ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของผู้ดูแลและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุไทย

The Relationship Between Caregiver Characteristics and Desirable Health Behaviours of Thai Older Persons

ภานุพันธุ์ พันธุ์กว้าง และ รักชนก คชานุบาล
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Panupan Pankwang and Rukchanok Karcharnubarn
Chulalongkorn University, Thailand
Corresponding Author, E-mail: 6380002851@student.chula.ac.th

****

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ ดังนี้ 1) เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุไทย และ 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของผู้ดูแลและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุไทย ดำเนินการวิจัยโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ และใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากโครงการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีผู้ดูแลในการใช้ชีวิตประจำวัน จำนวน 3,406คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการถดถอยโลจิสติกทวิภาค ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุไทยมีเพียงร้อยละ 7.09 ที่ออกกำลังกาย เป็นประจำ และผู้สูงอายุเกินกว่าครึ่งที่กินผัก/ผลไม้ และดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่าเป็นประจำมีร้อยละ 54.47 และ 63.16 ตามลำดับ ในขณะที่สัดส่วนของผู้สูงอายุที่ไม่ดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และไม่สูบบุหรี่ สูงถึงร้อยละ 96.96 และ 97.08 ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพที่ยังคงต้องส่งเสริมให้มีเพิ่มมากขึ้นคือ ออกกำลังกาย การกินผัก/ผลไม้ และการดื่มน้ำสะอาด และเมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของผู้ดูแลกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด รูปแบบการอยู่อาศัย การลาออกจากงาน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การฝึกอบรมเพื่อดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลต่อสัปดาห์ (ชม.) และทัศนคติที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่าความสัมพันธ์กับผู้สงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในทุกด้าน

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุไทย; ผู้ดูแลผู้สูงอายุ; พฤติกรรมสุขภาพ

---

* วันที่รับบทความ : 5 ธันวาคม 2567; วันแก้ไขบทความ 16 ธันวาคม 2567; วันตอบรับบทความ : 18 ธันวาคม 2567
Received: December 5 2027; Revised: December 16 2024; Accepted: December 18 2024

Abstract

The research aims to achieve the following objectives: 1) to study the desirable health behaviours of Thai older persons and 2) to study the relationship between the caregivers characteristics and the desirable health behaviours of Thai older persons. The study was conducted using a quantitative research methodology and utilized secondary data from the 2021 Thailand Elderly Population Survey conducted by the National Statistical Office (NSO). The sample consisted of elderly individuals aged 60 and above who had caregivers for daily living, totaling 4,063 participants. Data analysis was performed using frequency counts, percentages, means, minimum and maximum value, standard deviation and binary logistic regression analysis. The findings revealed that Thai older persons exercised regularly (7.09%), More than half of the elderly consumed vegetables/fruits and drank clean water at least eight glasses a day. (54.47 %, and 63.16 %, respectively). While the proportion of elderly who did not consume alcohol and smoke were significantly high (96.96% and 97.08% respectively). This indicates that health behaviours that need further promotion include exercising, consuming vegetables/fruits, and drinking clean water. When examining the relationship between caregiver characteristics and desirable health behaviours, it was found that sex, age, highest education level, living arrangement, job resignation to care for the elderly, average monthly income, training for elderly care, hours spent caring per week, and attitudes towards elderly care were all significantly related to the desirable health behaviours of Thai older persons at the 0.05 level. However, relationship with the elderly showed no significant relationship with desirable health behaviours aspect.

Keywords: Thai Older Persons; Caregiver; Health Behaviours

บทนำ

จากรายงานการคาดการณ์ขององค์การสหประชาชาติ (United Nations (UNDESA), 2019) พบว่าประเทศไทยมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุ โดยในปีพ.ศ. 2493 ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป เพียง 0.62 ล้านคน จากนั้นจำนวนได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจนมีจำนวนสูงถึง 8.63 ล้านคน ในปีพ.ศ. 2562 และคาดการณ์ว่าจะมีจำนวนสูงถึง 19.54 ล้านคน ในปีพ.ศ. 2593 ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทย โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2565) ในระหว่างปีพ.ศ. 2545 จนถึงพ.ศ. 2564 ก็พบว่าสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกครั้งที่มีการดำเนินการสำรวจประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทย โดยในพ.ศ. 2545 ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จำนวน 5.9 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 9.4 ของประชากรทั้งประเทศ จนกระทั่งในพ.ศ. 2564 ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 13.3 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19.6 ของประชากรทั้งประเทศ

อย่างไรก็ตามจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรของประเทศไทยที่มีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) อย่างรวดเร็วตามที่กล่าวมาข้างต้น ก็ยังพบว่าในช่วงเวลาเดียวกันสัดส่วนประชากรในวัยเด็กและวัยแรงงานของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงเนื่องจากภาวะเจริญพันธุ์ของ

ประชากรไทยลดลงอย่างมากในช่วงเวลาเดียวกัน ซึ่งปัจจุบันพบว่าภาวะเจริญพันธุ์อยู่ในภาวะต่ำกว่าระดับทดแทน (สถาบันบัณฑิตบริหารธุรกิจศศินทร์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2565) เนื่องจากการอยู่เป็นโสดมากขึ้น การหย่าร้างที่สูงขึ้น และการมีบุตรน้อยลง ดังนั้นประเทศไทยจึงเข้าสู่ภาวะสังคมสูงวัยในเวลาที่รวดเร็วและมีความท้าทายด้านการดูแลผู้สูงอายุที่รุนแรงมากยิ่งขึ้น อีกทั้งรูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันพบว่ามีการอยู่คนเดียว หรือการอยู่กับคู่สมรสเพียงลำพังมากขึ้น ตลอดจนการมีบุตรน้อยลงทำให้แนวโน้มที่บุตรจะอาศัยอยู่ด้วยกันกับพ่อแม่สูงอายุก็มีแนวโน้มลดลง โดยใน พ.ศ. 2545 มีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง จำนวน 4.0 แสนคน หรือคิดเป็นร้อยละ 6.3 ของประชากรผู้สูงอายุ ในขณะที่ พ.ศ. 2564 มีผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง จำนวนสูงถึง 1.6 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12 ของประชากรผู้สูงอายุ หากพิจารณาจากระยะเวลาเกือบ 2 ทศวรรษ พบว่า มีประชากรผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพังเพิ่มขึ้นประมาณ 4 เท่าตัว และอาจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในอนาคต (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565) และผลกระทบจากการที่ประชากรผู้สูงอายุต้องอาศัยอยู่เพียงลำพังนั้น นอกจากจะไม่มีใครคอยช่วยเหลือปรนนิบัติในการทำกิจวัตรประจำวันทำให้ผู้สูงอายุที่ต้องดูแลตนเองมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น

จากสถานการณ์การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุดังกล่าว ได้ส่งผลให้เกิดความท้าทายที่สำคัญด้านหนึ่งคือ ปัญหาสุขภาพของประชากรที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นด้วย เนื่องจากอายุที่เพิ่มสูงขึ้นร่างกายจะมีการเสื่อมถอยตามวัยที่เพิ่มขึ้นนำไปสู่โอกาสการเจ็บป่วยที่เพิ่มสูงขึ้นแม้จะไม่ทำให้เสียชีวิต โดยเฉพาะปัญหาโรคเรื้อรัง เนื่องจากสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรอายุยืนยาวขึ้น คือการเปลี่ยนไปของสาเหตุการเสียชีวิตที่เปลี่ยนจากโรคติดเชื้อ (Infectious Diseases) เป็นโรคไม่ติดเชื้อหรือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Chronic Non-Communicable Disease) (NCDs) ซึ่งกลุ่มโรคนี้เมื่อเป็นแล้วจะรักษาไม่หายและต้องอยู่กับโรคไปอย่างยาวนานหรือตลอดชีวิตที่เหลืออยู่ และยังเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนอื่นตามมา (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2562) ทั้งนี้แม้ว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังบางประเภทยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมอาการไม่ให้ลุกลามหรือรุนแรงมากขึ้นได้ และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถป้องกันได้ โดยการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ซึ่งจะช่วยให้ชะลอสภาวะเสื่อมสภาพของร่างกาย ทั้งยังเป็นการดูแลสุขภาพที่สามารถทำได้ด้วยตนเอง โดยพฤติกรรมสุขภาพที่ดีสำหรับวัยสูงอายุ ประกอบด้วยพฤติกรรมที่สำคัญ 5 พฤติกรรมคือ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร (ผัก/ผลไม้) การดื่มน้ำสะอาด การไม่ดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการไม่สูบบุหรี่ (คมคาย บุญเสริมสุข และบรรลุ ศิริพานิช, 2552) อย่างไรก็ตามกลับพบว่าพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุมีแนวโน้มแย่ลงอย่างต่อเนื่อง โดยพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในปีพ.ศ. 2561 อยู่ที่ร้อยละ 54.4 แต่ในปีพ.ศ. 2562 และปีพ.ศ. 2563 ลงเหลือร้อยละ 52 และ 37.8 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

แม้ว่าโครงสร้างทางประชากรจะเปลี่ยนแปลงไป แต่ผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักในปัจจุบันยังคงเป็นบุตรและคู่สมรสของผู้สูงอายุตามลำดับ ซึ่งบุคคลทั้ง 2 ประเภทนี้จัดว่าเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) ซึ่งหมายถึง สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน หรือผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ เป็นการดูแลผู้สูงอายุตามธรรมเนียมค่านิยม โดยไม่มีรับค่าจ้างแต่อย่างใด และผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวนั้นอาจต้องอยู่ในสถานะบทบาทเชิงซ้อน (Sandwich roles) คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องรับบทบาทหลายอย่างในเวลาเดียวกัน เช่น สามี/ภรรยา การหารายได้ การดูแลบุตรและ/หรือพ่อแม่ไปพร้อมกัน เป็นต้น และหากผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่มีความรู้ความเชี่ยวชาญที่ถูกต้องในการดูแลผู้สูงอายุแล้วนั้น จะยิ่งกลายเป็นปัญหาต่อผู้สูงอายุทั้งในด้านสุขภาพและด้านสุขภาพใจ (ศุทธิดา ชวนวัน และคณะ, 2563) ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจะเป็นอย่างไร ขึ้นอยู่กับว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นใคร มีคุณลักษณะอย่างไร และมีศักยภาพขนาดไหน ที่จะสามารถดูแลผู้สูงอายุให้มีสุขภาพกายที่ดีและมีความสุขในการดำเนินชีวิตประจำวัน งานวิจัยชิ้นนี้จึงมุ่งที่จะศึกษาลักษณะของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันที่ประชากรมีลูกน้อยลง และความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของผู้ดูแลกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะเสริมสร้างสุขภาพที่แข็งแรงและป้องกันปัญหาสุขภาพจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุไทย เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในวัยสูงอายุ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุไทย

2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของผู้ดูแลและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุไทย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) จากโครงการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งดำเนินการสำรวจข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม – ธันวาคม พ.ศ. 2564

1) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ศึกษากลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีผู้ดูแลในการใช้ชีวิตประจำวัน จำนวน 4,082 คน จากนั้นจึงคัดเลือกประชากรตัวอย่างที่ตอบทุกข้อคำถามอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ จึงได้จำนวนประชากรตัวอย่างทั้งหมด 4,063 คน

2) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการเก็บรวมรวมข้อมูล

2.1) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564 (สปส.64 แบบแจงนับ) ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งประกอบไปด้วย 9 ประเด็น ได้แก่

(1) ลักษณะทั่วไปของสมาชิกในครัวเรือน (2) การมีบุตร (3) การทำงาน รายได้ และการออม (4) ลักษณะการอยู่อาศัย (5) การเกื้อหนุน (ช่วยเหลือ) และการเยี่ยมเยียน (6) ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ (7) การเข้าร่วมกิจกรรมการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และความพึงพอใจต่อบริการของรัฐ (8) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และ (9) ลักษณะของครัวเรือน โดยในงานวิจัยนี้จะใช้ข้อมูลในประเด็นภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ (ตัวแปรตาม) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ตัวแปรอิสระ)

2.2) การเก็บรวมรวมข้อมูล ได้ดำเนินการพร้อมกันทั่วประเทศระหว่างเดือนตุลาคม – ธันวาคม 2564 โดยก่อนเริ่มดำเนินการสำนักงานสถิติแห่งชาติมีการจัดประชุมชี้แจงการปฏิบัติงานผ่านระบบทางไกล Video Conference เพื่อชี้แจงให้พนักงานที่ปฏิบัติงานเก็บรวบรวมข้อมูลมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับแบบสอบถาม คำนิยาม ขอบข่าย คุ้มรวม ตลอดจนข้อสังเกต ปัญหา อุปสรรคที่เคยพบจากการดำเนินงานครั้งที่ผ่านมา และที่คาดว่าจะพบในการดำเนินการครั้งนี้ สำหรับวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล พนักงานจะทำการสัมภาษณ์สมาชิกในครัวเรือนตัวอย่าง และทำการบันทึกข้อมูลลงเครื่องคอมพิวเตอร์พกพาขนาดกลาง (Tablet) แล้วทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้ง ก่อนที่จะจัดส่งข้อมูลเข้าสู่ส่วนกลางเพื่อนำไปประมวลผลต่อไป (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565)

3) การวิเคราะห์และนำเสนอผลการวิจัย

ในงานวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษะของผู้ดูแลและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุไทย จะดำเนินการวิเคราะห์และนำเสนอผลงานวิจัย 2 ส่วน ซึ่งเป็นไปตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

3.1) การวิเคราะห์คุณลักษะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.2) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ผู้วิจัยจะใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) คือ การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาค (Binary Logistic Regression Analysis) เป็นการประมาณค่าความน่าจะเป็นของการเกิดเหตุการณ์ที่สนใจคือตัวแปรตาม (Y) 1 ตัว ที่มี 2 ค่า ได้แก่ ไม่เกิดเหตุการณ์ (Y เป็น 0) และเกิดเหตุการณ์ (Y เป็น 1) กับตัวแปรอิสระ (X) มากกว่า 1 ตัว เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามกับตัวแปรอิสระว่ามีความสัมพันธ์กันหรือไม่ และมีทิศทางของความสัมพันธ์เป็นอย่างไร

4) จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และได้รับใบรับรองโครงการวิจัย ยกเว้นการพิจารณาประเด็นทางจริยธรรมการวิจัย เลขที่ COA No. 230/67 ลงวันที่ 31 ตุลาคม 2567

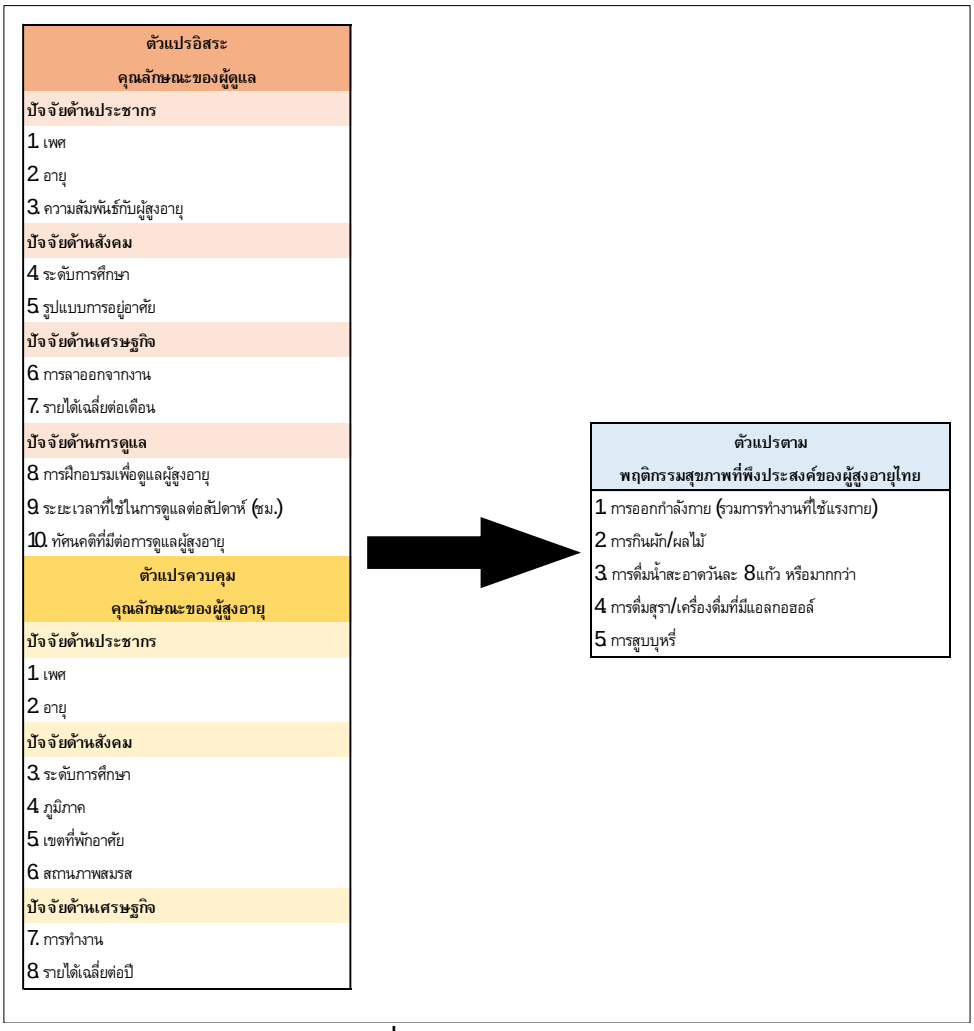
5) ข้อจำกัดในการวิจัย

5.1) ช่วงเวลาในการสำรวจข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2564 ซึ่งเป็นสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งส่งผลต่อการดูแลใส่ใจสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุมากเป็นพิเศษ เพราะเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อไวรัสและมีอาการรุนแรงจนกระทั่งเสียชีวิต ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มที่ได้รับการเฝ้าระวังและได้รับการดูแลเป็นพิเศษ

5.2) สำหรับข้อมูลที่จะนำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลนั้นจะมาจากการตอบคำถามของทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่ตอบด้วยตนเองเท่านั้น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวของ รวมไปถึงแนวคิด/ทฤษฎีเกี่ยวพฤติกรรมสุขภาพ (คมคาย บุญเสริมสุข และบรรลุ ศิริพานิช, 2552: กรมอนามัย, 2564: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565) จึงได้กรอบแนวคิดสำหรับการวิจัย ดังนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผลการวิจัย

1) คุณลักษณะของผู้สูงอายุไทย

ผู้สูงอายุไทยในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 3,406 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง (ร้อยละ 61.53) มากกว่าผู้ชาย มากกว่าร้อยละ 40 เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 48.00) ส่วนใหญ่ไม่เคยเรียนหรือเรียนจบระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 89.79) กว่าร้อยละ 50 อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 58.33) และมากกว่าร้อยละ 30 อาศัยอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มากกว่าร้อยละ 50 มีสถานภาพสมรสเป็นหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ (ร้อยละ 54.50) กว่าร้อยละ 90 เป็นผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 93.24) และกว่าร้อยละ 50 มีรายได้เฉลี่ยต่อปีอยู่ระหว่าง 10,000-39,999 บาท (ร้อยละ 52.38) รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของคุณลักษณะของผู้สูงอายุไทย (n = 3,406)

คุณลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	1,310	38.47
หญิง	2,096	61.53
อายุ		
60 – 69 ปี	672	19.73
70 – 79 ปี	1,099	32.27
80 ปีขึ้นไป	1,635	48.00
อายุเฉลี่ย 78.28 ปี อายุต่ำสุด 60 ปี อายุสูงสุด 107 ปี และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.30 ปี	-	-
ระดับการศึกษาสูงสุด (แบบที่ 1)		
ไม่เคยเรียน	441	12.94
ประถมศึกษา	2,346	68.94
มัธยมศึกษาตอนต้น	270	7.91
มัธยมศึกษาตอนปลาย	91	2.66
อนุปริญญา	102	3.00
ปริญญาตรี	31	0.90
สูงกว่าปริญญาตรี	110	3.22
ระดับการศึกษาสูงสุด (แบบที่ 2)		
ไม่เคยเรียนและประถมศึกษา	3,057	89.79
มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส./ปวท./อนุปริญญา	224	6.56
ปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี	125	3.65
เขตที่พักอาศัย		

คุณลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
ในเขตเทศบาล	1,419	41.67
นอกเขตเทศบาล	1,987	58.33
ภูมิภาคที่อยู่อาศัย		
กรุงเทพมหานคร	299	8.79
ภาคกลาง (ไม่นับกรุงเทพมหานคร)	953	27.99
ภาคเหนือ	535	15.72
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1,161	34.04
ภาคใต้	458	13.46
สถานภาพสมรส		
โสด	103	3.04
สมรส	1,446	42.47
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	1,857	54.49
การทำงาน		
ทำงาน/รอฤดูกาล	230	6.76
ไม่ทำงาน	3,176	93.24
รายได้เฉลี่ยต่อปี		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	511	15.01
10,000 – 39,999 บาท	1,784	52.38
40,000 บาทขึ้นไป	1,111	32.61

2) คุณลักษณะของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทย

ผู้ดูแลผู้สูงอายุไทยในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 3,406 คน เป็นผู้หญิง (ร้อยละ 76.55) มากกว่าผู้ชาย โดยส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้สูงอายุไทยมีช่วงอายุ 40-65 ปี (ร้อยละ 70.05) รองลงมาเป็นช่วงอายุ 66 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 16.48) และช่วงอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 39 ปี (ร้อยละ 13.47) ตามลำดับ ส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้สูงอายุไทยมีความสัมพันธ์เป็นลูก (ร้อยละ 60.23) ไม่ใช่ลูก (ร้อยละ 37.91) และกลุ่มวิชาชีพ (ร้อยละ 1.86) ตามลำดับ เกินครึ่งหนึ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุไทยไม่เคยเรียนและมีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 53.47) ส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้สูงอายุไทยอาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันกับผู้สูงอายุ (ร้อยละ 90.95) ทั้งนี้ส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้สูงอายุไทยไม่ได้ลาออกจากงาน (ร้อยละ 92.44) เกือบครึ่งหนึ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุไทยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 10000 บาท (ร้อยละ 52.71) ส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้สูงอายุไทยไม่เคยฝึกอบรมเพื่อดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 88.11) ส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้สูงอายุไทยมีระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลต่อสัปดาห์ (ชม.) เท่ากับ 1-8 ชั่วโมง (ร้อยละ 54.53) และส่วนใหญ่ผู้ดูแลคิดว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นภาระปานกลาง (ร้อยละ 29.26) รองลงมาไม่เป็นภาระ (ร้อยละ 28.71) เป็นภาระน้อย (ร้อยละ 28.54) และเป็นภาระมาก (ร้อยละ 13.49) ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของคุณลักษณะของผู้ดูแล (n = 3,406)

คุณลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	799	23.45
หญิง	2,607	76.55
อายุ		
อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 39 ปี	459	13.47
อายุ 40 – 65 ปี	2,386	70.05
อายุ 66 ปีขึ้นไป	561	16.48
อายุเฉลี่ย 53.12 ปี อายุต่ำสุด 12 ปี อายุสูงสุด 98 ปี และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.27 ปี	-	-
ความสัมพันธ์กับผู้สงอายุ		
ลูก	2,052	60.23
กลุ่มวิชาชีพ	63	1.86
ไม่ใช่ลูก	1,291	37.91
ระดับการศึกษาสูงสุด (แบบที่ 1)		
ไม่เคยเรียน	74	2.18
ประถมศึกษา	1,747	51.29
มัธยมศึกษาตอนต้น	507	14.90
มัธยมศึกษาตอนปลาย	427	12.53
อนุปริญญา	118	3.48
ปริญญาตรี	477	13.99
สูงกว่าปริญญาตรี	56	1.63
ระดับการศึกษาสูงสุด (แบบที่ 2)		
ไม่เคยเรียนและประถมศึกษา	1,821	53.47
มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส./ปวท./อนุปริญญา	1,052	30.90
ปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี	533	15.63
รูปแบบการอยู่อาศัย		
อยู่ในครัวเรือนเดียวกันกับผู้สูงอายุ	3,098	90.95
อยู่นอกครัวเรือน	308	9.05
การลาออกจากงาน		
ไม่ได้ลาออก	3,149	92.44
ลาออก	257	7.56
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	474	13.92
ต่ำกว่า 10,000 บาท	1,795	52.71

คุณลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
10,000 – 39,999 บาท	1,066	31.30
40,000 บาทขึ้นไป	71	2.07
รายได้เฉลี่ย 8,870.87 บาท รายได้ต่ำสุด 0 บาท รายได้สูงสุด 80,000 บาท และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9,623.32 บาท	-	-
การฝึกอบรมเพื่อดูแลผู้สูงอาย		
ไม่เคย	3,001	88.11
เคยได้รับการอบรมอย่างไม่เป็นทางการ	405	11.89
ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลต่อสัปดาห์ (ชม.)		
น้อยกว่า 1 ชั่วโมง	296	8.70
1 – 8 ชั่วโมง	1,857	54.53
9 – 20 ชั่วโมง	580	17.03
21 – 40 ชั่วโมง	335	9.82
41 ชั่วโมงขึ้นไป	338	3.92
ทัศนคติที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุ		
ไม่เป็นภาระ (0 คะแนน)	978	28.71
เป็นภาระเล็กน้อย (1-3 คะแนน)	972	28.54
เป็นภาระปานกลาง (4-6 คะแนน	997	29.26
เป็นภาระมาก (7 คะแนนขึ้นไป)	459	13.49
คะแนนเฉลี่ย 3.08 คะแนน คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนสูงสุด 10 คะแนน และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.80 คะแนน	-	-

3) พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุไทย

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกาย (รวมการทำงานที่ใช้แรงกาย) ในลักษณะทำเป็นประจำประมาณร้อยละ 7.09 เกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุไทยมีพฤติกรรมกินผัก/ผลไม้เป็นประจำ (ร้อยละ 45.53) มากกว่าหนึ่งในสามผู้สูงอายุไทยมีพฤติกรรมดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่าเป็นประจำ (ร้อยละ 36.84) ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุใหญ่มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในลักษณะไม่ทำ (ร้อยละ 96.96) และส่วนใหญ่สูงอายุไทยมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในลักษณะไม่ทำ (ร้อยละ 97.08) รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุไทย (n = 3,406)

พฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
การออกกำลังกาย (รวมการทำงานที่ใช้แรงกาย)		
ไม่ทำ/ทำบ้าง	3,164	92.91
ทำประจำ	242	7.09
การกินผัก/ผลไม้		
ไม่ทำ/ทำบ้าง	1,855	54.47
ทำประจำ	1,551	45.53
การดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่า		
ไม่ทำ/ทำบ้าง	2,151	63.16
ทำประจำ	1,255	36.84
การดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์		
ไม่ทำ	3,302	96.96
ทำบ้าง/ทำประจำ	104	3.04
การสูบบุหรี่		
ไม่ทำ	3,306	97.08
ทำบ้าง/ทำประจำ	100	2.92

4) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของผู้ดูแลกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุไทย

4.1) พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า ปัจจัยทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายการแปรผันของพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุไทย ได้ร้อยละ 21.2 (R2 = 0.212) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุไทย มีทั้งหมด 11 ปัจจัย โดยเป็นปัจจัยของผู้สูงอายุ 5 ปัจจัย ได้แก่ อายุของผู้สูงอายุ ระดับการศึกษา ภาคที่อยู่อาศัย สถานภาพสมรส และการทำงาน และเป็นปัจจัยของผู้ดูแลอีก 6 ปัจจัย ได้แก่ เพศ รูปแบบการอยู่อาศัย รายได้ การฝึกอบรมเพื่อดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลต่อสัปดาห์ (ชม.) และทัศนคติที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60-69 ปี และ 70-79 ปี มีโอกาสที่จะออกกำลังกายเป็นประจำมากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษา มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส./อนุปริญญา จะมีโอกาสออกกำลังกายเป็นประจำมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เคยเรียนหรือจบระดับประถมศึกษา ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครมีโอกาสที่จะออกกำลังกายเป็นประจำมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในขณะที่ผู้สูงอายุที่โสด จะมีโอกาสออกกำลังกายเป็นประจำน้อยกว่าผู้สูงอายุที่หม้าย/หย่า/แยก และผู้สูงอายุที่ยังทำงานอยู่จะมีโอกาสการออกกำลังกายเป็นประจำมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานแล้ว

ผลการศึกษายังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นเพศหญิงมีโอกาสที่จะออกกำลังกายเป็นประจำมากกว่าผู้ที่มีผู้ดูแลเป็นเพศชาย และผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลอาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันจะมีโอกาสออกกำลังกายเป็นประจำมากกว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลอาศัยอยู่นอกครัวเรือน และผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่มีรายได้ 40,000 บาทขึ้นไปต่อเดือนจะมีโอกาสการออกกำลังกายเป็นประจำมากกว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่ไม่มีรายได้ ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะออกกำลังกายเป็นประจำมากกว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่ไม่เคยฝึกอบรม และผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่ใช้ระยะเวลาในการดูแลต่อสัปดาห์ประมาณ 1-8 ชั่วโมง มีโอกาสที่จะออกกำลังกายเป็นประจำน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่ใช้ระยะเวลาดูแลน้อยกว่า 1 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่มีทัศนคติเชิงลบต่อการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าจะมีโอกาสที่จะออกกำลังกายเป็นประจำน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่มีทัศนคติเชิงลบต่อการดูแลผู้สูงอายุน้อยกว่า

4.2) พฤติกรรมการกินผัก/ผลไม้ พบว่า ปัจจัยทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายการแปรผันของพฤติกรรมการกินผัก/ผลไม้ของผู้สูงอายุไทย ได้ร้อยละ 13.3 ($R2$ = 0.133) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการกินผัก/ผลไม้ของผู้สูงอายุไทย มีทั้งหมด 12 ปัจจัย โดยเป็นปัจจัยของผู้สูงอายุ 6 ปัจจัย ได้แก่ เพศของผู้สูงอายุ ระดับการศึกษา ภาคที่อยู่อาศัย สถานภาพสมรส การทำงาน และรายได้ และเป็นปัจจัยของผู้ดูแลอีก 6 ปัจจัย ได้แก่ เพศ การลาออกจากงาน รายได้ การฝึกอบรมเพื่อดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลต่อสัปดาห์ (ชม.) และทัศนคติที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิง มีโอกาสที่จะกินผัก/ผลไม้เป็นประจำมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า จะมีโอกาสกินผัก/ผลไม้เป็นประจำมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เคยเรียนหรือจบระดับประถมศึกษา ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในภาคเหนือมีโอกาสที่จะกินผัก/ผลไม้เป็นประจำมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในขณะที่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในภาคใต้ มีโอกาสที่จะกินผัก/ผลไม้เป็นประจำน้อยกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้สูงอายุที่สมรสจะมีโอกาสจะกินผัก/ผลไม้เป็นประจำมากกว่าผู้สูงอายุที่หม้าย/หย่า/แยก ผู้สูงอายุที่ยังทำงานอยู่จะมีโอกาสการกินผัก/ผลไม้เป็นประจำมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานแล้ว และผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาทขึ้นไป มีโอกาสที่จะกินผัก/ผลไม้เป็นประจำมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท

ผลการศึกษายังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นเพศหญิงมีโอกาสที่จะกินผัก/ผลไม้เป็นประจำมากกว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นเพศชาย ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่ต้องลาออกจากงาน จะมีโอกาสที่จะกินผัก/ผลไม้เป็นประจำน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ผู้ดูแลไม่ได้ลาออกจากงาน ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่มีรายได้ 10,000-39,999 บาทขึ้นไปต่อเดือนจะมีโอกาสกินผัก/ผลไม้เป็นประจำมากกว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่ไม่มีรายได้ ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะกินผัก/ผลไม้เป็นประจำมากกว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่ไม่เคยฝึกอบรม และผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่ใช้ระยะเวลาในการดูแลต่อสัปดาห์ประมาณ 1-40 ชั่วโมง มีโอกาสที่จะกินผัก/ผลไม้เป็นประจำมากกว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่ใช้ระยะเวลาดูแลน้อยกว่า 1 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

และผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่มีทัศนคติเชิงลบต่อการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าจะมีโอกาสที่จะกินผัก/ผลไม้เป็นประจำน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่มีทัศนคติเชิงลบต่อการดูแลผู้สูงอายุน้อยกว่า

4.3) พฤติกรรมการดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่า พบว่า ปัจจัยทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายการแปรผันของพฤติกรรมการดื่มน้ำสะอาดของผู้สูงอายุไทย ได้ร้อยละ 6.6 ($R2 = 0.066$) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดื่มน้ำสะอาดของผู้สูงอายุไทยมีทั้งหมด 7 ปัจจัย โดยเป็นปัจจัยของผู้สูงอายุ 2 ปัจจัย ได้แก่ อายุของผู้สูงอายุ และภาคที่อยู่อาศัย และเป็นปัจจัยของผู้ดูแลอีก 5 ปัจจัย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และทัศนคติที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี มีโอกาสที่จะดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่าเป็นประจำมากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร และภาคกลางมีโอกาสที่จะดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่าเป็นประจำมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในขณะที่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในภาคใต้ มีโอกาสที่จะดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่าเป็นประจำน้อยกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ผลการศึกษายังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นเพศหญิงมีโอกาสที่จะดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่าเป็นประจำมากกว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นเพศชาย ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่อายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป จะมีโอกาสที่จะดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่าเป็นประจำน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ผู้ดูแลที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษามีโอกาสที่จะดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่าเป็นประจำน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่จบการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่มีรายได้ 40,000 บาทขึ้นไปต่อเดือนจะมีโอกาสดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่าเป็นประจำมากกว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่ไม่มีรายได้ และผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่มีทัศนคติเชิงลบต่อการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าจะมีโอกาสที่จะดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่าเป็นประจำน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่มีทัศนคติเชิงลบต่อการดูแลผู้สูงอายุน้อยกว่า

4.4) พฤติกรรมการดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พบว่า ปัจจัยทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายการแปรผันของพฤติกรรมการดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของผู้สูงอายุไทย ได้ร้อยละ 36.7 ($R2 = 0.367$) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของผู้สูงอายุไทย มีทั้งหมด 7 ปัจจัย โดยเป็นปัจจัยของผู้สูงอายุ 4 ปัจจัย ได้แก่ เพศของผู้สูงอายุ อายุของผู้สูงอายุ ภาคที่อยู่อาศัย และการทำงาน และเป็นปัจจัยของผู้ดูแลอีก 3 ปัจจัย ได้แก่ อายุของผู้ดูแล ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลต่อสัปดาห์ (ชม.) และทัศนคติที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิง มีโอกาสที่จะดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำน้อยกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี จะมีโอกาสดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำมากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในภาคเหนือและภาคใต้มีโอกาสที่จะดื่มสุรา/

เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำน้อยกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และผู้สูงอายุที่ยังทำงานอยู่จะมีโอกาสดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานแล้ว

ผลการศึกษายังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลอายุ 40-65 ปี มีโอกาสที่จะดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลอายุน้อยกว่า 40 ปี และผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่ใช้ระยะเวลาในการดูแลต่อสัปดาห์ประมาณ 41 ชั่วโมงขึ้นไป มีโอกาสที่จะดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่ใช้ระยะเวลาดูแลน้อยกว่า 1 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่มีทัศนคติเชิงลบต่อการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าจะมีโอกาสที่จะดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่มีทัศนคติเชิงลบต่อการดูแลผู้สูงอายุน้อยกว่า

4.5) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า ปัจจัยทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายการแปรผันของพฤติกรรมการดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของผู้สูงอายุไทย ได้ร้อยละ 35.6 ($R2$ = 0.356) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุไทย มีทั้งหมด 6 ปัจจัย โดยเป็นปัจจัยของผู้สูงอายุ 4 ปัจจัย ได้แก่ เพศของผู้สูงอายุ อายุของผู้สูงอายุ สถานภาพสมรส และการทำงาน และเป็นปัจจัยของผู้ดูแลอีก 2 ปัจจัย ได้แก่ ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลต่อสัปดาห์ (ชม.) และทัศนคติที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิง มีโอกาสที่จะสูบบุหรี่เป็นประจำน้อยกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-79 ปี จะมีโอกาสสูบบุหรี่เป็นประจำมากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ผู้สูงอายุที่สมรสมีโอกาสที่จะสูบบุหรี่เป็นประจำน้อยกว่าผู้สูงอายุที่หม้าย/หย่า/แยก และผู้สูงอายุที่ยังทำงานอยู่จะมีโอกาสจะสูบบุหรี่เป็นประจำมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานแล้ว

ผลการศึกษายังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่ใช้ระยะเวลาในการดูแลต่อสัปดาห์ประมาณ 1-8 ชั่วโมง มีโอกาสที่จะสูบบุหรี่เป็นประจำมากกว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่ใช้ระยะเวลาดูแลน้อยกว่า 1 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่มีทัศนคติเชิงลบต่อการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าจะมีโอกาสที่จะจะสูบบุหรี่เป็นประจำน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่มีทัศนคติเชิงลบต่อการดูแลผู้สูงอายุน้อยกว่า รายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของผู้ดูแลและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุไทย

คุณลักษณะของผู้ดูแล	**พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุไทย**				
	การออกกำลังกาย (รวมการทำงานที่ใช้แรงกาย)	**การกินผัก/ผลไม้**	**การดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่า**	**การดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์**	**การสูบบุหรี่**
	OR	OR	OR	OR	OR
ตัวแปรควบคุม (ผู้สูงอายุ)					
เพศ (กลุ่มอ้างอิง: ชาย)					

คุณลักษณะของผู้ดูแล	พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุไทย				
	การออกกำลังกาย (รวมการทำงานที่ใช้แรงกาย)	การกินผัก/ผลไม้	การดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่า	การดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	การสูบบุหรี่
	OR	OR	OR	OR	OR
หญิง	1.336	1.217*	0.860	0.070***	0.041***
อายุ (กลุ่มอ้างอิง: 80 ปีขึ้นไป)					
60 – 69 ปี	2.067**	1.056	1.423**	3.108**	3.768**
70 – 79 ปี	2.231***	1.093	1.130	1.690	3.506***
ระดับการศึกษาสูงสุด (กลุ่มอ้างอิง: ไม่เคยเรียนและประถมศึกษา)					
มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส./ปวท./อนุปริญญา	2.440***	1.327	1.097	1.289	0.577
ปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี	1.322	1.603*	1.278	1.601	0.000
เขตที่อยู่อาศัย (กลุ่มอ้างอิง: นอกเขตเทศบาล)					
ในเขตเทศบาล	0.932	1.047	1.115	0.969	0.809
ภาคที่อยู่อาศัย (กลุ่มอ้างอิง: ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)					
กรุงเทพมหานคร	1.751*	1.360	1.844***	0.709	0.000
ภาคกลาง (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร)	0.911	0.894	1.218*	0.557	0.594
ภาคเหนือ	0.813	1.415**	0.894	0.386*	0.587
ภาคใต้	1.153	0.615***	0.621***	0.300**	0.774
สถานภาพสมรส (กลุ่มอ้างอิง: หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่)					
โสด	0.086*	0.767	1.093	0.079	0.491
สมรส	1.356	1.258*	1.081	0.996	0.381**
การทำงาน (กลุ่มอ้างอิง: ไม่ทำงาน)					
ทำงาน/รอฤดูกาล	6.026***	1.374*	1.065	3.962***	5.441***
รายได้เฉลี่ยต่อปี (กลุ่มอ้างอิง: ต่ำกว่า 10,000 บาท)					
10,000 – 39,999 บาท	0.689	1.369**	0.970	0.951	1.452
40,000 บาทขึ้นไป	0.929	1.736***	0.950	1.080	2.153
ตัวแปรอิสระ (ผู้ดูแลผู้สูงอายุ)					
เพศ (กลุ่มอ้างอิง: ชาย)					
หญิง	1.842**	1.562***	1.260*	0.541	0.541
อายุ (กลุ่มอ้างอิง: อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 39 ปี)					
อายุ 40 – 65 ปี	1.384	1.189	0.729**	0.432*	1.174
อายุ 66 ปีขึ้นไป	1.359	1.160	0.704*	0.872	1.792
ความสัมพันธ์กับผู้สงอายุ (กลุ่มอ้างอิง: ไม่ใช่ลูก)					
ลูก	1.023	0.941	1.192	0.546	0.627
กลุ่มวิชาชีพ	0.425	0.607	1.403	0.000	0.000

คุณลักษณะของผู้ดูแล	พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุไทย				
	การออกกำลังกาย (รวมการทำงานที่ใช้แรงกาย)	การกินผัก/ผลไม้	การดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่า	การดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	การสูบบุหรี่
	OR	OR	OR	OR	OR
ระดับการศึกษาสูงสุด (กลุ่มอ้างอิง: ไม่เคยเรียนและประถมศึกษา)					
มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส./ปวท./อนุปริญญา	0.876	0.974	0.737**	0.558	1.186
ปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี	0.903	1.136	0.650**	0.438	0.739
รูปแบบการอยู่อาศัย (กลุ่มอ้างอิง: อยู่นอกครัวเรือน)					
อยู่ในครัวเรือนเดียวกันกับผู้สูงอายุ	2.580*	1.192	1.234	1.748	1.746
การลาออกจากงาน (กลุ่มอ้างอิง: ไม่ได้ลาออกจากงาน)					
ลาออกจากงาน	0.873	0.686*	0.893	1.131	1.564
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (กลุ่มอ้างอิง: ไม่มีรายได้)					
ต่ำกว่า 10,000 บาท	0.820	1.137	0.809	0.692	0.800
10,000 – 39,999 บาท	0.964	1.567***	1.193	2.168	0.799
40,000 บาทขึ้นไป	3.026**	1.160	2.506**	0.000	0.000
การฝึกอบรมเพื่อดูแลผู้สูงอายุ (กลุ่มอ้างอิง: ไม่เคย)					
เคยได้รับการอบรม	2.092***	1.713***	0.913	1.852	0.912
ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลต่อสัปดาห์ (ชม.) (กลุ่มอ้างอิง: น้อยกว่า 1 ชั่วโมง)					
1-8 ชั่วโมง	0.547*	1.340*	1.085	1.305	2.451*
9-20 ชั่วโมง	1.323	1.745***	1.251	0.639	1.383
21-40 ชั่วโมง	1.256	1.957***	1.183	0.682	2.208
41 ชั่วโมงขึ้นไป	0.615	1.333	1.270	0.217*	1.693
ทัศนคติที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุ	0.934*	0.890***	0.967*	0.881*	0.890*
ค่าคงที่	**0.009*** **	**0.183*** **	**0.509***	**0.154**	**0.016*** **
Nagelkerke R^2	**0.212**	**0.133**	**0.066**	**0.367**	**0.356**

หมายเหตุ: (1) * หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (2) ** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ (3) * หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ (3) R2 หมายถึง ค่าที่บอกสัดส่วน/ร้อยละซึ่งสามารถอธิบายการแปรผันของพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุไทย**

อภิปรายผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่าคุณลักษณะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุไทย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด รูปแบบการอยู่อาศัย การลาออกจากงาน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การฝึกอบรมเพื่อดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลต่อสัปดาห์ (ชม.) และทัศนคติที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

1) เพศของผู้ดูแลที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การออกกำลังกาย การกินผัก/ผลไม้ และการดื่มน้ำสะอาด โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นเพศหญิงจะมีโอกาสที่จะออกกำลังกาย กินผัก/ผลไม้และดื่มน้ำสะอาดเป็นประจำมากกว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ วิสุทธิ ตั้งกิจจาวิสุทธิ์ (2557) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเพศหญิงจะมีระดับคุณภาพชีวิตในด้านร่างกายสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเพศชาย

2) อายุของผู้ดูแลที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดื่มน้ำสะอาดและการดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลอายุมากกว่า 40 ปี มีโอกาสที่จะดื่มน้ำสะอาดและไม่ดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นประจำมากกว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลอายุน้อยกว่า 40 ปี ซึ่งแตกต่างจาก ผลการศึกษาของ เจริญชัย หมื่นห่อ และสุพรรณี พูลผล (2559) ที่พบว่าอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในด้านร่างกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ดูแลที่มีอายุมากขึ้นจะส่งผลต่อบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในด้านร่างกายลดลง อย่างไรก็ตาม วิสุทธิ ตั้งกิจจาวิสุทธิ์ (2557) ที่พบว่าผู้ดูแลที่มีอายุแตกต่างกันไม่มีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในด้านร่างกายดีขึ้นหรือลดลง

3) ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ดูแลที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับการดื่มน้ำสะอาด โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีโอกาสที่จะดื่มน้ำสะอาด เป็นประจำน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือไม่เรียน ทั้งนี้อาจสะท้อนให้เห็นว่าความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการดื่มน้ำสะอาดเป็นประจำสำหรับผู้สูงอายุอาจจะยังไม่ได้เผยแพร่หรือประชาสัมพันธ์ให้กับผู้ดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามผลการศึกษามีความแตกต่างจากผลการศึกษาของ สุวพัชร ฤทธิโสม (2553) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันไม่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

4) รูปแบบการอยู่อาศัยของผู้ดูแลที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันกับผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะออกกำลังกายเป็นประจำมากกว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลอยู่นอกครัวเรือน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการอยู่อาศัยใกล้ชิดอาจทำให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุทำกิจกรรมร่วมกันได้ง่ายหรือบ่อยครั้งขึ้น เช่น การออกกำลังกายด้วยกัน เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พรนิภา วิชัย และคณะ (2564) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่กับครอบครัวจะมีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่เพียงลำพัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5) การลาออกจากงานของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกินผัก/ผลไม้ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่ลาออกจากงานจะมีโอกาสที่จะกินผัก/ผลไม้เป็นประจำน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ผู้ดูแลไม่ลาออกจากงาน ทั้งนี้อาจมีความสัมพันธ์กับรายได้ของผู้ดูแลที่ต้องใช้ในการจัดหาผัก/ผลไม้ที่ทำได้ยากขึ้นหากมีรายได้น้อยลงเพราะออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ การศึกษาของ กาญจนา ปัญญาธร (2557) พบว่ารายได้ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล โดยรายได้ของผู้ดูแลมีอิทธิพลต่อการตอบสนองความต้องการพื้นฐานที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ดี

6) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การออกกำลังกาย การกินผัก/ผลไม้ และการดื่มน้ำสะอาด ของผู้สูงอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่มีรายได้สูงกว่าจะมีโอกาสที่จะออกกำลังกาย กินผัก/ผลไม้และดื่มน้ำสะอาดเป็นประจำมากกว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่มีรายได้น้อยกว่า ทั้งนี้อาจเนื่องจากการส่งเสริมทั้งการออกกำลังกาย การกินผัก/ผลไม้ รวมถึงการดื่มน้ำสะอาด เป็นประจำอาจต้องมีค่าใช้จ่ายในการจัดหาอุปกรณ์ การเลือกซื้ออาหารและเครื่องดื่ม และการเดินทางเป็นต้น ทำให้ผู้ดูแลที่มีรายได้มากกว่าอาจส่งผลต่อการเข้าถึงปัจจัยเหล่านี้ที่ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ การศึกษาของ กาญจนา ปัญญาธร (2557) พบว่ารายได้ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล โดยรายได้ของผู้ดูแลมีอิทธิพลต่อการตอบสนองความต้องการพื้นฐานที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ดี

7) การฝึกอบรมเพื่อดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การออกกำลังกาย และการกินผัก/ผลไม้ของผู้สูงอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่ได้รับการฝึกอบรมจะมีโอกาสที่จะออกกำลังกายและกินผัก/ผลไม้เป็นประจำมากกว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่ไม่ได้ฝึกอบรม สอดคล้องกับ การศึกษาของ สุวพัชร ฤทธิโสม (2553) ที่พบว่าความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความรู้ในระดับมากจะมีแนวโน้มของพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมากขึ้น

8) ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลต่อสัปดาห์ (ชม.) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การออกกำลังกาย การกินผัก/ผลไม้ การดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่ผู้ดูแลใช้ระยะเวลาในการดูแลต่อสัปดาห์ (ชม.) 1-8 ชั่วโมงจะออกกำลังกายเป็นประจำน้อยกว่า และจะสูบบุหรี่เป็นประจำ มากกว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแล 1 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ผู้ดูแลใช้ระยะเวลาในการดูแลต่อสัปดาห์ (ชม.) มากกว่า1 ชั่วโมงต่อสัปดาห์จะกินผัก/ผลไม้เป็นประจำมากกว่า และจะดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแล 1 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2552) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุเกือบตลอดเวลาถือว่าเป็นภาระงานที่ค่อนข้างหนัก

อาจทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพตามมา จึงเกิดความเหนื่อยล้าและความเครียด และส่งผลต่อศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ

9) ทัศนคติที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การออกกำลังกาย การกินผัก/ผลไม้ การดื่มน้ำสะอาด การดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ ของผู้สูงอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่ผู้ดูแลที่มีทัศนคติการดูแลผู้สูงอายุไม่เป็นภาระ จะออกกำลังกาย กินผัก/ผลไม้ และ ดื่มน้ำสะอาดเป็นประจำ มากกว่าผู้สูงอายุที่ผู้ดูแลคิดว่าผู้สูงอายุเป็นภาระ อย่างไรก็ตามผลการศึกษายังพบว่า ผู้สูงอายุที่ผู้ดูแลมีทัศนคติการดูแลผู้สูงอายุเป็นภาระ ผู้สูงอายุจะดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่ เป็นประจำ มากกว่าผู้สูงอายุที่ผู้ดูแลคิดว่าผู้สูงอายุเป็นภาระน้อยกว่า ทั้งนี้อาจเนื่องจากการดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่เป็นสารเสพติด อาจทำให้ผู้ดูแลที่สามารถช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหล่านี้ต้องใช้ความทุ่มเทใส่ใจและใช้เวลา จึงนำไปสู่การรู้สึกว่าเป็นภาระที่ต้องใช้เวลาและความทุ่มเทของผู้ดูแล อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวพัชร ฤทธิโสม (2553) ที่พบว่าทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีทัศนคติที่ดีจะมีแนวโน้มของพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมากขึ้น เช่นเดียวกันกับ การศึกษาของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2552) ที่พบว่าหากผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าการดูแลผู้สูงอายุนั้นเป็นภาระแก่ตนเอง ย่อมทำให้ศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุลดลง

ข้อเสนอแนะ

1) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1) ควรส่งเสริมด้านการฝึกอบรมสำหรับผู้ดูแล และแนวทางการดูแลสุขภาพตนเองสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มทักษะและความรู้พื้นฐานที่จำเป็นให้ครอบคลุม ทั้งนี้ โครงการฝึกอบรมดังกล่าวควรจัดให้มีความหลากหลาย และสามารถเข้าถึงได้ง่าย รวมไปถึงการสร้างเสริมทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ และบทบาทของผู้ดูแลที่มีความสำคัญไม่แพ้กัน

1.2) ควรจัดทำโครงสร้างข้อมูลและระบบติดตาม เพื่อจัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนและคุณลักษณะของผู้ดูแล รวมไปถึงปัญหาต่างๆ ที่มีมาจากการรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งข้อมูลเหล่านี้อาจนำไปใช้สำหรับการวางแผน และปรับปรุงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในอนาคตต่อไป

2) ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

2.1) ยังมีปัจจัยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่น่าสนใจที่ยังไม่ได้นำมาวิเคราะห์ เช่น การประเมินสุขภาพตนเอง ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน สุขภาพจิต/ระดับความสุข เป็นต้น

2.2) ควรศึกษาเงชิงคุณภาพเพิ่มเติม เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของลักษณะของผู้ดูแลกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น ทัศนคติของผู้ดูแลกับพฤติกรรมการดื่มอแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ เพื่อเพิ่มการอธิบายผลจากการวิเคราะห์เชิงปริมาณ

3) ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

3.1) หน่วยงานภาครัฐหรือหน่วยงานทางด้านสาธารณสุขควรส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพด้านออกกำลังกาย ด้านการกินผัก/ผลไม้ และด้านการดื่มน้ำสะอาด ในระดับที่มากขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งที่ควรถือปฏิบัติในทุกเพศทุกวัย

3.2) หน่วยงานภาครัฐหรือหน่วยงานทางด้านสาธารณสุขควรส่งเสริมและสนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีบทบาทในการร่วมดูแลผู้สูงอายุ โดยอาจจะจัดตั้งศูนย์บริการประจำชุมชน ซึ่งรวมบริการต่างๆ ที่มีความจำเป็น เช่น การดูแลและฟื้นฟูสุขภาพ การเยี่ยมบ้าน เป็นต้น เพื่อเป็นการลดภาระของผู้ดูแลในครอบครัว เพราะทัศนคติที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ถือเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในทุกๆ ด้าน

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย. (2564). *คู่มือการดำเนินงาน ตัวชี้วัด ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. (2562). ความดันโลหิตสูงคืออะไร?. *ออนไลน์.* สืบค้นเมื่อวันที่ 19 มิถุนายน 2566. แหล่งที่มา : https://xn--12c8b3afcz5g8i.com/knowledge/detail/26/data.html

กระทรวงสาธารณสุข. (2566). ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์. *ออนไลน์.* สืบค้นเมื่อวันที่ 19 มิถุนายน 2566. จาก. http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=1680

กาญจนา ปัญญาธร. (2557). การดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในครอบครัวบ้านหนองตะไก้ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 32*(4), 33 – 39.

คมคาย บุญเสริมสุข และบรรลุ ศิริพานิช. (2552). *“การเตรียมความพร้อมเพื่อวัยสูงอายุ” ในโครงการการทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2545 – 2550.* กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.).

เจริญชัย หมื่นห่อ และสุพรรณี พูลผล. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุจังหวัดนครพนม. *วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม*, *6* (1), 79 – 86.

พรนิภา วิชัย และคณะ. (2564). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลแม่สูน อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, 10* (2), 26 – 35.

วิสุทธิ ตั้งกิจจาวิสุทธิ์. (2557). *ปัจจัยด้านครอบครัวที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลหนองลาน อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา. โครงการบัณฑิตศึกษา : มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2552). *“รูปแบบการดูแลระยะยาวในชุมชนและครอบครัว” ในโครงการระบบการดูแลระยะยาวและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ: ทิศทางประเทศไทย.* กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.).

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. (2552). *ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนชนบทไทย.* กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.).

ศุทธิดา ชวนวัน และคณะ. (2563). *ผู้สูงอายุอยู่โดดเดี่ยว (แต่) ไม่เดียวดาย.* นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

สถาบันบัณฑิตบริหารธุรกิจศศินทร์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2565). อนาคตประชากรไทย: ในวันที่การตายมากกว่าการเกิด. สืบค้นเมื่อวันที่ 19 มิถุนายน 2566 จากhttps://www.chula.ac.th/highlight/79067/

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). *รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2564.* กรุงเทพฯ: กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.

สุวพัชร ฤทธิโสม. (2553). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว จังหวัดจันทบุรี.* วิทยานิพนธ์คหกรรมศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการพัฒนาครอบครัวและสังคม สาขาวิชามนุษย์นิเวศน์ศาสตร์. โครงการบัณฑิตศึกษา : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

United Nations (UNDESA). (2019). World Population Prospects 2019: Highlights 10 Key Findings. *online*. Search when 2023, May 15. Source: https://population.un.org/wpp/Publi cations/Files/WPP2019_10KeyFindings.pdf.