคบริโภคที่สมบูรณ์เพียงพอย่อมเป็นไปได้ สุขภาพไม่ดีจึงเป็นผลติดตามมา (บรรลุ ศิริพานิช, 2543: 104)

เขตที่อยู่อาศัย พบว่า ผู้สูงอายุเริ่มที่จะเพิ่มขึ้นในเขตเมือง อาจเนื่องมาจากความสะดวกสบายในการรับบริการทางการแพทย์ การสาธารณสุขและการขอรับสวัสดิการต่างๆ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2553 : 18-19) แต่ในเรื่องของสุขภาพ ผู้สูงอายุในชนบทจะแข็งแรงมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในเมือง เนื่องจากมีการออกกำลังกายที่มากกว่าโดยแฝงอยู่ในกิจวัตรประจำวันหรือการทำงาน อาหารมีสารพิษน้อยกว่า รวมถึงมีโอภาสเข้าวัดทำบุญมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในเมือง การเข้าวัดทำบุญส่งผลให้ผู้สูงอายุในชนบทมีสุขภาพจิตที่ดี เมื่อสุขภาพใจดีก็ทำให้สุขภาพกายดีไปด้วย (รศรินทร์ เกรย์และคณะ, 2556: 27)

จำนวนบุตร ในสังคมไทย ครอบครัวเป็นศูนย์กลางให้กับผู้สูงอายุ แต่เนื่องจากโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลง คือผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ขณะที่ยัยแรงงานและวัยเด็กลดลงอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวมีขนาดเล็กลง บุตรหลานย้ายไปทำงานต่างถิ่น ประกอบกับความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น สภาวะการเจ็บป่วยและทุพพลภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้ผู้ดูแลที่เป็นบุตร หรือสมาชิกในครอบครัวอาจไม่เพียงพอต่อความต้องการการดูแลที่เพิ่มขึ้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ, 2554: 63) ซึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

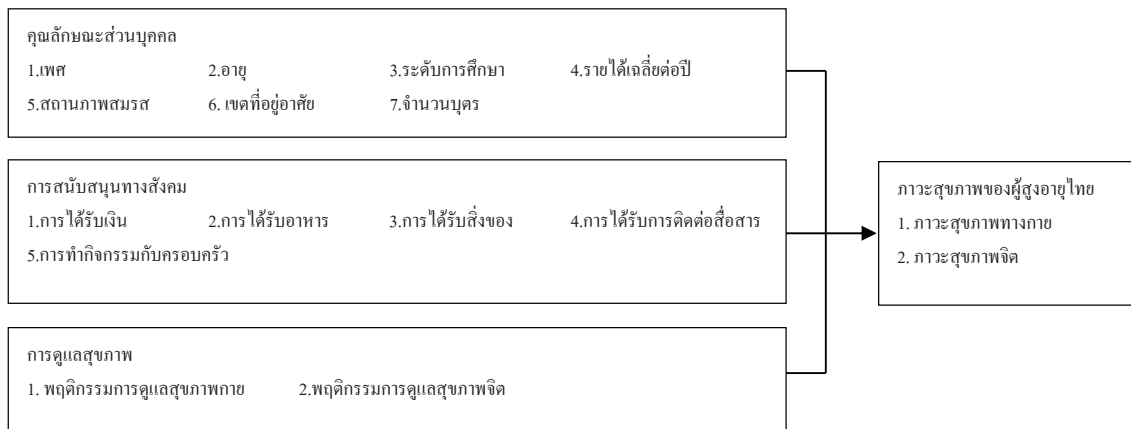
5.3 การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ ที่มีความจำเป็นต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง อีกทั้งการสนับสนุนทางสังคมที่จะก่อให้เกิดผลดีขึ้นอยู่กับบุคคลผู้ให้การสนับสนุน ความต่อเนื่องประเภทและความจำเป็น รวมทั้งสถานการณ์ของ ผู้ที่ต้องการการสนับสนุนเป็นสิ่งสำคัญ (Cobb, 1976: 300; Thoits, 1982: 148; Hubbard and Other, 1984: 267; Shumaker and Brownell, 1984: 13; Cohen and Syme, 1985: 3-4, 10 และ Baker, 2007: 3) ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนด้านการให้สิ่งของ เป็นการสนับสนุนที่เป็นรูปธรรม ที่ช่วยให้บุคคลก้าวผ่านสถานการณ์ของความขาดแคลนไม่ว่าจะเป็นเงิน

ทรัพย์สิน เครื่องใช้อุปโภคบริโภค การสนับสนุนด้านอารมณ์ ซึ่งคือการให้การยอมรับ ไว้วางใจ การเอาใจใส่ การสนองความต้องการในการติดต่อสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (Scheafer and other, 1981: 385-386; Cohen and Wills, 1985: 313-314; Pender, 1996: 257 และ Baker, 2007: 3) นอกจากนี้ผู้สูงอายุจะเป็นผู้รับการสนับสนุนแล้ว ผู้สูงอายุยังมีบทบาทในการให้การสนับสนุนในครอบครัวเพื่อนบ้านและชุมชน โดยเฉพาะในครอบครัว ได้แก่ การให้คำปรึกษา รับภาระงานในบ้าน การให้เงินทอง และทรัพย์สินแก่บุตร (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2544: 70-73)

5.4 การดูแลสุขภาพ คือ การกระทำของบุคคลที่ทำการกิจกรรมต่างๆ เพื่อประโยชน์แก่สุขภาพของตน (WHO, 1993: 19; Noris, 1974: 48; Orem, 1985: 140; Pender, 1996: 98 และ Department of Health, 2005: 1) โดยตัวชี้วัดการดูแลสุขภาพนั้นได้แก่ การมีวินัยในการเข้ารับการตรวจสุขภาพ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์โดยคำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการ หลีกเลี่ยงการดื่มสุราและสูบบุหรี่ (Webber, 2013: 104-105) ในผู้สูงอายุการดูแลสุขภาพร่างกาย ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ครบห้าหมู่ เคี้ยวง่าย จำพวกต้ม นึ่งและมีกากใย การออกกำลังกายเป็นการเน้นเรื่องของ การเผาผลาญพลังงานส่วนเกินโดยอาจแฝงอยู่ในกิจวัตรประจำวัน การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา (บรรลุ ศิริพานิช, 2544: 9-19) และการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เช่น การให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในครอบครัวเพื่อป้องกันความรู้สึกในการถูกทอดทิ้ง โดดเดี่ยวหรือถูกละเลยความสำคัญ การออกไปพบปะและสร้างความสัมพันธ์อันดีกับคนในวัยเดียวกันจะช่วยให้จิตใจของผู้สูงอายุเบิกบานและสร้างกำลังใจในการดำรงชีวิต (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554: 32-36)

#### 5.5 กรอบแนวคิดการศึกษา

จากการทบทวนทฤษฎีและแนวคิดสามารถแสดงแผนภาพแนวคิดปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุได้ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิด

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุ ประจำปี พ.ศ. 2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยสำนักงานสถิติได้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ Stratified Two Stage Sampling โดยมีจังหวัดเป็นสตราตัม ทั้งหมด 76 สตราตัม และแบ่งเป็น 2 สตราตัมย่อยตามลักษณะการปกครอง คือในเขตเทศบาล (เมือง) และนอกเขตเทศบาล(ชนบท)

สำหรับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้คือผู้สูงอายุ 16,058 คน จากทั้งหมด 204,905 คนโดยในจำนวนนี้ได้เลือกเฉพาะผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามครบถ้วน การทดสอบสมมติฐานได้ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปร

ตาม โดยได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ข้อมูลตรงตามเงื่อนไขทุกประการ

การวัดผลตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย

6.3.1 คุณลักษณะส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

6.3.2 ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ มีวิธีการแปลผลและการวัดดังต่อไปนี้

6.3.2.1 การแปลผลคะแนนได้อ้างอิงระดับคะแนนและการแปลผลคะแนนจากระดับร้อยละของมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ (บุญชม ศรีสะอาด, 2553: 102) ดังนี้

4.51 – 5.00	คะแนน	คิดเป็นร้อยละ	90.20 – 100.0	ดีมาก
3.51 – 4.50	คะแนน	คิดเป็นร้อยละ	70.20 – 90.19	ดี
2.51 – 3.50	คะแนน	คิดเป็นร้อยละ	50.20 – 70.19	ปานกลาง
1.51 – 2.50	คะแนน	คิดเป็นร้อยละ	30.20 – 50.19	น้อย
1.00 – 1.50	คะแนน	คิดเป็นร้อยละ	20.00 – 30.19	น้อยที่สุด

ยกตัวอย่างเช่น การดูแลสุขภาพ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 4 - 26 คะแนน ดังนั้น สามารถจัดระดับของคะแนนและการแปลผลได้ดังนี้

23.45 – 26.00	คะแนน	คิดเป็นร้อยละ	90.20 – 100.0	ดีมาก
18.25 – 23.44	คะแนน	คิดเป็นร้อยละ	70.20 – 90.19	ดี
13.05 – 18.24	คะแนน	คิดเป็นร้อยละ	50.20 – 70.19	ปานกลาง
7.85 – 13.04	คะแนน	คิดเป็นร้อยละ	30.20 – 50.19	น้อย
5.20 – 7.84	คะแนน	คิดเป็นร้อยละ	20.00 – 30.19	น้อยที่สุด

### 6.3.2.2 การวัดตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางการเงิน จะใช้แหล่งรายได้ที่ผู้สูงอายุได้รับ เช่น จากคู่สมรส บุตรชาย บุตรสาว เบี้ยยังชีพ โดยหากได้รับเท่ากับ 1 คะแนน ไม่ได้รับเท่ากับ 0 คะแนน

โดยการสนับสนุนด้านอาหารที่ได้รับจากบุตรที่อยู่นอกครัวเรือน จะวัดจากความบ่อยครั้งที่ผู้สูงอายุได้รับ ได้รับทุกวัน/เกือบทุกวัน 4 คะแนน ได้รับทุกสัปดาห์ 3 คะแนน ได้รับทุกเดือน 2 คะแนน ได้รับอย่างน้อยปีละครั้ง 1 คะแนนและไม่ได้รับ 0 คะแนน

การสนับสนุนด้านเสื้อผ้าและสิ่งของที่ได้รับจากบุตรที่อยู่นอกครัวเรือน จะวัดจากความบ่อยครั้งที่ผู้สูงอายุได้รับ โดยได้รับทุกวัน/เกือบทุกวัน 4 คะแนน ได้รับทุกสัปดาห์ 3 คะแนน ได้รับทุกเดือน 2 คะแนน ได้รับอย่างน้อยปีละครั้ง 1 คะแนนและไม่ได้รับ 0 คะแนน

การสนับสนุนด้านการติดต่อสื่อสารแบ่งหัวข้อ เป็น 3 หัวข้อ ได้แก่ การเยี่ยมเยียน การโทรศัพท์และการส่งอีเมลล์โดยในแต่ละหัวข้อวัดจากความบ่อยครั้งที่ผู้สูงอายุติดต่อไปและบุตรติดต่อมา หากตอบว่าได้รับทุกวัน/เกือบทุกวัน 4 คะแนน ได้รับทุกสัปดาห์ 3 คะแนน ได้รับทุกเดือน 2 คะแนน ได้รับอย่างน้อยปีละครั้ง 1 คะแนนและไม่ได้รับ 0 คะแนน

การมีส่วนร่วมทำกิจกรรมกับครอบครัวของผู้สูงอายุวัดจากการเข้าร่วมทำกิจกรรมต่างๆ กับครอบครัว เช่น การทำงานบ้าน ดูแลบ้าน ช่วยดูแลบุตรหลาน โดยผู้สูงอายุมีส่วนร่วมทำกิจกรรมเป็นประจำ 2 คะแนน บางครั้ง 1 คะแนนและไม่เคย 0 คะแนน

### 6.3.2.3 การวัดตัวแปรการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุไทยทำการวัดจากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เช่น การเข้ารับการตรวจสุขภาพ โดยเข้ารับการตรวจ 1 คะแนน ไม่เข้ารับการตรวจ 0 คะแนน มีการออกกำลังกาย การกินผักผลไม้ การดื่มน้ำสะอาด เป็นประจำ 2 คะแนน บางครั้ง 1 คะแนน ไม่ใช่ 0 คะแนนและการไม่ดื่มสุราและสูบบุหรี่เป็นประจำ 0 คะแนน บางครั้ง 1 คะแนน ไม่ใช่ 2 คะแนน การเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมภายนอกครอบครัว เช่น เข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน ไม่เข้าร่วม 0 คะแนน เข้าร่วม 1 คะแนน การเข้าวัด เข้าโบสถ์หรือมีสยิดในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา โดยไม่ไปเลย 0 คะแนน ไป 1 - 3 ครั้ง 1 คะแนน ไป 4 - 6 ครั้ง 2 คะแนน ไป 7 - 11 ครั้ง 3 คะแนน ไป 12 ครั้ง

ขึ้นไป 4 คะแนน และผู้สูงอายุเป็นสมาชิกและเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่ม เช่น กลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มอาชีพ กลุ่มแม่บ้าน โดยไม่เป็นสมาชิก 0 คะแนน เป็นสมาชิก 1 คะแนน ไม่เข้าร่วมกิจกรรม 0 คะแนน เข้าร่วมกิจกรรม 1 คะแนน

### 6.3.2.4 การวัดตัวแปรภาวะสุขภาพทำการวัดจากระดับสุขภาพร่างกายตามการประเมินของผู้สูงอายุ

โดยประเมินดีมาก 4 คะแนน ดี 3 คะแนน ปานกลาง 2 คะแนน ไม่ดี 1 คะแนน ไม่ดีมาก 0 คะแนน ความสามารถในการมองเห็น การได้ยิน โดยมองเห็นและได้ยินโดยไม่ใช้อุปกรณ์ 3 คะแนน ใส่อุปกรณ์ 2 คะแนน เห็นไม่ชัด/ได้ยินไม่ชัดเจน 1 คะแนนและไม่เห็น/ไม่ได้ยิน 0 คะแนน การใส่ฟันปลอม โดยไม่ใส่ฟันปลอม 1 คะแนน ใส่ฟันปลอม 0 คะแนน การกลืนปัสสาวะและอุจจาระ กลืนได้ 2 คะแนน กลืนได้บางครั้ง 1 คะแนน กลืนไม่ได้เลย 0 คะแนน ระดับความสุขของผู้สูงอายุ มีระดับการวัดตั้งแต่ 0 ไม่มีความสุขจนถึง 10 มีความสุขมากที่สุด ระดับความรู้สึกของผู้สูงอายุ เช่น มีความพึงพอใจในชีวิต มีการผิดหวังในตนเอง มีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว โดยไม่เคย 0 คะแนน เล็กน้อย 1 คะแนน มาก 2 คะแนน มากที่สุด 3 คะแนน และวัดจากความบ่อยครั้งที่เกิดการเกิดอารมณ์ เช่น รู้สึกหงุดหงิดรำคาญใจ รู้สึกเหงา หมดหวังในชีวิต โดยเกิดเป็นประจำ 0 คะแนน เป็นบางครั้ง 1 คะแนน ไม่เคย 2 คะแนน

## 7. ผลการศึกษา

### 7.1 คุณลักษณะส่วนบุคคล

ผู้สูงอายุในการศึกษาคั้งนี้เกินครึ่ง เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 58.9 และเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 41.1 ส่วนมากมีช่วงอายุระหว่าง 60 - 69 ปี ร้อยละ 54.1 รองลงมาคือ ช่วงอายุระหว่าง 70 -79 ปี ร้อยละ 34.7 และ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 11.2 โดยส่วนใหญ่จะจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 62.9 มีรายได้เฉลี่ยต่อปี ตั้งแต่ 50,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 35.9 และยังพบว่าผู้สูงอายุเกินครึ่งสมรสและอยู่กับคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 58.9 และไม่ได้สมรสหรือไม่ได้อยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 41.1 ผู้สูงอายุอาศัยในเขตเทศบาล (เมือง) ร้อยละ 56.2 อาศัยนอกเขตเทศบาล ร้อยละ 43.8 และมีบุตรตั้งแต่ 4 คนขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 47.8 รองลงมา คือ มีบุตร 3 คน ร้อยละ 24.9 มีบุตร 2 คน ร้อยละ 21.2



**7.2 ระดับการสนับสนุนทางสังคม การดูแล สุขภาพ และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย**

การสนับสนุนทางสังคม ในด้านสิ่งของเครื่องใช้ที่ได้รับจากบุตรนอกครัวเรือนอยู่ในระดับน้อยที่สุด การสนับสนุนด้านอาหารที่ได้จากบุตรนอกครัวเรือนอยู่ในระดับน้อย การติดต่อสื่อสาร เช่นการเยี่ยมเยียน การโทรศัพท์และการส่งอีเมลระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรที่อยู่นอกครัวเรือนอยู่ในระดับน้อย การสนับสนุนทางการเงินที่ได้จากแหล่งรายได้ เช่นการทำงาน เบี้ยยังชีพจากทางราชการ คู่สมรส บุตรชาย บุตรสาว อยู่ในระดับน้อย การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับครอบครัวเช่น การดูแลบ้าน การดูแลบุตรหลานอยู่ในระดับน้อย การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทยอยู่ในระดับปานกลาง และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยอยู่ในระดับดี ดังตาราง 1

**7.2.1 การสนับสนุนทางสังคม**

การสนับสนุนทางสังคมด้านการเงินที่ผู้สูงอายุได้รับ เป็นคำถามที่ผู้สูงอายุสามารถตอบได้มากกว่าหนึ่งข้อ (Multiple Responses) พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีเบี้ยยังชีพจากทางราชการเป็นแหล่งรายได้หลักมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 82.4 รองลงมาคือบุตรสาวและบุตรชาย ร้อยละ 71 และร้อยละ 67.8 ตามลำดับ

การสนับสนุนทางสังคมในด้านอาหาร และด้านเสื้อผ้าและสิ่งของจากบุตรนอกครัวเรือน พบว่า ผู้สูงอายุได้รับทุกวันหรือเกือบทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 18.0 และร้อยละ 1.1 ตามลำดับ

**ตาราง 1** การแปลผลระดับการสนับสนุนทางสังคม การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

ผู้สูงอายุไทย	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	สรุปผล
<b>การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ</b>			
การสนับสนุน ด้านการเงิน	3.39 (1)	1.23	น้อย
การสนับสนุน ด้านอาหาร	1.95 (2)	1.33	น้อย
การสนับสนุน ด้านเสื้อผ้า สิ่งของ	1.10 (3)	0.69	น้อยที่สุด
การสนับสนุน ด้านการติดต่อสื่อสาร	4.59 (4)	1.76	น้อย
การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับครอบครัว	6.70 (5)	3.54	น้อย
<b>การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ</b>	14.11 (6)	3.67	ปานกลาง
<b>ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ</b>	63.28 (7)	6.88	ดี

เกณฑ์การสรุปผลค่าเฉลี่ย

- (1) 1.80 – 2.71 คะแนน = น้อยที่สุด , 2.72 – 4.51 คะแนน = น้อย , 4.52 – 6.31 คะแนน = ปานกลาง , 6.32 – 8.11 คะแนน = ดี , 8.12 – 9.00 คะแนน = ดีมาก
- (2) 0.80 – 1.20 คะแนน = น้อยที่สุด , 1.21 – 2.00 คะแนน = น้อย , 2.01 – 2.80 คะแนน = ปานกลาง , 2.81 – 3.60 คะแนน = ดี , 3.61 – 4.00 คะแนน = ดีมาก
- (3) 0.80 – 1.20 คะแนน = น้อยที่สุด , 1.21 – 2.00 คะแนน = น้อย , 2.01 – 2.80 คะแนน = ปานกลาง , 2.81 – 3.60 คะแนน = ดี , 3.61 – 4.00 คะแนน = ดีมาก
- (4) 1.60 – 2.41 คะแนน = น้อยที่สุด , 2.42 – 4.01 คะแนน = น้อย , 4.02 – 5.61 คะแนน = ปานกลาง , 5.62 – 7.21 คะแนน = ดี , 7.22 – 8.00 คะแนน = ดีมาก
- (5) 3.20 – 4.83 คะแนน = น้อยที่สุด , 4.84 – 8.03 คะแนน = น้อย , 8.04 – 11.23 คะแนน = ปานกลาง , 11.21 – 14.43 คะแนน = ดี , 14.44 – 16.00 คะแนน = ดีมาก

การสนับสนุนทางสังคมด้านการติดต่อสื่อสารที่ผู้สูงอายุติดต่อไปและบุตรติดต่อมา พบว่า ในด้านการเยี่ยมเยียน และการโทรศัพท์ ผู้สูงอายุติดต่อไปและบุตรติดต่อมาในทุกวันหรือเกือบทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 25.5 และร้อยละ 20.1 และด้านการติดต่อสื่อสารด้วยอีเมล พบว่าผู้สูงอายุและบุตรจะเกือบทั้งหมดไม่ใช้อีเมลในการติดต่อสื่อสาร คิดเป็นร้อยละ 99.0

การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว พบว่า กิจกรรมที่ผู้สูงอายุร่วมกับครอบครัวทำเป็นประจำ ได้แก่ ใ้ร้าน ใ้บ้าน คิดเป็นร้อยละ 65.5 และการช่วยปิดกวาดเช็ดถูบ้าน ร้อยละ 42.6

### 7.2.2 การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

ระดับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พบว่าการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทย อยู่ในระดับ ปานกลาง ผู้สูงอายุเกินครึ่งจะเข้ารับการตรวจสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 58.3 ผู้สูงอายุรับประทานผักสดและผลไม้สด ต้มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้วหรือมากกว่าและออกกำลังกายเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 59.6 ร้อยละ 52.0 และร้อยละ 38.9 ตามลำดับ และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา และไม่สูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 87.1 และร้อยละ 88.7 ตามลำดับ การเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน เช่น วันสงกรานต์ วันผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 72.4 ความถี่ของการที่ผู้สูงอายุเข้า วัด โบสถ์ หรือมัสยิด พบว่า ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ผู้สูงอายุจะไปวัด โบสถ์ หรือมัสยิดมากกว่า 12 ครั้งต่อปี คิดเป็นร้อยละ 48.3 รองลงมาคือ จำนวน 4 – 6 ครั้งต่อปี คิดเป็นร้อยละ 16.7 จำนวน 7-11 ครั้งต่อปี คิดเป็นร้อยละ 14.9 จำนวน 1-3 ครั้งต่อปี คิดเป็นร้อยละ 11.8 และไม่ไปเลย คิดเป็นร้อยละ 8.2 การเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุเกินครึ่งเป็นสมาชิกกลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ คิดเป็นร้อยละ 54.0 รองลงมา คือ เป็นสมาชิกกลุ่มผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อย

ละ 36.4 กลุ่มสหกรณ์ออมทรัพย์ คิดเป็นร้อยละ 18.0 กลุ่มแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 6.8 กลุ่มลูกเสือชาวบ้าน คิดเป็นร้อยละ 5.4 และกลุ่มอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 4.6 การทำกิจกรรมของกลุ่มหรือชมรมของผู้สูงอายุ จะทำกิจกรรมกับกลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ คิดเป็นร้อยละ 33.5 รองลงมาคือ กลุ่มผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 30.2 กลุ่มสหกรณ์ออมทรัพย์ คิดเป็นร้อยละ 11.9 กลุ่มแม่บ้าน คิดเป็น ร้อยละ 5.2 กลุ่มอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 3.5 และกลุ่มลูกเสือชาวบ้าน คิดเป็นร้อยละ 3.4

### 7.2.3 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พบว่า ในด้านร่างกายการมองเห็นและการได้ยินพบว่าผู้สูงอายุยังคงมองเห็นได้อย่างชัดเจนโดยไม่ต้องใส่แว่นตาหรือเลนส์สายตา คิดเป็นร้อยละ 53.5 และสามารถได้ยินโดยไม่ต้องใส่เครื่องช่วยฟัง คิดเป็นร้อยละ 87.7 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ใส่ฟันปลอม คิดเป็นร้อยละ 73.5 และยังคงกลืนปัสสาวะและอุจจาระได้ คิดเป็นร้อยละ 73.5 และ 76.4 ตามลำดับความสามารถในการทำกิจกรรมด้วยตนเองของผู้สูงอายุไทย พบว่ากิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำได้มากกว่าร้อยละ 90 ขึ้นไป ได้แก่ การกินอาหาร ล้างหน้าแปรงฟัน ใช้ห้องน้ำและทำความสะอาดหลังการขับถ่าย โคนหนด หวีผม รวบผม ใส่เสื้อผ้า อาบน้ำ ใส่และสวมรองเท้า หยิบยาประจำกินได้ถูกต้อง นับเงินทองได้ถูกต้อง และขึ้นลงบันได 2-3 ชั้นได้ รองลงมาคือ การนั่งยองๆ และเดินระยะทาง 200 – 300 เมตร สามารถเดินทางโดยขึ้นรถลงเรือคนเดียวและยกของหนักประมาณ 5 กิโลกรัม ในด้านจิตใจพบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 80 ไม่เคยมีความรู้สึกที่ชีวิตไม่มีคุณค่าหมดหวัง และไม่มีความสุข รองลงมาผู้สูงอายุไม่เคยรู้สึกเหงาหงุดหงิด วิตกกังวล และไม่เคยรู้สึกว่าตนเองมีความอยากอาหารที่ลดลง ดังตารางที่ 2



**ตาราง 2** แสดงร้อยละภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

ภาวะสุขภาพ	ร้อยละ
1. ผู้สูงอายุมองเห็นได้อย่างชัดเจนโดยไม่ต้องใส่แว่นตาหรือเลนส์สายตา	53.5
2. ผู้สูงอายุสามารถได้ยินโดยไม่ต้องใส่เครื่องช่วยฟัง	87.7
3. ผู้สูงอายุไม่ได้ใส่ฟันปลอม	73.5
4. ผู้สูงอายุสามารถกลืนปัสสาวะได้	73.5
5. ผู้สูงอายุสามารถกลืนปัสสาวะได้	76.4
6. ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมดังต่อไปนี้ได้ด้วยตนเอง เช่น การกินอาหาร ล้างหน้าแปรงฟัน ใช้ห้องน้ำ และทำความสะอาดหลังการขับถ่าย โกงหนวด หวีผม รวบผม ใส่เสื้อผ้า อาบน้ำ ใส่และสวมรองเท้า หยิบยาประจำกินได้ถูกต้อง นับเงินทองได้ถูกต้อง และขึ้นลงบันได 2-3 ชั้นได้	มากกว่าร้อยละ 90
7. ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมดังต่อไปนี้ได้ด้วยตนเอง เช่น การนั่งยองๆ และเดินระยะทาง 200 – 300 เมตร สามารถเดินทางโดยขึ้นรถลงเรือคนเดียวและยกของหนักประมาณ 5 กิโลกรัม	น้อยกว่าร้อยละ 90
8. ผู้สูงอายุไม่เคยรู้สึกว่ามีชีวิตไม่มีคุณค่า หมดหวัง และไม่มีความสุข	มากกว่าร้อยละ 80
9. ผู้สูงอายุไม่เคยรู้สึกรู้สึกเหงา หงุดหงิด วิตกกังวล และไม่เคยรู้สึกว่าตนเองมีความอยากอาหารที่ลดลง	น้อยกว่าร้อยละ 80

ระดับความสุขและความรู้สึกของผู้สูงอายุไทยพบว่า ผู้สูงอายุมีความสุขอยู่ในระดับดี และเมื่อนำค่าเฉลี่ยของกลุ่มอายุและสถานภาพการสมรสของผู้สูงอายุไทยมาเปรียบเทียบในเรื่องของระดับความสุขพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า ระดับ

ความสุขของผู้สูงอายุไทยในกลุ่มช่วงอายุ 60 – 69 ปีมีค่าเฉลี่ยดีกว่า กลุ่มช่วงอายุ 70 – 79 ปีและ 80 ปีขึ้นไป และผู้สูงอายุที่สมรสและอยู่กับคู่สมรสมีค่าเฉลี่ยของระดับความสุขดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้สมรสหรือไม่ได้อยู่กับคู่สมรส ดังตารางที่ 3

**ตาราง 3** แสดงระดับความสุขของผู้สูงอายุไทยจำแนกตามกลุ่มอายุและสถานภาพการสมรสดังนี้

ตัวแปรอิสระ	ระดับความสุข		แปลผล	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม		
	X	SD		1	2	3
<b>กลุ่มอายุของผู้สูงอายุไทย</b>						
1. อายุ 60 – 69 ปี	39.93	5.054	ดี	-	*	*
2. อายุ 70 – 79 ปี	39.73	5.322	ดี	-	-	*
3. อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป	39.62	5.272	ดี	-	-	-
<b>สถานภาพการสมรสของผู้สูงอายุไทย</b>						
1. สมรสและอยู่กับคู่สมรส	40.19	5.085	ดี	-	*	-
2. ไม่ได้สมรสหรือไม่อยู่กับคู่สมรส	39.25	5.252	ดี	-	-	-

\* = F-test  $p$ -value < 0.05

เกณฑ์การสรุปผลคะแนนเฉลี่ย 11.00-16.60 คะแนน = น้อยที่สุด, 16.61-27.60 คะแนน = น้อย, 27.61-38.60 คะแนน = ปานกลาง, 38.61-49.60 คะแนน = ดี, 49.61-55.00 คะแนน = ดีมาก

### 7.3 ผลการทดสอบสมมติฐานในการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุสามารถทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย คิดเป็นร้อยละ 11.2 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 โดยพบว่าการที่ผู้สูงอายุไทยมีรายได้เฉลี่ยต่อปีตั้งแต่ 50,000 บาทขึ้นไป สามารถทำนายภาวะสุขภาพ

ผู้สูงอายุไทยได้มากที่สุด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยมาตรฐาน ( $\beta$ ) เท่ากับ .174 รองลงมาคือการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยมาตรฐาน ( $\beta$ ) เท่ากับ .164 ดังตาราง 4

ตาราง 4 แสดงผลการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณ

ตัวแปรอิสระ	ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย	
	B	Beta
(Constant)	58.642	
<b>คุณลักษณะส่วนบุคคล</b>		
<b>เพศ</b>		
เพศผู้สูงอายุชาย	988*	.071
@ เพศผู้สูงอายุเพศหญิง		
<b>อายุ</b>		
	-0.059*	-0.063
<b>ระดับการศึกษา</b>		
จบ ประถมศึกษา	.518*	.036
จบ มัธยมศึกษา	2.014*	.074
จบ ตั้งแต่ อนุปริญญา	3.084*	.091
@ ไม่ได้เรียน		
<b>รายได้</b>		
10,000-19,999 บาท	.607*	.030
20,000-29,999 บาท	.971*	.047
30,000-49,999 บาท	1.310*	.079
ตั้งแต่ 50,000 บาทขึ้นไป	2.502*	.174
@ ต่ำกว่า 10,000 บาท		
<b>สถานภาพการสมรส</b>		
สมรสและอยู่กับคู่สมรส	.658*	.047
@ ไม่ได้สมรสหรือไม่ได้อยู่กับคู่สมรส		
<b>เขตที่อยู่อาศัย</b>		
เขตชนบท	.370*	.027
@ เขตเมือง		
<b>รวมบุตรที่ให้กำเนิดที่มีชีวิตอยู่</b>	-0.042	-0.012

## ตาราง 4 (ต่อ)

ตัวแปรอิสระ	ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย	
	B	Beta
<b>การสนับสนุนทางสังคม</b>		
การสนับสนุนทางสังคม ด้านอาหาร	.016	.003
การสนับสนุนทางสังคม ด้านเสื้อผ้า ของใช้	.201	.020
การสนับสนุนทางสังคม ด้านการเงิน	.004	.001
การสนับสนุนทางสังคม ด้านการติดต่อสื่อสาร	.286*	.073
การมีส่วนร่วมทำกิจกรรมกับครอบครัว	.046*	.024
<b>การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ</b>	.308*	.164
R <sup>2</sup>		.113*
Adjusted R <sup>2</sup>		.112*
F-test (p-value)		.000*

(@) กลุ่มอ้างอิง (\*) t-test p-value < 0.05

## 8. อภิปรายผลการศึกษา

จากผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 3 ด้าน ทั้งคุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลสุขภาพสามารถทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ดังนี้ คุณลักษณะส่วนบุคคลพบว่า ยิ่งผู้สูงอายุมีรายได้มากขึ้นย่อมมีสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO: 2014) และงานวิจัยของ Central Texas Sustainability Indicators Project (CTSIP, 2012: 98) ได้กล่าวไว้สอดคล้องกันว่า รายได้ของบุคคลเป็นตัวกำหนดการที่บุคคลจะมีสุขภาพที่ดีหรือไม่ดี นั่นคือยิ่งมีรายได้มากย่อมส่งผลให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น ในทางกลับกันหากบุคคลมีรายได้ต่ำก็ย่อมส่งผลให้มีสุขภาพไม่ดีและยังเห็นได้อย่างชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบสุขภาพระหว่างคนรวยกับคนจน ดังนั้นสามารถกล่าวได้ว่าปัญหาสุขภาพและรายได้มีความสัมพันธ์กัน เมื่อสุขภาพไม่ดี การประกอบอาชีพย่อมทำไม่ได้ รายได้จึงตกต่ำลง ในทางกลับกันเมื่อรายได้ไม่ดี โอกาสที่จะมีเครื่องอุปโภคบริโภคสมบูรณ์เพียงพอย่อมเป็นไปได้ สุขภาพไม่ดีจึงเป็นผลที่ติดตามมา (บรรลุ ศิริพานิช ,2543: 104)

การสนับสนุนทางสังคม พบว่า ถึงแม้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะได้รับการสนับสนุนทางด้านการเงิน อาหาร สิ่งของ แต่ก็ยังคงมีความรู้สึกที่ว่าตนเองไม่ได้รับการเอาใจใส่ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนที่เป็นรูปธรรมยังไม่สามารถที่จะทดแทนความต้องการทางด้านอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุได้ (อุทัยทิพย์ รักจรรยาบรรณ, 2549: 256) และยังพบว่าเมื่อบุตรที่ไปอยู่ไกลกลับมาเยี่ยมย่อมทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจ รู้สึกมีคุณค่า ไม่ถูกทอดทิ้ง เกิดความมั่นคงทางจิตใจ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชรและคณะ, 2540: 30) เพราะสุขภาพกายและสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กันอย่างไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ดังนั้นเมื่อสุขภาพจิตดีสุขภาพกายก็จะดีไปด้วยเช่นกัน

การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าเมื่อผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่มากขึ้นย่อมส่งผลให้สุขภาพดีขึ้น อีกทั้งการดูแลสุขภาพของตนเองยังเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อสุขภาพของตนเอง (Department of Health, 2005: 1) และยังคงสอดคล้องกับ บรรลุ ศิริพานิช (2544: 9-19) ที่กล่าวว่า การที่ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพร่างกายที่ดีย่อมเกิดจากการ รับประทานอาหารที่

ถูกสุขลักษณะ ออกกำลังกาย และหลีกเลี่ยงสิ่งที่จะก่อให้เกิดโทษ เช่น สุราและบุหรี่

## 9. ข้อเสนอแนะ

### 9.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการนำผลการวิจัยไปใช้

9.1.1 รายได้ของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการที่ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพที่ดีและยังพบว่า ยิ่งผู้สูงอายุนี้อยู่ได้เพิ่มมากขึ้นย่อมส่งผลให้มีสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น และจากการสำรวจการสนับสนุนทางการเงินพบว่าผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับน้อย โดยแหล่งรายได้หลักของผู้สูงอายุคือ เบี้ยยังชีพจากทางราชการ คิดเป็นร้อยละ 82.4 นโยบายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ถือได้ว่าเป็นสวัสดิการอย่างหนึ่งที่รัฐบาลจัดสรรให้ผู้สูงอายุ เพื่อสนับสนุนเป็นค่าใช้จ่ายให้กับผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนหรือในหมู่บ้านต่างๆ ทั่วประเทศให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ปกติ โดยให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุเป็นจำนวนเงินตามขั้นบันไดของอายุ ดังนั้นนโยบายดังกล่าวยังคงควรต้องดำเนินการต่อไป และควรเพิ่มช่องทางการเข้าถึงสวัสดิการให้ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุทุกกลุ่มได้เข้าถึงสวัสดิการได้อย่างทั่วถึง

9.1.2 การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทย นอกจากที่ผู้สูงอายุจะพึ่งพาเบี้ยยังชีพจากทางราชการในเรื่อง

ของการดูแลสุขภาพแล้วยังสามารถที่จะหันมาดูแลตนเองเพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลง ซึ่งจากการศึกษาพบว่ายิ่งผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพที่มากขึ้นย่อมส่งผลให้มีสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น โดยทำได้ทั้งการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การใส่ใจและหมั่นตรวจสุขภาพของตนเอง การทำกิจกรรมนอกบ้านเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงทางจิตใจและเป็นการใช้เวลาร่วมกับผู้อื่น และรัฐบาลควรจัดการประชาสัมพันธ์และจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

9.1.3 ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุไทยส่วนมากจบระดับชั้นประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 62.9 นโยบายที่รัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะออกมาช่วยเหลือหรืออำนวยความสะดวกเกี่ยวกับสุขภาพควรทำให้เข้าใจง่าย เข้าถึงง่ายเพื่อสอดคล้องกับระดับการศึกษาของผู้สูงอายุส่วนใหญ่

### 9.2 ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

ในการวิจัยในครั้งต่อไปควรมุ่งเน้นประเด็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเพราะจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า เป็นปัจจัยที่สำคัญเป็นอันดับ 2 รองจากรายได้และเป็นตัวแปรที่สามารถพัฒนาหรือบริหารจัดการให้ดีขึ้นได้ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งร่างกายและจิตใจ

## เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการ  
โรงพยาบาลสงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ*. นนทบุรี: โรงพิมพ์  
องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ขวัญดาว กล่ำรัตน์และคณะ. (2556). ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภาค ตะวันตกของ  
ประเทศไทย. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์มหาลัทธิราชภัฏสวนสุนันทา*, 7, 93-104.
- นภาพรณ หนวานนท์ และธีรวัลย์ วรรณไทย์. (2552). *ทิศทางใหม่ในการพัฒนาการอยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ในสังคมไทย*.  
กรุงเทพมหานคร: คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- นวลจันทร์ เครือวานิชกิจและคณะ. (2555). *รายงานการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะ สุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลโคกโคเค่น  
อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี*. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2543). *ผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- \_\_\_\_\_ (2544). *คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2553). *วิจัยเบื้องต้น พิมพ์ครั้งที่ 8*. กรุงเทพมหานคร: สุริยาสาส์.
- ประนอม โอทกานนท์. (2554). *ชีวิตที่สุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุไทย หลักการงานวิจัยและบทเรียนจากประสบการณ์*.  
กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประเวศ วะสี. (2547). *ทฤษฎีใหม่ทางการแพทย์*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2553). *รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2552*. นนทบุรี:  
เอสเอส พลัส มีเดีย.
- \_\_\_\_\_ (2554). *รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2553*. นนทบุรี: เอสเอส พลัส มีเดีย.
- \_\_\_\_\_ (2555). *รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2554*. นนทบุรี: เอสเอส พลัส มีเดีย.
- \_\_\_\_\_ (2556). *รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2555*. นนทบุรี: เอสเอส พลัส มีเดีย.
- รศรินทร์ เกรย์และคณะ. (2556). *มนทัศน์ใหม่ของนิยามผู้สูงอายุ มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคมและสุขภาพ*. นครปฐม:  
สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล.
- เรวดี สุวรรณพเก้าและรศรินทร์ เกรย์. (2554). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่เฝ้าระวังประชากรกาญจนบุรี*. *วารสาร  
ประชากร*, 2, 33-54.
- ลัดดา ดำริการเลิศ. (2555). *การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน: ช่วงที่1 สถานการณ์และความต้องการ ดูแลผู้สูง  
อายุในชุมชน*. นครปฐม: สำนักวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสถาบันพัฒนาสุขภาพ อาเซียนมหาวิทยาลัย  
มหิดล.
- เล็ก สมบัติ. (2549). *โครงการภาวะการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในปัจจุบัน*. กรุงเทพมหานคร: มิสเตอร์ ก๊อปปี.
- วิศา จันทรงสิริกุล. (2553). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่สถานสงเคราะห์คนชรา จังหวัด  
นครสวรรค์*. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 4, 12-20.
- วิชาญ ชูรัตน์และคณะ. 2555. *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ*. *วารสารประชากร*, 3,  
87-109.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. (2540). *การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ พื้นที่การศึกษาภาคกลาง*. กรุงเทพมหานคร :  
กองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- \_\_\_\_\_ (2544). *การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ: พื้นที่ในการศึกษาเขตภาคใต้*. กรุงเทพมหานคร: คณะสังคมศาสตร์  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2554). *สำมะโนประชากร พ.ศ.2553*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- \_\_\_\_\_. (2556). *การทำงานของผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2555*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- อุทัยทิพย์ รักจรรยาบรรณ. (2549). การเกื้อหนุนของครอบครัวต่อผู้สูงอายุไทย: *เอกสารการวิจัยในการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติปี 2549*. คำนวณที่ 1 ธันวาคม, 2557, จาก Thaipopulation เว็บไซต์ <http://www.thaipopulation.org>.

## References

- Baker.G. (2007). *Adolescents social support and help-seeking behavior: an international literature review and programe conclusion for action*. WHO: Switzerland.
- Central Texas Sustainability Indicators Project (CTSIP). (2012). *2012 Data Report*. Retrived December 6, 2014, from Centex-Indicators Web site: [www.centex-indicators.org](http://www.centex-indicators.org).
- Chantarungsrikul, Warisa. (2010). Health Promoting Behaviors and Health Status of the Elderly in Nakhonsawan Province. *Journal of Health Science Reserch*, 4 ,12-20. (in Thai).
- Choorat, Wichan.et al. (2012). Factors Influencing the Risk of having Mental Health Problems of the Elderly. *Thai Population Journal*, 3, 87-109. (in Thai).
- Cobb.S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomic Medicine*, 38, 300-324.
- Cohen.S and Syme.S.L. (1985). *Social support and health*. San Francisco: Academic Press.
- \_\_\_\_\_. and Wills.T.A. (1985). Stress social support and buffering hypothesis. *Psychological Bullitin*, 98, 310-353.
- Department of Health Service Support Ministry of Public Health .(2001). *Health Care Intergration of Aging*. Nonthaburi: The War Verterans of Thailand. (in Thai).
- Department of Health. (2005). *Self - care a real choice: Self care support-a practical option*. Retrived February 7 , 2014, from Department of Health Web site: <http://www.dh.gov.uk/SelfCare/266322>.
- Department of Medical Service Ministry of Public Health .(2014) .Manual Screening and Assessment of Aging. Bangkok:The War Verterans of Thailand.(in Thai)
- Dumrikarnlerd, Ludda. (2012). *Aging Care in Community Chapter 1 Situation and Demand of Aging Care in the Community*. Nakhon Pathom: ASEAN Institute for Health Development Mahidol University. (in Thai).
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (2010). *Situation of The Thai Elderly 2009*. Nomthaburi: SS Plus Media. (in Thai).
- \_\_\_\_\_. (2011). *Situation of The Thai Elderly 2010*. Nomthaburi: SS Plus Media. (in Thai).
- \_\_\_\_\_. (2012). *Situation of The Thai Elderly 2011*. Nomthaburi: SS Plus Media. (in Thai).
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (2013). *Situation of The Thai Elderly 2012*. Nomthaburi: SS Plus Media. (in Thai).
- Gray, Rossarin.et al. (2013). *New Concept of Older Persons The Psycho-Social and Health Perspective*. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Reserch Mahidol Univercity. (in Thai).
- Havanon, Napaporn and Wathanotai, Teerawan. (2009). *A New Agenda for Developing Houseing for Elderly in Thai Society*. Bangkok: Faculty of Architecture Rajamangala University Technology Thanyaburi. (in Thai).



- Hubbard. P, Muhlenkamp.A.P and Brown.N. (1984). The relationship between social support and self-care practice. *Nursing Research*, 33, 266-270.
- Klumrat, Khwandao. et al. (2013). Causal Factors of Health Behavior of Elderly in Western Region of Thailand. *Journal of Humanities and Social Sciences Mahasarakham University*, 7, 93-104. (in Thai).
- Kreavavishkit, Nuanchan.et al. (2012). Factors Affecting Health of the Elderly in Khokkotao Subdistrict,Muang District,Suphanburi Province. Bangkok: Faculty of Nursing Suan Dusit Rajabhat University. (in Thai).
- National Statistical Office. (2011). *Population Cencus 2010*. Bangkok: National Statistical Office. (in Thai).
- \_\_\_\_\_ (2013). *The Working of Thai Elderly 2012*. Bangkok: National Statistical Office. (in Thai).
- Norris.C.M. (1974). *Self-care*. America journal of nursing, 74, 486-489.
- Orem, E.D. (1985). *Nursing: Concept of practice.2<sup>nd</sup>ed*. NY: Mcgraw hill.
- \_\_\_\_\_ (1991). *Nursing: Concept of practice 4<sup>th</sup>ed*. St Louis: Mosby-Year book, Inc.
- \_\_\_\_\_ (2001). *Nursing: Concept of practice 5<sup>th</sup>ed*. St Louis: Mosby-Year book, Inc.
- Othaganont, Pranom. (2011). *Life of The Aging, Research and Lessons Learned from The Experience*. Bangkok: Chulalongkorn University Press. (In Thai).
- Pender J Nola. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice.3<sup>th</sup>ed*. USA: Appleton and Lange.
- \_\_\_\_\_ Carolyn L. , Parsons M and Parsons M. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice 6<sup>th</sup>ed*. New Jersey: Pearson Education Inc.
- Rakchanyaban, Uthaithip. (2006). *The Social Support of Family for Elderly , Reserch Papers in the Proceeding of the National Population 2549*. Retrived December 1 , 2557, from Thaipopulation Web site: <http://www.thaipopulation.org>. (in Thai).
- Schafer.C,Coyne.J.C and Lazarus,R. (1981). The health-related function of social support. *Behavior Medicine*, 4, 381-406.
- Shumaker.S.A and Brownell.A. (1984). Toward a theory of social support: Closing conceptual gaps. *Social Issues*, 40, 11-36.
- Siripanich, Bunlu. (2000). *Thai Aging*. Bangkok: Thai Health Book Publisher. (in Thai).
- \_\_\_\_\_ (2001). *Manual Aging*. Bangkok: Thai Health Book Publisher. (in Thai).
- Sombat, Lek. (2006). *Family's Care for the older Persons's Today*. Bangkok: Mister Copy. (in Thai).
- Srisaard, Boonchom. (2010). *Research Methology 8<sup>th</sup>ed*. Bangkok: Suriyasarn Publisher. (in Thai).
- Suwannoppakao, Rewadee and Gray, Rossarin. (2011). Quality of Life of Older Persons in Khanchanaburi Dermographic Surviellance System. *Thai Population Jornal*. 2, 33-54. (in Thai).
- Thoits.P.A. (1982). Concept methodological and theoretical problem in studying social support as a buffer against lif stress. *Health and Social Behavior*, 23, 145-159.
- United Nations Population Fund. (2012). *Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge*. New York: UNFEA.
- Verbrugge.M.L. 1985. Gender and Health: An Update on Hypotheses and Evidence. *Health and Socail Behavior*. 26, 156-182.

- Wasee, Prawase. (2014). *A New Theory of Medicine*. Bangkok: National Health System Reform Office. (in Thai).
- Webber.D, Guo.Z and Mann.S. (2013). Self care in health: We can define it, but should we also measure it. *Self care advancing the study understanding of self care*, 4, 101-106.
- World Health Organization (WHO). (1993). *Training on management of human resource for health*. Geneva: Publication Part A.
- World Health Organization (WHO). (2014). *Health Impact Assessment: The Determinants of Health*. Retrived December 6, 2014, from WHO Web site: [http:// www.who.int/hia/evidence/doh/en/](http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/).
- Yodphet, Sasipat. (1997). *The Social Support for Thai Aging (Central Thailand )*. Bangkok: Division of Research Administration Mahidol University. (in Thai).
- \_\_\_\_\_ (2001). *The Social Support for Thai Aging (Sounthern Thailand)*. Bangkok: Facility of Social Administration Thammasat University. (in Thai).