



พหุติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลม่วงน้อย  
อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน

โดย

นายธนวิษณุ แสนสองแคว

การค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

วิชาเอกการจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ปีการศึกษา 2559

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลม่วงน้อย  
อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน

โดย

นายธนวิษฐ์ แสนสองแคว



การค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

วิชาเอกการจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ปีการศึกษา 2559

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

HEALTH CARE BEHAVIORS OF THE ELDERLY IN MUANGNOY  
SUBDISTRICT, PASANG DISTRICT, LAMPHUN PROVINCE

BY

MR TANAWICH SANSONGWAE



AN INDEPENDENT STUDY SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE  
REQUIREMENTS FOR THE DEGREE OF MASTER OF PUBLIC HEALTH

HEALTH PROMOTION MANAGEMENT

FACULTY OF PUBLIC HEALTH

THAMMASAT UNIVERSITY

ACADEMIC YEAR 2016

COPYRIGHT OF THAMMASAT UNIVERSITY

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
คณะสาธารณสุขศาสตร์

การค้นคว้าอิสระ

ของ

นายธนวิษฐ์ แสนสองแคว

เรื่อง

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน

ได้รับการตรวจสอบและอนุมัติ ให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร


สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

เมื่อ วันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2560

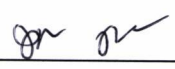
ประธานกรรมการสอบการค้นคว้าอิสระ

  
\_\_\_\_\_  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เกษร สำเภาทอง)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระ

  
\_\_\_\_\_  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ลภัสสรดา หนุ่มคำ)

กรรมการสอบการค้นคว้าอิสระ

  
\_\_\_\_\_  
(รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง ดร. พิชราวรรณ ศรีศิลป์นันท์)

คณบดี

  
\_\_\_\_\_  
(อาจารย์ ดร. ชัยยุทธ ชวลิตนิธิกุล)

หัวข้อการค้นคว้าอิสระ	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน
ชื่อผู้เขียน	นายธนวิชญ์ แสนสองแคว
ชื่อปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา/คณะ/มหาวิทยาลัย	การจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ลภัสรดา หนู่มคำ
ปีการศึกษา	2559

### บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยนำ (เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้และความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว การดูแลสุขภาพของตนเอง การอยู่อาศัย การตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุ และความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าของตนเองของผู้สูงอายุ) ปัจจัยเอื้อ (การเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข หรือสถานบริการสุขภาพทั้งของรัฐ และเอกชน) และปัจจัยเสริม (การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขจากแหล่งต่างๆ) ของผู้สูงอายุ ในตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูนและเพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกายและด้านการจัดการความเครียด) ของผู้สูงอายุ ในตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน จำนวน 245 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในเดือนเมษายน พ.ศ.2560 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาปัจจัยนำพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 55.5 มีอายุระหว่าง 65-69 ปีมากที่สุดร้อยละ 35.5 อายุมากที่สุด 88 ปี อายุต่ำที่สุด 60 ปี อายุเฉลี่ย  $67.9 \pm 5.9$  ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 92.7 สถานภาพสมรสคู่มากที่สุดร้อยละ 69.4 ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุดร้อยละ 46.9 รองลงมาคือ ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 23.3 รายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง ต่ำกว่า 3,000 บาท ร้อยละ 61.2 รายได้เฉลี่ย/เดือน 3,516.73 บาท และเมื่อเทียบรายได้อัตกักรายจ่าย พบว่ารายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บมากที่สุด ร้อยละ 47.3 ได้รับเงินจากตัวเองมากที่สุดร้อยละ 80 และอาศัยอยู่กับสามีหรือภรรยามากที่สุด ร้อยละ 70.2 กลุ่มตัวอย่างพบว่า

ไม่มีโรคประจำตัวมากที่สุด ร้อยละ 46.9 การตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุและความรู้สึกมีคุณค่าของตนเอง พบว่าอยู่ในระดับมากร้อยละ 93.9 และ 94.3 ตามลำดับ

ผลการศึกษาปัจจัยเอื้อ พบว่าการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขหรือสถานบริการสุขภาพอยู่ในระดับมากร้อยละ 95.9 และปัจจัยเสริม พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อยู่ในระดับมากร้อยละ 78.4 และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมากร้อยละ 75.1

ผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมากร้อยละ 71 โดยมีพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับมากร้อยละ 70.2 พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับมากร้อยละ 77.6 และพฤติกรรมการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 52.7

จากผลการศึกษา การส่งเสริมการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมในผู้สูงอายุมีความสำคัญและจำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด นอกจากนี้ควรมีการส่งเสริมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ ที่สามารถสร้างรายได้และกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีและสามารถดูแลตนเองได้ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยาวนาน

**คำสำคัญ:** ผู้สูงอายุ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

Independent Study Title	HEALTH CARE BEHAVIORS OF THE ELDERLY IN MUANGNOY SUBDISTRICT, PASANG DISTRICT, LAMPHUN PROVINCE
Author	Mr.Tanawich Sansongkwaee
Degree	Master of Public Health
Major Field/Faculty/University	Health Promotion Management Faculty of Public Health Thammasat University
Independent Study Advisor	Assistant Professor Lapatrada Numkham, Ph.D.
Academic Years	2016

### ABSTRACT

This survey research was aimed to study predisposing factors (sex, age, education, marital status, occupation, income and adequacy of income, underlying disease, residence, health-awareness and self-esteem of aging) enabling factors (accession to public health service or health service all government and private) reinforcing factors (social support , receiving information about public health from other resources) and to study health care behaviors (dietary behavior, exercise and stress management) among aging in Muangnoy sub-district, Pasang district, Lamphun province. The data were collected from 245 people on April 2017 by using questionnaires and analyzed with descriptive statistics.

The results of predisposing factors revealed that a majority of subjects were female 55.5%. The most age was during 65-69 years accounting for 35.5%, the oldest one was 88 years, and the youngest one was 60 years old with mean of age  $67.98 \pm 5.95$  years. Most of them were graduated at elementary level accounting for 92.7% with married status 69.4%. The most of occupation are employee accounting for 46.9%, follow by unemployed accounting for 23.3%. Most subjects had income lower than 3,000 Baht accounting for 61.2%. When compare between an income and an expenditure, the result revealed that the subjects had an adequacy of income

but no saving accounting for 47.3%. Most of them have money by their selves accounting for 80%, they lived with husband or wife 70.2%. The most of subjects were no underlying diseases accounting for 46.9%. The majority level of health-awareness and self-esteem was very high accounting for 93.9 and 94.3%.

For enabling factors, the results revealed that most of subjects had high level about access to public health service accounting for 95.9% and reinforcing factors revealed that social support from family, public health officer public or village health volunteers was high level accounting for 78.4%, and also the receiving health information was high level too accounting for 75.1%.

For health behaviors, the results showed that most of subjects had high level about health behaviors accounting for 71%. Most of them had a good dietary behavior accounting for 70.2%, good exercise accounting for 77.6%. Moreover, the subjects had moderate level of stress management accounting for 52.7%

Therefore, health promotion is important and necessary for promote health behaviors in the elderly, especially stress management. In additional, promoting the activities in elderly club for making income is necessary and encouraging health promoting activities to healthy ageing also essential in order to sustainable in good quality of life.

**Keyword:** aging, predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors, health behaviors.



## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ลภัสรดา หนู่มคำ อาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระ ที่ได้ให้คำแนะนำปรึกษา ชี้แนะแนวทางในการดำเนินการศึกษาตลอดจนตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี จนการศึกษาค้นคว้าอิสระสำเร็จสมบูรณ์ได้ ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณคณบดี คณาจารย์ ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในระหว่างการศึกษา พร้อมคอยให้กำลังใจและความช่วยเหลือในทุกๆด้านแก่ผู้ศึกษาอย่างดียิ่ง

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เกษร สำเภาทอง ประธานกรรมการสอบการค้นคว้าอิสระที่ได้เสียสละเวลาและกรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไข การค้นคว้าอิสระฉบับนี้ให้ถูกต้องและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง ดร. พัชรารวรรณ ศรีศิลป์นันท์ รองศาสตราจารย์/ผู้อำนวยการศูนย์ความเป็นเลิศด้านทันตกรรมสาธารณสุข นายแพทย์รัชชัชฉัน ทะวุฒินันท์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลป่าซาง จังหวัดลำพูน นางจรรยา ธัญน้อม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ/หัวหน้างานกลุ่มวัยสูงอายุและคนพิการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

ขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลแบบสอบถาม ขอบพระคุณอาสาสมัครวิจัยที่กรุณาสมัครใจให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนต่อการศึกษานี้ หากคุณประโยชน์ใดที่เกิดจากการค้นคว้าอิสระฉบับนี้

ท้ายสุดนี้ ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และขอขอบคุณสมาชิกทุกคนในครอบครัว ที่ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจที่สำคัญให้กับผู้ศึกษาเสมอมา ผู้ศึกษาขอมอบคุณความดีนั้นให้แก่ผู้มีพระคุณทุกท่านดังที่กล่าวมา

นายธนวิชญ์ แสนสองแคว

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	(1)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	(3)
กิตติกรรมประกาศ	(5)
สารบัญตาราง	(9)
สารบัญภาพ	(10)
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามการศีกษา	6
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย	6
1.4 ขอบเขตการวิจัย	7
1.5 ตัวแปรที่ศึกษา	7
1.6 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา	8
1.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย	10
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	12
2.2 สถานการณ์ผู้สูงอายุในชุมชน	19
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ	22
2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง	52
2.5 แนวคิดและทฤษฎี PRECEDE Framework	59

	(7)
2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	62
บทที่ 3 วิธีการวิจัย	71
3.1 ลักษณะของสถานที่ที่ใช้เก็บข้อมูล	71
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	71
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	74
3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	78
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล	79
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	80
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล	81
4.1 ผลการศึกษา	82
4.2 อภิปรายผลการศึกษา	97
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	106
5.1 สรุปผลการศึกษา	106
5.2 ข้อเสนอแนะ	108
รายการอ้างอิง	110
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก แบบสอบถาม	118
ภาคผนวก ข รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา	125
ภาคผนวก ค หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน	126
ภาคผนวก ง ข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย	127
ภาคผนวก จ หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัคร	132
ภาคผนวก ฉ สำเนาหนังสือขอความอนุเคราะห์ทดลองเครื่องมือในการวิจัย	134

(8)

ภาคผนวก ข สำเนาหนังสือขอความอนุเคราะห์เข้าถึงข้อมูลการวิจัย

135

ประวัติผู้เขียน

136



## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2.1 จำนวนผู้สูงอายุ ในตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน	20
3.1 จำนวนขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนของผู้สูงอายุตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน	73
4.1 จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	83
4.2 ระดับการตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุ	85
4.3 จำนวนและร้อยละการตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุ	85
4.4 ระดับความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองของผู้สูงอายุ	86
4.5 จำนวนและร้อยละความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองของผู้สูงอายุ	87
4.6 ระดับการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขหรือสถานบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ	87
4.7 จำนวนและร้อยละการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขหรือสถานบริการสุขภาพ	88
4.8 ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ	89
4.9 จำนวนและร้อยละแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข,อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ของผู้สูงอายุ	89
4.10 ระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ	90
4.11 จำนวนและร้อยละการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ	91
4.12 ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ	92
4.13 ระดับพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ	92
4.14 จำนวนและร้อยละพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ	93
4.15 ระดับพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ	94
4.16 จำนวนและร้อยละพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ	94
4.17 ระดับพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดของผู้สูงอายุ	96
4.18 จำนวนและร้อยละพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดของผู้สูงอายุ	96

## สารบัญภาพ

ภาพที่

หน้า

1.1 กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย

11



## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลกอย่างรวดเร็ว เป็นผลมาจากความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์และบริการสาธารณสุข ทางด้านการแพทย์มีความก้าวหน้าทันสมัย มีการเสริมสร้างสุขภาพอนามัยที่ดีการป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพทำให้ประชากรมีสุขภาพอนามัยที่ดีมีอายุยืนยาว ทำให้ประชากรทั่วโลกจะมีอายุเฉลี่ยยืนยาวขึ้น และประชากรทั่วโลกที่มีอายุมากกว่า 65 ปี จะมีจำนวน 2 พันกว่าล้านคน คิดเป็นสัดส่วนได้ 1 ใน 5 หรือร้อยละ 20 ของประชากรทั้งโลก ซึ่งพบได้ในเกือบทุกประเทศแถบยุโรป โดยเฉพาะประเทศอิตาลี เยอรมัน อังกฤษและสแกนดิเนเวีย รวมไปถึงประเทศญี่ปุ่น ที่เป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ตั้งแต่ปี 2010 และจากข้อมูลขององค์การสหประชาชาติ พบว่าในปี 2047 จะเป็นครั้งแรกของโลกที่จำนวนประชากรอายุ 60 ปี จะมีมากกว่าจำนวนประชากรเด็ก นอกจากนี้จากการคาดการณ์จำนวนประชากรผู้สูงอายุในปี 2050 ในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่าประเทศไทยเป็นประเทศที่จะมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากเป็นอันดับที่ 2 คือ รองจากประเทศสิงคโปร์ และประเทศลาว เป็นประเทศที่มีสัดส่วนของจำนวนประชากรผู้สูงอายุต่ำที่สุดในกลุ่ม

ประเทศไทยถือได้ว่าเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2568 จะมีประชากรผู้สูงอายุมากถึง 11 ล้านคน (1) ปัจจุบันมีจำนวนของผู้สูงอายุเกือบ 10 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 15 ของประชากรไทยทั้งหมด ประชากรไทยกำลังสูงวัยขึ้นอย่างรวดเร็วมาก ประเทศไทยได้กลายเป็น “สังคมสูงวัย” มาตั้งแต่ปี 2548 แล้ว เมื่อสัดส่วนประชากรสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) สูงถึงร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด ประเทศไทยกำลังจะกลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีมากถึงร้อยละ 20 ในปี 2564 หรือในอีกเพียง 5 ปีข้างหน้า และคาดว่าจะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) ในอีกไม่ถึง 20 ปีข้างหน้าเมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด และจำนวนผู้สูงอายุภาคเหนือเขตบริการสุขภาพที่ 1 ประกอบด้วย จังหวัด แม่ฮ่องสอน เชียงใหม่ เชียงราย ลำปาง แพร่ น่าน พะเยา และลำพูน มีจำนวนผู้สูงอายุ 947,380 คนคิดเป็นร้อยละ18.1 (2) และพบว่าจังหวัดลำพูนมีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดในภาคเหนือ จำนวน 406,385 คน คิดเป็นร้อยละ18.86 (3)และอำเภอป่าซางมีจำนวนผู้สูงอายุเป็นอันดับที่ 2 ของจังหวัดลำพูน ถึงร้อยละ 22.05 (4) และตำบลม่วงน้อยมีผู้สูงอายุจำนวน 1,025 คน คิดเป็นร้อยละ

20.25 ซึ่งมีอัตราร้อยละสูงมากกว่าระดับประเทศเกือบ 2 เท่าตัวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) (5)

เพื่อให้การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นไปอย่างเหมาะสม ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL: Barthel Activities of Daily Living: ADL) สำหรับในประเทศไทยพบว่าผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 1.5 อยู่ในภาวะ “ติดเตียง” ผู้สูงอายุร้อยละ 19 อยู่ในภาวะ “ติดบ้าน” และผู้สูงอายุส่วนมากร้อยละ 79.5 อยู่ในภาวะ “ติดสังคม”(6) และในภาคเหนือเขตบริการสุขภาพที่ 1 มีจำนวนผู้สูงอายุอยู่ในภาวะติดเตียง ร้อยละ 0.9 ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะติดบ้าน ร้อยละ 5.6 และผู้สูงอายุอยู่ในภาวะติดสังคม ร้อยละ 93.5 (2) สำหรับจังหวัดลำพูน มีจำนวนผู้สูงอายุอยู่ในภาวะติดเตียง ร้อยละ 0.98 ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะติดบ้าน ร้อยละ 4.79 และผู้สูงอายุอยู่ในภาวะติดสังคม ร้อยละ 94.23 (3) ส่วนที่อำเภอป่าซาง มีจำนวนผู้สูงอายุอยู่ในภาวะติดเตียง จำนวน 61 คนคิดเป็นร้อยละ 0.5 ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะติดบ้าน จำนวน 397 คนคิดเป็นร้อยละ 3.22 และผู้สูงอายุอยู่ในภาวะติดสังคม จำนวน 11,855 คนคิดเป็นร้อยละ 96.28 (4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน ที่มีหน้าที่ในการดูแลประชาชนในพื้นที่มีประชากรทั้งหมดจำนวน 4,802 คน และมีประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 1,025 คน คิดเป็นร้อยละ 20.25 โดยจำแนกเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง จำนวน 984, 35 และ 6 คน คิดเป็นร้อยละ 96, 3.14 และ 0.59 ตามลำดับ (5)

จากการที่ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้ต้องตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบที่จะตามมา ทั้งในด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และด้านสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพอนามัย เนื่องจากวัยผู้สูงอายุเป็นวัยที่สุขภาพเริ่มเสื่อมลง มีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ มากขึ้น ทั้งโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ รวมไปถึงโรคเรื้อรัง จากการสำรวจพบว่าประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.4 พบเพศชาย ร้อยละ 37.4 เพศหญิง 44.8 โรคเบาหวาน ร้อยละ 18.2 พบเพศชายร้อยละ 14.9 เพศหญิงร้อยละ 20.8 มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 13.4 พบเพศชาย ร้อยละ 10.1 เพศหญิง 16.1 (7) และพบผู้สูงอายุมีภาวะอ้วนประมาณถึง 1 ใน 3 (ร้อยละ 30) โดยพบเพศหญิงมีภาวะอ้วนมากกว่าเพศชายอย่าง ชัดเจน (ร้อยละ 18.3 และ 11.2) นอกจากนั้นผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีภาวะอ้วนและมีรอบเอวมากกว่าปกติถึงร้อยละ 17.5 (8)

สำหรับผู้สูงอายุในตำบลม่วงน้อย มีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวน 423 คนคิดเป็นร้อยละ 41.26 โดยสามารถเรียงลำดับโรคที่พบมาก 5 อันดับดังนี้ โรคความดันโลหิตสูงจำนวน 323 คน โรคเบาหวานจำนวน 87 คน โรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจำนวน 56 คน โรคระบบทางเดินหายใจจำนวน 22 คน และโรคระบบกระเพาะและลำไส้จำนวน 24 คนและอื่นๆ (5) โรค



เรื้อรังที่พบในผู้สูงอายุส่วนมาก เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนานและมีค่าใช้จ่ายที่สูง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลมาจากด้านพฤติกรรม การดูแลสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง

ผู้สูงอายุยิ่งมีอายุมากขึ้นก็จะมีปัญหาทางด้านสุขภาพตามมาและมีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อการเป็นโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ หรือโรคประจำตัวอันเกิดจากพฤติกรรมรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย พันธุกรรม หรือความเสื่อมถอยของสุขภาพร่างกาย จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2554 พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 53 มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังกลุ่มอาการของโรคที่ผู้สูงอายุเป็นมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง/ไขมันใน เลือดสูง/คอเลสเตอรอลสูง (ร้อยละ 17) รองลงมาคือ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 8) โรคเก๊าท์ รูมาตอยด์ ปวดเข่า/หลัง/คอ เรื้อรัง (ร้อยละ 5) โรคหัวใจ (ร้อยละ 2) และอัมพฤกษ์ อัมพาต (ร้อยละ 1) ผู้สูงอายุหญิงจะมีอาการของกลุ่มโรคสำคัญ 5 อันดับแรกมากกว่าผู้สูงอายุชายและจากรายงานการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชากรไทย พ.ศ.2557 โดยสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีการแพทย์ พบว่าโรคเรื้อรังต่างๆ ได้แก่ โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน มักมีสาเหตุจากปัจจัยเสี่ยงร่วมหนึ่งปัจจัยหรือมากกว่า ได้แก่ การสูบบุหรี่ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมตามหลักโภชนาการ การขาดการออกกำลังกาย และความเครียด ฯลฯ ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบ่งเป็น ปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (non-modifiable risk factors) เช่น อายุ เพศ และพันธุกรรม และปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ (modifiable risk factors) เช่น การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกายและการดื่มแอลกอฮอล์ จากผลการสำรวจการบริโภคอาหารของคนไทย โดยพบว่าดื่มเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม ร้อยละ 56.7 ดื่มชา กาแฟร้อน ร้อยละ 54.6 รับประทานอาหารประเภทปิ้งย่างจนไหม้เกรียม ร้อยละ 54.1 รับประทานผลไม้ต้องร้อยละ 35.1 รับประทานอาหารประเภทจานด่วน ร้อยละ 33. และดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 18.5 (9) จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2551) พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม คือ สูบบุหรี่และดื่มสุรา โดยผู้สูงอายุ ร้อยละ 78 สูบบุหรี่ วันละ 1-10 มวน ผู้สูงอายุ ร้อยละ 50 ที่สูบบุหรี่ในปัจจุบันเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 15-19 ปี และร้อยละ 25.2 เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 20-24 ปี สำหรับการดื่มสุรา พบว่าผู้สูงอายุดื่มสุราทุกวัน ร้อยละ 4 และดื่มสุราเป็น บางครั้งร้อยละ 7.6 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในสัดส่วนที่สูง คือ พบว่ามีประมาณ 6 ใน 10 คนที่ออกกำลังกายหรือ ออกแรงอย่างน้อย 15 นาทีต่อครั้ง/สัปดาห์ละ 3 วัน ทานผักผลไม้เป็นประจำ และดื่มน้ำวันละ 8 แก้ว (มากกว่าร้อยละ 60) ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ทั้ง 5 ด้าน คือ เป็นผู้สูงอายุที่ออกกำลังกาย รับประทานผักผลไม้สด และดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้ว หรือมากกว่าเป็นประจำ ต้องไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และไม่สูบบุหรี่ เป้าหมายที่กำหนดไว้ คือ ร้อยละ 30 พบผู้สูงอายุมีเพียงร้อยละ 24.5 มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด โดยผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่าผู้สูงอายุชาย (8)

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ รัฐบาลไทยได้กำหนดยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพบรรจุไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555-2559) ในยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพคนและสังคมไทยสู่สังคมแห่งภูมิปัญญาและการเรียนรู้ โดยส่งเสริมการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ มีเป้าหมายให้ดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ส่งผลต่อภาระงบประมาณของภาครัฐ และค่าใช้จ่ายของครัวเรือนในการดูแลสุขภาพอนามัย และการจัดสวัสดิการทางสังคม เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศ หากไม่มีการเตรียมความพร้อมที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสถานการณ์ โดยเน้นการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุให้มีสุขภาพแข็งแรงทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ สนับสนุนให้ลด ละ เลิกพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ควบคู่กับการดูแล สุขภาพเชิงป้องกัน มีพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เหมาะสม ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เสริมสร้างความร่วมมือของครอบครัว และชุมชนใน การสร้างเสริมสุขภาพและพัฒนาสภาพแวดล้อมในชุมชนให้เหมาะสมกับสุขภาพต่อเนื่องถึงฉบับที่ 12 พ.ศ.2559 ที่ให้ความสำคัญเรื่องการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จะพัฒนาด้านธุรกิจและลงทุนด้านการค้าและบริการ มีความมั่นคง และยั่งยืน สังคมอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข และนำไปสู่การบรรลุวิสัยทัศน์ระยะยาว “มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” ของประเทศ (10)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยมีปัจจัยต่างๆเข้ามามีส่วนช่วยในการส่งเสริมพฤติกรรม โดยปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้และความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว การดูแลสุขภาพของตนเอง ปัจจัยภายใน ได้แก่ การตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุ และความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองของผู้สูงอายุ ปัจจัยภายนอก ได้แก่ การเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขที่ทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างสะดวก และปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล โดยมีสมาชิกในครอบครัว, บุคลากรสาธารณสุข, อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ” (11) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยภายในที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ความรู้ความตระหนักเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการส่งเสริม สุขภาพของ ผู้สูงอายุ ด้านการรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ด้านแรงสนับสนุน ทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว และ ด้านแรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข จากแนวคิด และปัจจัยที่กล่าวมา ย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี (12)

ปัจจัยภายนอกในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุซึ่งประกอบด้วย การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพจากสื่อต่างๆ และการได้รับคำแนะนำการสนับสนุนให้ปฏิบัติตนของผู้สูงอายุ จากบุคคลต่างๆ (11) จากการศึกษาพบว่า มีปัจจัยภายนอกในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 43.0 (13) และปัจจัยภายนอกด้านการเข้าถึงสถานบริการในการส่งเสริม

สุขภาพและด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังพบว่าด้านการได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคลและด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (14) และพบว่าปัจจัยภายนอกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามหลัก 5 อ. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับน้อย ( $r=0.14$ ,  $r=0.29$  ตามลำดับ) (15)

จากการทบทวนวรรณกรรม พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุจังหวัดชลบุรี พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนหนึ่งมีการเลือกประเภทของการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของวัยผู้สูงอายุอยู่ระดับต่ำ (16) พฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่าระดับโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ระดับความรู้เกี่ยวกับ พฤติกรรมดูแลสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (17) แต่อย่างไรก็ดีในเขตพื้นที่ภาคเหนือ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง จังหวัดลำพูน ซึ่งมีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดในประเทศไทย ยังไม่มีใครศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มนี้

ผู้สูงอายุตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน ได้จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุระดับตำบล 1 ชมรมและมีการรวมกลุ่มอาชีพมากกว่า 15 ชมรม เช่น ชมรมจักรสาน ชมรมดนตรีพื้นเมือง ชมรมผ้าปักลายยอง เป็นต้น และมีการจัดกิจกรรมตามประเพณีงานบุญตามเทศกาลที่สำคัญ การรดน้ำดำหัวในประเพณี สงกรานต์ ผ้าป่า ทอดกฐิน งานสงกรานต์น้ำพระ นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมอื่นๆ เช่น การรวมกลุ่มแข่งขันกีฬาผู้สูงวัย สูงอายุ การออกกำลังกายด้วยไม้พลอง การทำสมาธิโดยการนำของแกนนำผู้สูงอายุที่บุคคลในชุมชนให้ความเคารพนับถือ เช่น กำนัน มรรคทายก หมอเมือง และได้รับการสนับสนุนจากศูนย์สุขภาพชุมชนในการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ ข้อมูลข่าวสาร ที่เกี่ยวกับสุขภาพ การรับประทานอาหารและสาธิตเมนูอาหาร การตรวจสุขภาพประจำปีโดยการ ตรวจวัดความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย และการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคต่อกระฉก เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมที่สมาชิกชมรมผู้สูงอายุปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ได้รับการดูแลจากเทศบาลตำบลม่วงน้อยและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงน้อย ทำให้เป็นที่ประสบความสำเร็จได้รับการคัดเลือกเป็นตำบลการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวประจำภาคเหนือ ปี 2558 (2) การดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของชมรมผู้สูงอายุดังกล่าวได้รับการสนับสนุนทางด้านงบประมาณ สถานที่ อุปกรณ์ การประชาสัมพันธ์กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจากชุมชน เทศบาล การศึกษานอกระบบ (กศน.) ประกอบกับสังคมในหมู่บ้านยังเป็นสังคมชุมชนบวชลักษณะของครอบครัวเป็นครอบครัวขยายและมีการพึ่งพา อาศัยกันในกลุ่มเครือญาติและเพื่อนบ้านทำให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของชมรมผู้สูงอายุจาก ครอบครัวและชุมชนเป็นอย่างดี การที่ผู้สูงอายุเข้าร่วม

กิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุจะช่วยส่งเสริม สุขภาพ สามารถชะลอความเสื่อมของร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้สูงอายุ จะเห็นได้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุตำบลม่วงน้อย น่าจะมีปัจจัยภายนอกตัวบุคคลดังที่กล่าวข้างต้นมาเกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตามยังไม่มีข้อมูลสนับสนุน และการศึกษาทางวิชาการว่าปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นมีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุในตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน

จากข้อมูลสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้นทำให้ผู้ศึกษามีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการ ความเครียดในผู้สูงอายุ ตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน โดยประยุกต์ใช้ PRECEDE framework ของ Green et al. (64) เป็นกรอบแนวคิดโดยนำเฉพาะขั้นตอนการวิเคราะห์เพื่อหา ปัจจัยด้านต่างๆที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพซึ่งประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลักคือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมเป็นแนวทางในการศึกษาเพื่อจะได้นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้มากำหนดรูปแบบ ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง และเป็นการส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี

## 1.2 คำถามการวิจัย

ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูนเป็นอย่างไร

## 1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

**1.3.1 เพื่อศึกษาปัจจัยนำ** (เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, สถานภาพ, อาชีพ, รายได้และความเพียงพอของรายได้, การอยู่อาศัย, โรคประจำตัว, การตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุ และความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าของตนเองของผู้สูงอายุ) ปัจจัยเอื้อ (การเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขหรือสถานบริการสุขภาพทั้งของรัฐ และเอกชน) และปัจจัยเสริม (การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล, การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขจากแหล่งต่างๆ) ของผู้สูงอายุ ในตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน

**1.3.2 เพื่อศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพ** (ด้านการบริโภคอาหาร, ด้านการออกกำลังกายและด้านการจัดการความเครียด) ของผู้สูงอายุ ในตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน

## 1.4 ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน

## 1.5 ตัวแปรที่ศึกษา

### 1.5.1 ปัจจัยนำ

- 1.5.1.1 เพศ
- 1.5.1.2 อายุ
- 1.5.1.3 ระดับการศึกษา
- 1.5.1.4 สถานภาพ
- 1.5.1.5 อาชีพ
- 1.5.1.6 รายได้และความเพียงพอของรายได้
- 1.5.1.7 โรคประจำตัว
- 1.5.1.8 การอยู่อาศัย
- 1.5.1.9 การตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุ
- 1.5.1.10 ความรู้สึกรับคุณค่าของตนเองของผู้สูงอายุ

### 1.5.2 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่

1.5.2.1 การเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขหรือสถานบริการสุขภาพ ทั้งของรัฐ และเอกชน ที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างสะดวก

### 1.5.3 ปัจจัยเสริม ได้แก่

1.5.3.1 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล (ครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข อสม.)

1.5.3.2 การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขจากแหล่งต่างๆ

### 1.5.4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

- 1.5.5.1 ด้านการบริโภคอาหาร
- 1.5.5.2 ด้านการออกกำลังกาย
- 1.5.5.3 ด้านการจัดการความเครียด

## 1.6 นิยามศัพท์ในการศึกษา

เพื่อให้เข้าใจความหมายของคำที่ใช้ในการวิจัยตรงกัน ผู้ศึกษาจึงได้นิยามความหมายของคำต่างๆไว้ดังนี้

**1.6.1 ผู้สูงอายุ** หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ไม่หลงลืม ให้การสัมภาษณ์ได้ อาศัยอยู่ในเขตตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน

**1.6.2 เพศ** หมายถึง เพศของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน

**1.6.3 อายุ** หมายถึง จำนวนปีที่มีชีวิตอยู่ของผู้สูงอายุ

**1.6.4 ระดับการศึกษา** หมายถึง การจบการศึกษาขั้นสูงสุดของผู้สูงอายุ ได้แก่ ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. อนุปริญญา/ปวส. ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี และอื่นๆ

**1.6.5 สถานภาพ** หมายถึง สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุ ได้แก่ โสด สมรส หย่า/แยก

**1.6.6 อาชีพ** หมายถึง งานประจำที่เกิดรายได้ ได้แก่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ รับจ้าง ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ข้าราชการ เกษตรกรรม อื่นๆ

**1.6.7 รายได้** หมายถึง จำนวนเงินที่ผู้สูงอายุได้รับต่อเดือน

**1.6.8 ความเพียงพอของรายได้** หมายถึง ความรู้สึกถึงความเพียงพอของเงินที่ผู้สูงอายุได้รับในแต่ละเดือนเพื่อใช้ในการดำรงชีวิต เมื่อเปรียบเทียบกับรายจ่าย โดยจำแนกออกเป็น ไม่เพียงพอ เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ เพียงพอและเหลือเก็บ

**1.6.9 แหล่งที่มาของรายได้** หมายถึง ที่มาของรายได้ที่เป็นตัวเงินของผู้สูงอายุ ในแต่ละเดือนมาจากการประกอบอาชีพ บำนาญ บุคคลในครอบครัว เช่น คู่สมรส บุตร เป็นต้น สวัสดิการจากรัฐ หรือมาจากแหล่งอื่นๆ

**1.6.10 โรคประจำตัว** หมายถึง โรคที่ผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และได้รับการรักษาอย่างเป็นประจำ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ และอื่นๆ

**1.6.11 การอยู่อาศัย** หมายถึง บุคคลที่ร่วมอยู่ด้วยในครอบครัว ได้แก่ อยู่คนเดียว สามี/ภรรยา บุตรหลาน คนอื่นๆ

**1.6.12 การตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุ** หมายถึง ความสำนึก ความคิดของผู้สูงอายุในการแสดงออกมาเป็นการปฏิบัติ การกระทำ ของตน รวมไปถึงการรับรู้ถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

**1.6.13 ความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองของผู้สูงอายุ** หมายถึง เป็นความรู้สึกที่ผู้สูงอายุมีต่อตนเองหรือการรับรู้แห่งตน (Self-Concept) ซึ่งมีทั้งการมองเห็นคุณค่าในตัวเองทั้งในทางที่ดีและไม่ดี ซึ่งหากผู้สูงอายุมองเห็นตนเองในทางที่ดี ก็จะทำให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความรู้สึกที่ตนเองมีความหมาย ความสำคัญ เป็นที่ยอมรับและเคารพของผู้อื่น

**1.6.14 การเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข** หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับบริการด้านสุขภาพทั้งในด้านความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ ด้านความสามารถเข้าถึงแหล่งบริการ ด้านความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการและด้านการยอมรับในการใช้บริการ

**1.6.15 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง สิ่งที่ผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือการสนับสนุนทางจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้สูงอายุต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

**1.6.16 การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขจากแหล่งต่างๆ** หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับทางด้านสุขภาพจากสื่อต่างๆ ทั้งทางวิทยุ โทรทัศน์ สื่อประชาสัมพันธ์ เสียงตามสายและอื่นๆ

**1.6.17 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ** หมายถึง กิจกรรมที่ผู้สูงอายุกระทำหรือปฏิบัติด้วยตนเองจนเป็นลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวัน ในด้านการดูแลสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรคเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพพลานามัยที่สมบูรณ์แข็งแรง ประกอบด้วย

**1.6.17.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร** หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุในการบริโภคอาหารอย่างถูกต้องเหมาะสมในแต่ละวัน เช่นการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่โดยที่อาหารนั้นต้องถูกต้องตามหลักโภชนาการอาหาร สะอาด ปราศจากสิ่งปนเปื้อนหรือเชื้อโรค เป็นอาหารที่เหมาะสมกับระบบย่อยอาหารของผู้สูงอายุ

**1.6.17.2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย** หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุในการเคลื่อนไหวร่างกาย การทำกิจกรรมที่ได้ใช้พลังงาน หรือการบริหารกล้ามเนื้อ ซึ่งอาจเป็นการประกอบอาชีพ หรือการออกกำลังกายตั้งแต่ ระดับเบาถึงปานกลาง เช่น การเดิน การปั่นจักรยาน การบริหารร่างกาย โดยใช้ระยะเวลาในการออกกำลังกายครั้งละประมาณ 30 นาที เป็นเวลา 3-5 วัน

ต่อสัปดาห์ หลังการออกกำลังกายมีอัตราการเต้นของชีพจร 100-120 ครั้งต่อนาทีและขณะออกกำลังกายไม่เกิดอาการหน้ามืด ใจสั่น

**1.6.17.3 พฤติกรรมการจัดการความเครียด** หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันหรือหลีกเลี่ยงจากภาวะเศร้า โกรธ กลัว หรือกังวล อันเกิดจากวัย หรือจากความอ้างว้าง เปล่าเปลี่ยวหรือการถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียว โดยการพบปะพูดคุยกับผู้อื่น หรือการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่างๆของชุมชน ตลอดจนการปฏิบัติตนทางศาสนา เช่น การนั่งสมาธิ หรือการทำงานอดิเรกต่างๆเพื่อให้รู้สึกสบายทั้งร่างกายและจิตใจ

## 1.7 กรอบแนวคิดการวิจัย

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด ซึ่งเป็นสาเหตุหรือสิ่งที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ นั้นเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคและสุขภาพเสื่อมถอยลง จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้กรอบแนวคิด PRECEDE framework ของ Green et al. (64) นำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ โดยเลือกศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน ได้แก่ ปัจจัยนำ คือปัจจัยที่จะช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, สถานภาพ, อาชีพ, รายได้และความเพียงพอของรายได้, โรคประจำตัว, การดูแลสุขภาพของตนเอง, การอยู่อาศัย, การตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุ และความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองของผู้สูงอายุ ปัจจัยเอื้อ หมายถึง คุณลักษณะของสิ่งแวดล้อมทั้งด้านกายภาพและสังคมวัฒนธรรม ทักษะส่วนบุคคลหรือทรัพยากรที่จะช่วยเกื้อกูลที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี ได้แก่ การเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขหรือสถานบริการสุขภาพทั้งของรัฐ และเอกชน และปัจจัยเสริม หมายถึง ปัจจัยที่เป็นผลสะท้อนที่บุคคลจะได้รับจากบุคคลต่างๆ ในการทำให้สร้างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล, การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขจากแหล่งต่างๆ มาสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ





ภาพที่ 1.1 แสดงกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย

## บทที่ 2

### วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน เพื่อให้การศึกษาค้นคว้าเป็นไปอย่างสมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยจำแนกออกเป็น 6 ตอน ดังนี้

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
- 2.2 สถานการณ์ผู้สูงอายุในชุมชน
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
- 2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
- 2.5 แนวคิดและทฤษฎี PRECEDE Framework
- 2.6 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

##### 2.1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

พจนานุกรมไทยฉบับราชบัณฑิตยสถาน (19) ได้ให้ความหมายของคำว่า “ชรา” หมายถึง แก่ด้วยอายุ ชำรุดทรุดโทรม แต่คำนี้ไม่เป็นที่นิยมนักโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและในกลุ่มนักวิชาการ เพราะคำนี้ก่อให้เกิดความหดหู่และถดถอยสิ้นหวัง ดังนั้นที่ประชุมคณะอาวุโส โดยมี พล.ต.ต.หลวงอรรถสิทธิ สิทธิสุนทร เป็นประธาน ได้กำหนดคำให้เรียกว่า “ผู้สูงอายุ” ขึ้นแทน ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ.2512 เป็นต้นมา ซึ่งคำนี้ให้ความหมายที่ยกย่องให้เกียรติแก่ผู้ที่ชราภาพว่าเป็นผู้ที่สูงทั้งวัยวุฒิและประสบการณ์

บรรลุ ศิริพานิช (20) กล่าวว่า เป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยนับอายุในปีปฏิทินซึ่งเห็นเกณฑ์ที่องค์การระหว่างประเทศได้ประชุมตกลงกันเป็นมาตรฐานสากล

เกษม ดันติผลาชีวะและกุลยา ดันติผลาชีวะ (21) กล่าวว่าวัยผู้สูงอายุเป็นช่วงสุดท้ายของอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปสภาพความเสื่อมถอยทางร่างกายและจิตใจมีมากในระยะนี้ ขาดความคล่องแคล่วว่องไว ความจำเสื่อม ความคิดอ่านช้าลง ความขยันหมั่นเพียรลดลง ความคิดก้าวหน้ำลดลง สภาพทางร่างกายเสื่อมถอย หูตึง ตามัว ผมหงอกและนอกจากนี้ยังต้องพบกับปัญหาการปรับตัวให้เข้ากับสภาพร่างกายและสังคมในวัยสูงอายุด้วย

เจมส์และเรนเนอร์ (22) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุ ว่าหมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นธรรมดาในสิ่งมีชีวิต และได้แบ่งระดับของความสูงอายุออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. การสูงอายุตามวัย (Chronological aging) หมายถึง การสูงอายุตามปีปฏิทินโดยนับจากปีที่เกิดเป็นต้นไป

2. การสูงอายุตามสภาพร่างกาย (Biological aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและกระบวนการหน้าที่ที่ปรากฏขณะที่มีอายุเพิ่มขึ้น

3. การสูงอายุตามสภาพจิตใจ (Psychological aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของการรับรู้ แนวความคิด ความจำ การเรียนรู้ เซาว์นปัญญาและลักษณะที่ปรากฏในระยะต่างๆของแต่ละคนที่มีอายุเพิ่มขึ้น

4. การสูงอายุตามสภาพสังคม (Sociological aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่สถานภาพของบุคคลในระบบสังคม เช่น ครอบครัว หน้าที่การงาน รวมถึงความสำคัญในฐานะผู้ที่มีประสบการณ์

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้กว้างๆ สรุปได้ว่าผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีหรือมากกว่าเมื่อนับตามวัยหรือหมายถึง ผู้ที่เกษียณอายุจากการทำงานเมื่อนับตามสภาพเศรษฐกิจ หรือหมายถึงผู้ที่สังคมยอมรับว่าสูงอายุจากการกำหนดของสังคม วัฒนธรรมหรือวัยสูงอายุเริ่มต้นอย่างน้อยที่สุดเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น และเป็นขบวนการต่อเนื่องไปตลอดช่วงชีวิต เมื่อนับตามชีววิทยา

จากนิยามความหมายของคำว่า “ผู้สูงอายุ” ที่กล่าวมา สามารถสรุปความหมายเพื่อใช้ในการศึกษาครั้งนี้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสภาพร่างกายและจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมถอย มีโอกาสเกิดโรคภัยไข้เจ็บได้ง่าย และยังถือว่าเป็นวัยที่ปลดเกษียณจากการทำงาน โดยนับตามอายุปฏิทินเป็นมาตรฐานสากลในการเป็นผู้สูงอายุ

จากรายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ได้มีการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาในอดีตที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้เรื่องความสูงอายุหรือการเข้าสู่วัยสูงอายุ จึงได้จำแนกความหมายของผู้สูงอายุได้เป็น 5 ลักษณะใหญ่ๆ ได้แก่ อายุตามปีปฏิทินหรืออายุตามวัย

อายุตามปีปฏิทิน หรืออายุตามวัยเป็นตัวชี้วัดอายุของบุคคล ซึ่งแสดงระยะเวลาจำนวนปีที่บุคคลนั้นมีชีวิตมานับตั้งแต่เกิด เนื่องจากอายุตามปีปฏิทินแสดงเป็นตัวเลขที่เฉพาะเจาะจงสามารถนำมาแสดงเปรียบเทียบระหว่างบุคคลได้ชัดเจน ทำให้ถูกใช้เป็นเกณฑ์บ่งชี้อายุ และการสูงอายุของบุคคลที่แพร่หลาย และเป็นที่ยอมรับมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์อายุอื่นๆ

อายุทางชีววิทยา บางครั้งเรียกว่าอายุเชิงฟังก์ชัน (Functional age) หมายถึง อายุที่อธิบายด้วยการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย (Physical aging) และการเปลี่ยนแปลงของสภาพจิตใจของ บุคคล (Psychological aging) ซึ่งสะท้อนผ่านการเปลี่ยนแปลงของลักษณะทางกายภาพ

เมื่อพิจารณาจากภายนอก (Physical appearance) สถานะสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Health status) หรือ ความสามารถในการทำบทบาทหน้าที่ของคุณบุคคล (Functioning)

อายุทางสังคม หมายถึง อายุของคุณบุคคลที่อธิบายด้วยการเปลี่ยนแปลงของสถานภาพ และ บทบาททางสังคม (Social status and social role) ของคุณบุคคลนั้นซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปตามลำดับขั้น ของช่วงชีวิตคน ในแต่ละช่วงวัยเป็นกระบวนการจัดการทางสังคมที่บ่งบอกถึงจุดเปลี่ยนของการ ดำรงชีวิตว่าเป็นการก้าวเข้าสู่วัยสุดท้ายของชีวิตที่จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต ปกติ มีนัยความหมายแห่งการพักผ่อนหรือการเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ชอบ เช่น การเปลี่ยนแปลงสถานะความสัมพันธ์ในครอบครัวจากความเป็นพ่อเป็นแม่ก้าวเข้าสู่สถานะใหม่เป็นปู่ย่าตายาย

อายุทางอัตวิสัย ในที่นี้อาจเป็นได้ทั้งอัตวิสัยในระดับบุคคลซึ่ง หมายถึง อายุที่วัด ประเมิน หรือบ่งชี้จากประสบการณ์ส่วนบุคคลของคุณบุคคลนั้นๆหรืออัตวิสัยในระดับชุมชน ซึ่งหมายถึง การสูงอายุของคุณบุคคล ซึ่งตัดสินโดยการรับรู้ค่านิยมและบรรทัดฐานของชุมชนหรือสังคมนั้นๆ ที่บุคคลอาศัยอยู่

ภาวการณ์สูงอายุในมิติอื่นๆ เป็นการพิจารณาจากมุมมองอื่นๆ ที่แต่ละคนแต่ละสังคม ให้ความสนใจ เช่น การเสนอให้ใช้เกณฑ์จำนวนปีที่คาดว่าบุคคลนั้นจะมีชีวิตอยู่ต่อไปข้างหน้า (Remaining life expectancy) เป็นเกณฑ์กำหนดอายุเริ่มต้นของความสุขอายุแทนที่การใช้จำนวนปีปฏิทินที่คุณบุคคลมีอยู่มาแล้วซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ใช้อยู่ในปัจจุบันการใช้มุมมองเชิงนโยบายด้านสิทธิ และสวัสดิการอาจพิจารณาจากระดับของความเปราะบาง (Vulnerability) ระดับความยากลำบาก (Hardship) และความต้องการความช่วยเหลือหรือความคุ้มครองทางสังคมของคุณบุคคลนั้นๆ ร่วมกับการพิจารณาการสูงอายุตามปีปฏิทินหรือตามสภาพร่างกายหรือลักษณะภายนอก (8)

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ลักษณะ ผมหงอก หน้าตา เหี่ยวย่น การเคลื่อนไหวเชื่องช้าเป็นต้น การแบ่งวัยผู้สูงอายุจะแบ่งตามการเปลี่ยนแปลงทางด้าน ร่างกายในลักษณะเสื่อมถอยการเจริญเติบโตของร่างกาย และความต้านทานโรคน้อยลง ความสามารถด้านการปรับตัวและบทบาททางสังคมของแต่ละบุคคลจะมีความสามารถที่แตกต่าง กันออกไป ผู้สูงอายุจะมีลักษณะและปัจจัยที่ทำให้เกิดความชรา รวมทั้งการใช้ชีวิตอยู่ในสังคมแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับลักษณะปัญหาส่วนตัว ทางด้านร่างกายความสามารถในการปรับตัวของแต่ละ บุคคลที่ไม่เหมือนกัน ซึ่งได้มีการใช้ความหมายของผู้สูงอายุนี้ เป็นการกำหนดช่วงที่ผู้สูงอายุมี โอกาสเริ่มได้รับ สิทธิต่างๆ จากทางราชการด้วย

### 2.1.2 การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

ปัจจุบันลักษณะโครงสร้างของประชากรเปลี่ยนแปลงไปในสัดส่วนที่มีจำนวน ของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ทำให้กลุ่มผู้สูงอายุเป็นเป้าหมายสำคัญของนโยบายและแผนงานของประเทศ ที่พยายามส่งเสริมให้เป็นผู้ที่มีสุขภาพอนามัยที่ดีสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ ซึ่งธรรมชาติของ

ผู้สูงอายุนั้นมักมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและมีโอกาสเกิดปัญหาทางสุขภาพได้ง่าย โดยมีปัจจัยเกี่ยวข้องหลายประการ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ สิ่งแวดล้อม เป็นต้น ทำให้ความต้องการดูแลตนเองเปลี่ยนไปและมีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุเป็นไปตามกระบวนการเปลี่ยนแปลงของชีวิต มีอัตราเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันทั้งโดยตัวบุคคลและระบบสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้น ลักษณะการเปลี่ยนแปลง จะเป็นการลดอัตราความเจริญงอกไปสู่ความเสื่อมถอยของร่างกายและจิตใจ วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นหลายด้าน ซึ่งมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ โดยสามารถแยกออกเป็นด้านต่างๆ ดังนี้ (23)

1) การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่มองเห็นได้ เช่น ผมมีหงอกขาว ผมจะบางลงและแข็งแรงน้อยลงทั้งหญิงและผู้ชาย ผิวหนังเหี่ยวย่น หย่อนคล้อย แห้ง ทำให้แตก คัน และพังก่าย เล็บมือเล็บเท้าแห้ง เพราะฉีกขาดง่าย ไขข้อบวม หลังโค้ง สายตาวาย อาจมีต้อกระจกหรือต้อหิน ได้ยินไม่ชัดเจนเนื่องจากประสาทหูเสื่อม ริมฝีปากแห้ง ลอกง่าย ฟันผุ โยก แดงง่าย การรับรู้รสชาติ อาหารเปลี่ยนไป ขอบรสปากจัดขึ้น เป็นต้น

2) การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่มองไม่เห็น เช่น ชั้นไขมันหนาขึ้นกล้ามเนื้อน้อยลง กระดูก บางลง ข้อต่อและเส้นเอ็นยึดหยุ่นน้อยลง การขยายตัวของปอดและหลอดเลือดมีความยืดหยุ่นน้อยลง ย่อยอาหารได้ช้า ความจุของกระเพาะปัสสาวะน้อยลงทำให้ปัสสาวะบ่อยขึ้น เป็นต้น

3) การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ ที่พบได้บ่อยคือมีความสุขลดน้อยลงซึ่งมักมีสาเหตุจากความเสื่อมของร่างกาย ความเจ็บป่วยสถานะทางสังคมที่เปลี่ยนไป การสูญเสียคนใกล้

4) นอกจากนี้ยังมีนักวิชาการหลายท่านสนับสนุนแนวคิดเดียวกันในเรื่องการเปลี่ยนแปลง ในวัยสูงอายุ (24) สามารถสรุปได้ว่าผู้สูงอายุควรจะมีการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดดังต่อไปนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ไปในทางเสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายของแต่ละคน จะเกิดขึ้นไม่พร้อมกันและไม่เท่ากัน สภาพความเสื่อมถอยทางร่างกายและจิตใจจะมีมากในระยะนี้ ขาดความคล่องแคล่ว ว่องไว ความจำเสื่อม ความคิดความอ่านช้าลง สภาพทางร่างกายเสื่อมถอย หูตึง ตามัว ผมหงอก เป็นต้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้เป็นผลทำให้การเจริญเติบโตลดลงแต่ความเสื่อมโทรมเพิ่มมากขึ้น ในลักษณะอนิจจังสังขารเป็นสิ่งที่ไม่เที่ยงแท้แน่นอน มีเกิด มีแก่ มีเจ็บ และก็มีตาย ซึ่งผู้เข้าวัยสูงอายุจะต้องยอมรับและรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงเสียแต่เนิ่นๆ เพื่อสร้างความพร้อมในการปรับตัวที่จะเป็นผู้สูงอายุอย่างมีความสุขตลอดไป การเปลี่ยนแปลงตามอายุจะเกิดขึ้นไม่เท่ากันในแต่ละคนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อชีวิตย่างเข้าสู่วัยสูงอายุก็เหมือนกับว่า

เดินเข้าสู่ความมืดมัว ความคิดเห็นเริ่มหดสั้น เป็อหน่ายต่อการทำงาน ฯลฯ เป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างก้าวหน้าและซับซ้อนในองค์ประกอบของเซลล์ และลดความสามารถในการประสมประสานของระบบอวัยวะต่างๆ

ผม เป็นสิ่งแรกของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงให้เห็นได้ชัดภายนอก จากสีเดิมเป็นสีขาว แห้ง และร่วงง่าย เนื่องมาจากเนื้อเยื่อหนังศีรษะที่หย่อน การไหลเวียนของโลหิตลดลง เส้นผมได้อาหาร ไม่เพียงพอ และภาวะเครียดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเส้นผมได้ง่าย การเปลี่ยนแปลงสีผมเป็น ข้อบ่งชี้อันหนึ่งเท่านั้นที่จะบอกความเสื่อมของร่างกายเรา แต่จะต้องพิจารณาองค์ประกอบอื่นๆ อีกด้วย

กระดูก วัยสูงอายุเป็นวัยที่กระดูกเปราะง่าย ถ้าได้รับอันตรายเพียงเล็กน้อยจะทำให้กระดูกหักหักได้ ทั้งนี้เนื่องมาจากการสลายตัวของแคลเซียมออกจากกระดูกมากขึ้นและอีกสาเหตุหนึ่ง คือ การขาดวิตามินดี เพราะผู้สูงอายุมักไม่ชอบแสงแดด จะอยู่แต่ภายในบ้าน และ การกินอาหารไม่เพียงพอ เพราะมีปัญหาเรื่องการเคี้ยว โอกาสขาดวิตามินจึงมีสูง เมื่ออายุ 60 ปีขึ้นไป หมอนรองกระดูกสันหลังมักจะกร่อนและแบนลงมากทำให้หลังโก่งได้

ผิวหนัง เมื่ออายุมากขึ้น เนื้อเยื่อต่างๆ จะขาดความตึงตัว เนื่องจากจำนวนน้ำในเซลล์ ลดลง น้ำมันใต้ผิวหนังมีน้อย เลือดมาเลี้ยงบริเวณผิวหนังก็น้อยลง ทำให้ผิวหนังเริ่มเหี่ยวแห้ง หยาบ การลดจำนวนไขมันใต้ผิวหนังทำให้ผิวหนังทำให้ผิวหนังหยาบคาย ปรากฏรอยย่นชัดเจน ฉะนั้น คนวัยนี้จึงรู้สึกหนาวง่าย เพราะไขมันใต้ผิวหนังมีน้อยลง

กล้ามเนื้อ ร่างกายประกอบด้วยกล้ามเนื้อที่สำคัญเนื้อสลาย ซึ่งเป็นกล้ามเนื้อค้ำจุนโครงสร้างของร่างกาย เช่น กล้ามเนื้อแขน ขา เมื่อกกล้ามเนื้อไม่แข็งแรง มีความเสื่อมสมรรถภาพเกิดขึ้น จะมีผลให้ความคล่องตัวในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่ต้องใช้กล้ามเนื้อลดลงไปด้วย กล้ามเนื้ออีกชนิดหนึ่ง คือ กล้ามเนื้อเรียบ เช่น ลำไส้ กล้ามเนื้อชนิดนี้จะเคลื่อนไหวด้วยตัวเองจะมีการเปลี่ยนแปลงน้อยกว่าพวกแรก และอาจทำงานปกติตลอดด้วยสูงอายุก็ได้

เล็บ เล็บจะหนา แข็ง และเปราะ เนื่องจากการไหลเวียนของโลหิตส่วนปลายน้อยลง ทำให้การจับตัวของแคลเซียมบริเวณเล็บลดลงด้วย

หู การได้ยินจะเสื่อมเสียเมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของประสาท รับเสียงในหูชั้นใน ทำให้การส่งกระแสประสาทของเสียงไปยังอวัยวะรับการได้ยิน ซึ่งอยู่ในหูเสียไป อาการหูตึงในผู้สูงอายุ จะพบมากเมื่ออายุ 65 ปีขึ้นไป

ตา ลักษณะตาของผู้สูงอายุจะเล็กลง เพราะจำนวนไขมันหลังลูกตาน้อยลง หนังกตาบวม จะตกรหรือดำ เนื่องจากการยืดหยุ่นของหนังกตาลดลงตาสลิก มีความเสื่อมโทรมของประสาทตามีความต่อแสงน้อย ทำให้มองเห็นภาพไกลไม่ชัดเจน การยืดหยุ่นของเลนส์เสียไป การเปลี่ยนแปลง

นี้ทำให้ผู้สูงอายุมีสายตายาว นอกจากนี้จะมีวงแหวนขาวที่ขอบตาดำเกิดขึ้น แต่ไม่มีอันตรายใดๆ และมามีผลต่อการเห็น

ระบบทางเดินปัสสาวะ ขนาดของไตจะเล็กลงและอัตราการกรองของไตจะลดลงด้วย นอกจากนี้กล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะจะอ่อนกำลังลง ขนาดก็เล็กลงด้วย เป็นผลให้มีการขับถ่ายปัสสาวะบ่อยขึ้น ปัสสาวะมากขึ้น ในผู้ชายมักมีต่อมลูกหมากโตทำให้ถ่ายปัสสาวะลำบาก และถ่ายบ่อยขึ้น

ระบบประสาทและสมอง เซลล์ของระบบประสาทและสมองจะลดลง ความรู้สึกจะช้า สติปัญญาจะเสื่อมถอยลง ความจำเสื่อม จำเรื่องในอดีตมากกว่าเรื่องปัจจุบัน ประสิทธิภาพ การทำงานของสมองต่ำ นอกจากนี้ ยังมีการตายและแพบของระบบเซลล์ประสาทเป็นอย่างมาก เป็นผลให้เส้นประสาทเสื่อมเสียความสามารถทางกิจกรรมและความรู้สึกได้ ฉะนั้น การสาธิต อาหาร จึงพบได้มากในผู้สูงอายุ

ระบบทางเดินหายใจ ความจุของปอดจะลดลง ทำให้ปริมาตรของอากาศค้างในปอด เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากความยืดหยุ่นของปอดและหลอดลมลดลง เยื่อหุ้มปอดแห้งทำให้การขยายตัวของปอดลดลง ซึ่งเป็นสาเหตุส่งเสริมให้เกิดการคั่งของน้ำในปอดของคนสูงอายุได้ง่าย นอกจากนี้ จะมีการเกาะจับของแคลเซียมในกระดูกอ่อนของกระดูกสันหลัง ประกอบการทำงาน ของกล้ามเนื้อเสื่อมสภาพด้วย การเคลื่อนไหวของทรวงอกจึงถูกจำกัด การหายใจส่วนใหญ่ จะต้องใช้กะบังลมช่วย ฉะนั้นผู้สูงอายุมักจะเหนื่อยหอบได้ง่าย

ระบบทางเดินอาหาร ผู้สูงอายุมักจะมีปัญหา มาก นับตั้งแต่ปากซึ่งจะมีฟันที่โยกคลอน หักง่าย หรือใส่ฟันปลอม จึงมีปัญหาต่อการเคี้ยวมาก และการรับรสจะไม่ดีเท่าที่ควร ผู้สูงอายุมัก เลือกรับประทานอาหารประเภทแข็งมากขึ้น เพราะเคี้ยวง่ายทำให้ขาดสารอาหารที่จำเป็น เช่น โปรตีน วิตามิน เกลือแร่ นอกจากนี้การหลั่งน้ำย่อยของกระเพาะอาหารลดลง ทำให้การย่อยและการดูดซึมอาหาร ลดลงไปด้วย เกิดภาวะขาดอาหาร การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้ลดลง ทำให้รู้สึก หิวบ่อยลง และมีปัญหาท้องผูก

ระบบต่อมไร้ท่อ ต่อมไร้ท่อต่างๆ เช่น ต่อมใต้สมอง ต่อมไทรอยด์ ต่อมเพศ ตับอ่อน ฯลฯ จะทำงานน้อยลง เป็นผลให้มีการผลิตฮอร์โมนน้อยลงด้วย เช่น ตับอ่อนผลิตอินซูลินน้อยลง จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเป็นเบาหวานได้มาก

ระบบการไหลเวียนของเลือด ความยืดหยุ่นของเส้นเลือดน้อยลง เนื่องจากการจับตัวของแคลเซียมตามผนังเส้นเลือดมีมากขึ้น ทำให้เส้นเลือดแข็งตัว ความแรงของชีพจรจะลดลง รูของเส้นเลือดก็แคบลงด้วย ทำให้มีแรงต้านทานการไหลเวียนของเลือดมากขึ้น ผู้สูงอายุจึงมักมีความดัน เลือดสูงขึ้นกว่าปกติได้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ลดลง เป็นผลให้เกิดการตายและเสื่อม ของ อวัยวะต่างๆได้ เช่น กล้ามเนื้อหัวใจตาย

ต่อมเพศ ต่อมเพศทำงานลดลงในผู้หญิง รังไข่จะหยุดทำงาน ทำให้ไม่มีประจำเดือน มดลูก เต้านมจะเหี่ยวแฟบ บางคนจะอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย สำหรับผู้ชายก็มีการเปลี่ยนแปลง เช่นกัน แต่มักน้อยและช้ากว่าผู้หญิง

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและสังคม การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุไม่เพียงแต่ สภาพร่างกายเท่านั้น ยังมีการเปลี่ยนแปลงทางความรู้สึก การรับรู้ บุคลิกภาพ ความจำ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมด้วย

การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ได้แก่ การเปลี่ยนตำแหน่งในครอบครัว ก็เป็นสิ่งที่หนึ่งที่ผู้สูงอายุจะต้องยอมรับจากที่เคยเป็นผู้นำ/ผู้ปกครองครอบครัว ก็จะกลายเป็นสมาชิกคนหนึ่ง ในครอบครัว เป็นที่ปรึกษา เป็นผู้ดูแลบ้าน หรืออาจเป็นผู้อาศัยไป ส่วนการเสื่อมความเคารพและ การถูกทอดทิ้งปัญหานี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตมาก มีความวิตกกังวล บางรายอาจแยกตัวเป็นบุคคลไร้ความสามารถ สูญเสียความรู้สึกเป็นบุคคลมีคุณค่า ความเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง จะเป็นสาเหตุทำให้เกิดข้อขัดแย้งในตัวเองและจะเพิ่มมากขึ้นตามระดับอายุ

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า การปรับตัวของผู้สูงอายุ จะสำเร็จมากน้อยเพียงไร ก็ขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางเศรษฐกิจ ครอบครัวและปกตินิสัยดั้งเดิมของแต่ละคนไป จากการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจในผู้สูงอายุเป็นผลให้ผู้สูงอายุจะต้องปรับตัวและยอมรับต่อสภาพการเปลี่ยนแปลงนั้นๆด้วย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นการเปลี่ยนแปลงไปตามวัยของแต่ละบุคคล คือถ้าผู้สูงอายุบางคนรู้จักการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเองเป็นอย่างดีก็จะทำให้ร่างกายมีความแข็งแรงและมีความเสื่อมสภาพช้าลง แต่ถ้าผู้สูงอายุไม่มีการดูแลตนเองก็จะทำให้ร่างกายเสื่อมสภาพเร็วขึ้น และเกิดความเจ็บป่วยซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตลดลงและมีผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลงตามไปด้วย

### 2.1.3 ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ

อรชร โวทวี (25) แบ่งความต้องการของผู้สูงอายุเป็นด้านๆ ดังนี้

1) ความต้องการด้านการประกันรายได้ โดยเฉพาะการประกันสังคมทางด้านสุขภาพ เมื่อเข้าสู่วัยชราละเลิกประกอบอาชีพแล้วจะได้รับบำนาญชราภาพ เพื่อช่วยให้ดำรงชีวิตอย่างมีความสุขและมั่นคงปลอดภัยในบั้นปลายชีวิต ไม่เป็นภาระบุตรหลานและสังคม

2) ความต้องการสนับสนุนจากครอบครัว ผู้สูงอายุที่ถูกปล่อยให้อยู่คนเดียวจะขาดความมั่นคงทางจิตใจและอารมณ์รวมทั้งเศรษฐกิจ จึงต้องหันไปพึ่งความช่วยเหลือจากบุคคลหรือองค์กรสังคมสงเคราะห์ภายนอกครอบครัว

3) ความต้องการมีส่วนร่วมในชุมชน โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในกิจกรรมบางประเภทในสังคม จึงควรให้โอกาสได้มีส่วนร่วมในการปรับปรุงชีวิตของชุมชนให้ดีขึ้น ให้มีโอกาสเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ในการปรับตัวให้ทันสมัยกับการเปลี่ยนแปลง วัฒนธรรมและการรักษาสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ



- 4) ความต้องการทางสังคมของผู้สูงอายุ ได้แก่
  1. ความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและสังคม
  2. ความต้องการการยอมรับและเคารพยกย่องนับถือจากบุคคลในครอบครัวและสังคม
  3. ความต้องการเป็นบุคคลที่สำคัญในสายตาสมาชิกในครอบครัว ชุมชนและสังคม
  4. ความต้องการมีสัมพันธ์อันดีต่อบุคคลในครอบครัว สามารถปรับตัวให้เข้ากับบุตรหลานและสังคมได้
  5. ความต้องการในโอกาสทำสิ่งที่ตนปรารถนา
- 5) ความต้องการทางกายและจิตใจ เป็นความต้องการทางด้านร่างกายได้แก่ปัจจัย 4 ความต้องการด้านจิตใจ ได้แก่ ความมั่นคงปลอดภัย
- 6) ความต้องการด้านเศรษฐกิจ การได้รับความช่วยเหลือด้านการเงินจากบุตรหลาน เพื่อสะสมไว้ใช้จ่ายในภาระตนเองเจ็บป่วย ต้องการให้รัฐช่วยจัดหาอาชีพเพื่อเป็นหารเพิ่มพูนรายได้ ช่วยให้พ้นจากภาวะความบีบคั้นของเศรษฐกิจในสถานการณ์ปัจจุบัน

จากแนวคิดสรุปได้ว่า ปัญหาและความต้องการในวัยสูงอายุเกิดจากการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ ในการปรับตัวให้ได้กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ นอกจากนั้นยังต้องการการสนับสนุนจากหลายฝ่าย ทั้งในครอบครัว ชุมชน สังคมและภาครัฐ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

## 2.2 สถานการณ์ผู้สูงอายุในชุมชน

สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ.2558 จังหวัดลำพูน มีจำนวนผู้สูงอายุมากเป็นอันดับ 1 ของประเทศ อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน เป็นพื้นที่ ที่มีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ.2559 จำนวนผู้สูงอายุในตำบลม่วงน้อยได้มีค่าเฉลี่ยที่เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 20.49 ของจำนวนประชากรทั้งหมดซึ่งเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชนที่กำลังจะนำไปสู่ปัญหาสุขภาพการณืพึ่งพิงและมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนกลุ่มนี้ในอนาคตแนวทางการรองรับสภาพปัญหาที่จะเกิดขึ้นดังกล่าว อำเภอบ้านโฮ่งได้ดำเนินการจัดเตรียมความพร้อมและการส่งเสริมสนับสนุนโดยการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายการพัฒนาผู้สูงอายุในพื้นที่ จัดให้มีโครงการและกิจกรรมที่หลากหลาย เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของกลุ่มผู้สูงอายุทุกช่วงชั้นและการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ โดยมีการส่งเสริมให้มีศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุประจำตำบล การจัดตั้งกลุ่มอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ตลอดจนการสอดแทรกแนวคิดในเรื่อง

การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาสในชุมชนให้ได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นการจัดบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนที่ผ่านมา นอกจากครอบครัวแล้วยังมีหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง ทั้งส่วนกลางและท้องถิ่นที่มีบทบาทในการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุอย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีลักษณะแยกส่วนขาดความเชื่อมโยงต่อเนื่องและครอบคลุม โดยเฉพาะบริการสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ขาดคนดูแลรวมถึงบริการสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวยังมีจำกัดสถานการณ์ดังกล่าวบ่งชี้ถึงความจำเป็นที่ต้องมีการศึกษาและพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในชุมชน (LTC) ให้มีคุณภาพประสิทธิภาพต่อเนื่องและยั่งยืน (5)

ตารางที่ 2.1 แสดงจำนวนผู้สูงอายุ ในตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน

หมู่บ้าน	ทั้งหมด	ติดเตียง	ติดบ้าน	ติดสังคม
บ้านไร่	136	2	4	130
บ้านแสม	175	-	3	172
บ้านสะปุง	137	2	3	132
บ้านม่วงน้อย	111	3	2	106
บ้านป่าตาล	148	1	7	140
บ้านท่ากอม่วง	83	2	4	77
บ้านแกไร่น้อย	93	-	3	90
บ้านสะปุงหลวง	142	-	5	137
<b>รวม</b>	<b>1,025</b>	<b>10</b>	<b>31</b>	<b>984</b>

ที่มา: ทะเบียนผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน ปี 2559

### การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care )

**เป้าประสงค์ :** ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรงและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

#### วัตถุประสงค์

1. พัฒนาระบบการเรียนรู้และสนับสนุนกิจกรรมทุกรูปแบบในการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ
2. สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนให้มีการจัดการสุขภาพชุมชนแบบบูรณาการ

3. เพื่อส่งเสริมกิจกรรมและนันทนาการของชมรมผู้สูงอายุ และวัดส่งเสริมสุขภาพ

4. เพื่อสร้างโรงเรียนผู้สูงอายุ Day Care

#### กระบวนการ

**กิจกรรมที่ 1** ประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอป่าซาง (DHS) เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ จัดทำยุทธศาสตร์การทำงานในระดับอำเภอและคณะทำงานในด้านต่างๆที่เกี่ยวข้อง

**กิจกรรมที่ 2** ประชุมคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุอำเภอป่าซาง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ จัดทำยุทธศาสตร์การทำงาน ในระดับตำบล และคณะทำงานในด้านต่างๆที่เกี่ยวข้อง

**กิจกรรมที่ 3** ประชุมเชิงปฏิบัติการระดับตำบลเพื่อประเมินศักยภาพชุมชนต้นพื้นที่มีอยู่ ส่วนขาดที่ต้องได้รับการแก้ไข กำหนดเป้าหมาย จัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (SRM) และแผนที่ปฏิบัติงานประจำปี (SLM) ในระดับตำบล และแต่งตั้งคณะทำงานในด้านต่างๆทั้ง 5 ด้านหลัก

**กิจกรรมที่ 4** การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต.อบรมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) และการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุชุมชนได้แก่ (Care Giver) หลักสูตร 70 ชั่วโมง

**กิจกรรมที่ 5** การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวการดำเนินงานการพัฒนาผู้สูงอายุ รพ.สต. ม่วงน้อย

1 สร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน

2 อบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (อผส.)

- ให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ขาดผู้ดูแล ถูกทอดทิ้ง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ถูกทะเลาะเบาะแว้งและได้รับการดูแลไม่ถูกต้อง โดยให้การดูแลช่วยเหลือตามความจำเป็นและความต้องการของผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง เท่าเทียม เพียงพอ และสม่ำเสมอ ให้ความรู้เรื่องต่างๆ ที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ, ให้ความรู้แก่สมาชิกครอบครัว ประชาชนในชุมชน เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้องเหมาะสม, เป็นสื่อกลางในการนำ ประสาน ส่งต่อ บริการสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ

3 คัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุและการจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบ กิจกรรมประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living :ADL) และสะท้อนข้อมูลคืนให้กับชุมชน

4 สร้างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ระหว่างภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงน้อย เทศบาลตำบลม่วงน้อย และการศึกษาออกโรงเรียน (กศน.) ตำบลม่วงน้อย และบันทึกข้อตกลงร่วมกัน (MOU) และแต่งตั้งคณะทำงานและกรรมการระดับตำบลในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวร่วมกัน

- รูปแบบที่ 1 การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ตัดบ้าน ตัดเตียงในชุมชน
- รูปแบบที่ 2 พัฒนาอาชีพและรายได้ให้กับผู้สูงอายุ
- รูปแบบที่ 3 การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุและญาติ
- รูปแบบที่ 4 โรงเรียนผู้สูงอายุ Day Care
- รูปแบบที่ 5 การจัดอาคารที่พักที่อยู่อาศัย

## 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

### 2.3.1 ความหมายของพฤติกรรม

พฤติกรรม หมายถึง การกระทำการแสดงอาการหรืออากัปกริยาของอินทรีย์ (Organism) ทั้งในส่วนของเจตนาของพฤติกรรมเองเท่านั้นที่รู้ได้ และในส่วนของบุคคลอื่นที่อยู่ในวิสัย ที่จะรู้ได้ (26) พฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรือการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด และความรู้สึก เพื่อตอบสนองสิ่งเร้า (27)

พฤติกรรม หมายถึง การกระทำ ความรู้สึก ความคิดของบุคคล ซึ่งอาจสังเกตได้ หรือไม่ได้ สิ่งที่เกิดขึ้นได้จะเป็นการกระทำ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร สิ่ง ที่สังเกตไม่ได้ จะเป็นความรู้สึก เช่น อารมณ์ เจตคติ ความคิด (ความรู้ ความเชื่อ) หรือกระบวนการ ทางชีวภาพ เช่น ความดันโลหิต การเต้นของชีพจร (28)

กรรม (Behavior) หมายถึง ปฏิกริยา หรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต ส่วนพฤติกรรมของคน หมายถึง ปฏิกริยาต่างๆ ที่บุคคลแสดงออกทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล มีทั้งที่สังเกตได้ และสังเกตไม่ได้ และแตกต่างกันออกไปตามสภาพสังคม วัฒนธรรม โดยมักได้ อิทธิพลจากความคาดหวังของบุคคลรอบตัว สถานการณ์ขณะนั้นและประสบการณ์ในอดีต พฤติกรรมแบ่งออกเป็น พฤติกรรมภายใน ซึ่งหมายถึง กิจกรรมหรือปฏิกริยาภายในตัวบุคคลเป็น ลักษณะทางจิต เช่น ความคิดความรู้สึก การรับรู้ ทศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม ส่วนพฤติกรรมภายใน นั้น มักไม่สามารถสังเกตได้โดยบุคคลอื่น แต่สามารถใช้เครื่องมือบางอย่างวัดได้ ส่วนพฤติกรรม ภายนอกหรือการปฏิบัติ หมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมที่บุคคลแสดงออกให้บุคคลอื่นเห็นหรือ สังเกตได้ เช่น การยืน การนั่ง เดิน พฤติกรรมของมนุษย์ จึงเป็นการเรียนรู้อย่างหนึ่ง ซึ่งสามารถ เข้าใจได้ ต้องอาศัยปัจจัยใจเชิง จิตวิทยาควบคู่ไปการเงื่อนไขทางสังคม ขณะเกิดการเรียนรู้ (29)

สรุปพฤติกรรม หมายถึง การกระทำใดๆที่แสดงออกมา เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าทั้งที่ สามารถสังเกตเห็นและไม่สามารถสังเกตเห็น

### 2.3.2 ประเภทของพฤติกรรม

พฤติกรรมสามารถจำแนกได้ 2 ประเภท คือ

#### 2.3.2.1 พฤติกรรมที่ผู้อื่นสังเกตได้หรือพฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior)

เช่น การเดิน การวิ่ง การอ่านหนังสือพฤติกรรมประเภทนี้แบ่งได้ 2 ลักษณะ คือ

1) พฤติกรรมโมลาร์ (Molar Behavior) ได้แก่ พฤติกรรมที่ผู้อื่นสังเกตได้โดยตรง ไม่ ต้องอาศัยเครื่องมือใดๆ ช่วย เช่น การเดิน การวิ่ง เป็นต้น

2) พฤติกรรมโมเลกุล (Molecular Behavior) ได้แก่ พฤติกรรมที่ต้องอาศัยเครื่องมือช่วยจึงจะสังเกตได้ เช่น ความดันโลหิต กระแสประสาท เป็นต้น

2.3.2.2 พฤติกรรมที่ผู้อื่นสังเกตไม่ได้หรือพฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) เช่น ความสนใจ การคิด การจำ การตัดสินใจ พฤติกรรมเหล่านี้เป็นความในใจ รู้ได้เฉพาะใจ ตัวเท่านั้น คนอื่นจะรู้เมื่อเจ้าตัวบอกหรือแสดงออกด้วยการกระทำให้ทราบ แต่ถ้าเจ้าตัวไม่บอกให้ทราบเราต้องใช้วิธีสันนิษฐานจากการกระทำแทน

### 2.3.3 องค์ประกอบของพฤติกรรม

ครอนบาค (Cronbach) ให้ความเห็นว่า พฤติกรรมของมนุษย์มีองค์ประกอบ 7 ประการ ได้แก่

#### 2.3.3.1 มีเป้าหมายหมายหรือความต้องการ (Goal)

2.3.3.2 มีความพร้อม (Readiness) มีระดับความสามารถที่จำเป็นในการกระทำเพื่อสนองความต้องการของตน

2.3.3.3 สถานการณ์ (Situation) หมายถึง เหตุการณ์หรือโอกาสในการกระทำกิจกรรมใดๆ

2.3.3.4 การตีความ (Interpretation) เป็นการพิจารณาเพื่อหาวิธีการตอบสนองความต้องการ

2.3.3.5 การตอบสนอง (Response) เป็นการกระทำกิจกรรมต่างๆ ตามที่พิจารณาตัดสินใจ

2.3.3.6 ผลที่เกิดขึ้น (Consequence) สิ่งที่ประจักษ์อาจสอดคล้อง (Confirm) หรือไม่สอดคล้อง (Contradict) กับการคาดหวังก็ได้

2.3.3.7 ปฏิกริยาต่อความผิดหวัง (Reaction to Thwarting) เป็นปฏิกริยาที่เกิดขึ้นหลังจากไม่สอดคล้องกับความประสงค์ จึงต้องกลับไปตีความใหม่เพื่อเลือกวิธีการตอบสนองความต้องการให้ประสบผลสำเร็จ อาจยอมรับผลที่เกิดขึ้นหรืออาจล้มเลิกหรือเปลี่ยนความต้องการเดิมไป

### 2.3.4 การวัดพฤติกรรม

พฤติกรรมของบุคคลมีทั้งที่ปรากฏออกมาภายนอกและที่อยู่ภายในตัวบุคคล การศึกษาพฤติกรรมภายนอกที่ทำได้ คือ การสังเกตเป็นวิธีการที่จะระบุได้ว่าบุคคลนั้นมีพฤติกรรมอย่างไร ซึ่ง (31) ได้กล่าวถึงการวัดพฤติกรรมไว้ ดังนี้

#### 2.3.4.1 การศึกษาพฤติกรรมโดยตรง มี 2 วิธี คือ

1) การสังเกตแบบให้ผู้ถูกสังเกตรู้ตัว เช่น ญาติสังเกตพฤติกรรมของผู้สูงอายุ โดยบอกให้ผู้สูงอายุได้ทราบว่า จะสังเกตดูว่าใครทำกิจกรรมอะไรบ้าง การสังเกตแบบนี้บุคคลบางคน อาจไม่แสดงพฤติกรรมที่แท้จริงของตนออกมาก็ได้

2) การสังเกตแบบธรรมชาติ คือ การที่บุคคลผู้ต้องการสังเกต พฤติกรรมไม่ไตร่ตรองตนเป็นที่รบกวนพฤติกรรมของบุคคลที่ถูกสังเกต และเป็นไปในลักษณะที่ทำให้ผู้ถูกสังเกตไม่ทราบว่าถูกสังเกตพฤติกรรม การสังเกตแบบนี้จะได้พฤติกรรมที่แท้จริงมาก เพราะบุคคลที่ถูกสังเกต จะไม่เกิดความรู้สึกตัวว่าบุคคลอื่นคอยสังเกตพฤติกรรมของตนเอง การศึกษาพฤติกรรมแบบนี้จะทำให้สามารถนำผลที่ได้ไปอธิบายพฤติกรรม ในสภาพที่ใกล้เคียง กันหรือเหมือนกันได้ การสังเกตแบบนี้ มีข้อเสียเปรียบคือต้องใช้เวลามาก จึงสังเกตพฤติกรรมที่ต้องการได้

#### 2.3.4.2 การศึกษาพฤติกรรมโดยอ้อม แบ่งออกได้ ดังนี้

1) การสัมภาษณ์เป็นวิธีการที่ผู้ศึกษาต้องการซักถามข้อมูลจาก บุคคลหรือกลุ่มของบุคคลซึ่งทำได้โดยการซักถามเผชิญหน้ากันโดยตรง หรือมีคนกลางทำหน้าที่ซักถามให้ก็ได้ การสัมภาษณ์เพื่อต้องการทราบถึงพฤติกรรมของบุคคลแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ การสัมภาษณ์โดยตรงโดยซักถามเป็นเรื่องราว ตามที่ได้ตั้งจุดมุ่งหมายเอาไว้อีกประเภท คือ การสัมภาษณ์พูดคุยกันไปเรื่อยๆ โดยสอดแทรกเรื่องที่จะสัมภาษณ์

2) การใช้แบบสอบถาม เป็นวิธีที่เหมาะสมสำหรับศึกษาพฤติกรรมของบุคคลเป็นจำนวนมากและไม่สามารถที่จะสัมภาษณ์หรือสังเกตได้ เพราะบุคคลเหล่านั้นอยู่ห่างไกล กระจุกกระจายมาก แบบสอบถามที่สร้างขึ้นจะเหมาะสำหรับการศึกษาพฤติกรรมของผู้ที่สามารถอ่านออกเขียนได้ ข้อได้เปรียบของการศึกษาแบบนี้ คือ ผู้ถูกศึกษาสามารถที่จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ปกปิด

3) วิธีการทดลองเป็นการศึกษาพฤติกรรม โดยผู้ถูกศึกษาจะอยู่ในสภาพการควบคุมตามที่ผู้ศึกษาต้องการ โดยสภาพที่แท้จริงแล้วการควบคุมจะทำได้ในห้องทดลองแต่ในการศึกษาพฤติกรรมชุมชนโดยควบคุมตัวแปรต่างๆ คงเป็นไปได้น้อยมาก

4) วิธีการทำบันทึกวิธีนี้ทำให้ทราบพฤติกรรมของบุคคลโดยให้บุคคลแต่ละคนบันทึกพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งอาจเป็นบันทึกประจำวันหรือศึกษาพฤติกรรมแต่ละประเภท

### 2.3.5 ความหมายของสุขภาพ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ได้ให้ความหมายของสุขภาพว่าหมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ซึ่งคำว่าสุขภาพนั้นไม่ได้หมายถึงเฉพาะสุขภาพทางกายและทางจิตเท่านั้น แต่ยังรวมถึงสุขภาพทางสังคมและทางปัญญาอีกด้วย คือ

ทางกาย หมายถึง สุขภาพที่ดีของร่างกาย กล่าวคือ อวัยวะต่างๆ อยู่ในสภาพที่ดีมีความแข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ร่างกายสามารถทำงานได้ตามปกติและมีความสัมพันธ์กับทุกส่วนเป็นอย่างดี และก่อให้เกิดประสิทธิภาพที่ดีในการทำงาน

ทางจิต หมายถึง สภาพจิตใจที่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ มีจิตใจเบิกบานแจ่มใส มิให้เกิดความคับข้องใจ สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข สามารถ ควบคุมอารมณ์ได้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ย่อมมีผลมาจากสุขภาพกายดี

ทางสังคม หมายถึง บุคคลที่มีสภาวะทางกายและจิตใจที่สุขสมบูรณ์ มีสภาพความเป็นอยู่ หรือการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ไม่ทำให้ผู้อื่นหรือสังคมเดือดร้อน สามารถปฏิสัมพันธ์และปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้อย่างดีและมีความสุข

ทางปัญญา หมายถึง สภาวะที่ดีของปัญญาที่มีความรู้ทั่ว รู้เท่าทันและความเข้าใจ อย่างแยกได้ในเหตุผลของความดีความชั่ว ความมีประโยชน์ และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิต อันดีงาม และเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่

ความสำคัญของสุขภาพ สุขภาพจึงเป็นรากฐานที่สำคัญของชีวิต และเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการดำรงชีวิต การมีสุขภาพดี เป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา ผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดีจะสามารถปฏิบัติหน้าที่ประจำวันได้ดี มีประสิทธิภาพ และดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข สุขภาพจึงเปรียบเสมือนวิถีแห่งชีวิต ที่นำไปสู่ความสุขและความสำเร็จต่างๆ ในชีวิต ถ้าคนใดเกิดมาแล้วเจ็บป่วยบ่อยก็ไม่มีความสุข ประกอบอาชีพได้ไม่เต็มที่ คุณภาพชีวิตก็จะเสียไปด้วย ทุกคนที่เกิดมาแล้วควรจะต้องดูแลสุขภาพของตนเองเป็นอย่างดี ฉะนั้นสุขภาพจึงไม่ใช่เพียงจะหมายถึง การปราศจากโรคเท่านั้น แต่หมายถึง สุขภาวะอันสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของคำว่า “สุขภาพ” หมายถึง สุขภาวะ (well being) ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิตใจ จิตวิญญาณและสังคม มิใช่เพียงแต่ปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น สามารถที่จะอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข

จากความหมายที่กล่าวข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า สุขภาพ หมายถึง สภาวะที่มีความสุขทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

### 2.3.6 ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอก พฤติกรรมสุขภาพจะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้และการเปลี่ยนแปลงในสิ่งที่สังเกตไม่ได้แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น เป็นการปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม

พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) หมายถึง การกระทำ การปฏิบัติ การแสดงออก และท่าทีที่จะกระทำ ซึ่งก่อให้เกิดผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง พฤติกรรมสุขภาพนั้นสามารถ จำแนกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ และการงดเว้นไม่กระทำ หรือการไม่ปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ(29)

ธนวรรณ อิมสมบุรณ์ (31) ได้ให้ ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ 2 นัยยะ คือ

1) พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมของบุคคล ที่มีผลต่อสุขภาพทั้งของตนเอง ครอบครัว และสังคม สิ่งแวดล้อม

2) พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะที่เจ็บป่วยหรือ รู้สึกว่าตนเองเจ็บป่วย กล่าวโดยสรุปคือ สาระสำคัญในความหมายของคำว่า พฤติกรรมสุขภาพ มีอย่างน้อย 2 ประการ คือ

1. เป็นการกระทำของมนุษย์เพื่อส่งเสริมและป้องกันโรคในระดับที่มนุษย์มีสุขภาพอนามัยที่ดีไม่มีอาการเจ็บป่วยได้ง่าย

2. เป็นการกระทำของมนุษย์ที่อยู่ในสภาวะของความเจ็บป่วยที่มุ่งค้นหาสาเหตุของ การเจ็บไข้ได้ป่วย เพื่อที่จะทำการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพให้หายหรือบรรเทาจากการเป็นโรค ซึ่งในที่นี้ขึ้นอยู่กับ การได้รับความรู้ และมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง

ประภาเพ็ญ สุวรรณและสวิง สุวรรณ (32) กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) หมายถึงกิจกรรมต่างๆ ของร่างกายที่แสดงออกมา เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอก (Covert and overt behavior) ที่คาดหวังให้ บุคคลนั้นมีสุขภาพอนามัยที่ดีไม่เป็นโรคและป้องกันไม่ให้เกิดโรคหรืออยู่ในสภาวะที่ไม่ทำให้เกิด โรคได้ง่าย ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพนั้นจะเป็นกิจกรรมที่สังเกตเห็นได้หรือไม่สามารถสังเกตเห็นได้ แต่สามารถวินิจฉัยได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ มีหรือไม่มี โดยใช้วิธีการหรือเครื่องมือทางด้าน จิตวิทยา ปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติของบุคคล

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) จึงเป็นแนวคิดที่มีความหมายเดียวกันกับแนวคิดพฤติกรรมทั่วไป แต่จะเน้นเฉพาะในเรื่องในการปฏิบัติและกิจกรรมที่มีจุดมุ่งหมายเกี่ยวกับสุขภาพเป็นหลัก เป็นความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึก การแสดงออกของบุคคล



เกี่ยวกับการป้องกันโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ เป็นกิจกรรมหรือการปฏิบัติใดๆ ของบุคคลที่สามารถวัดได้ ระบุได้และทดสอบได้ นอกจากนั้นพฤติกรรมสุขภาพยังเป็นสิ่งที่ทุกคนสามารถเรียนรู้และ ปฏิบัติเป็นนิสัยได้ ฉะนั้น พฤติกรรมสุขภาพ จึงเป็นกิจกรรมที่บุคคลแสดงออกเพื่อภาวะสุขภาพ อนามัยที่ดีของตนเอง หลีกเลี่ยงโรคและป้องกันมิให้เกิดโรคหรือไม่ให้เกิดภาวะที่เป็นโรคร้าย

### 2.3.7 ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

โดยทั่วไปพฤติกรรมสุขภาพของคนจำแนกได้ 3 ประเภทดังนี้ (33)

**2.3.7.1 พฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ (Preventive and Promotive Health Behavior)** เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่บุคคลกระทำในภาวะปกติ โดยแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ พฤติกรรมส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพดี เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายเป็นประจำ การไม่สูบบุหรี่หรือเสพสิ่งเสพติด การพักผ่อนเหมาะสมกับสภาพของตนเอง และอีกลักษณะหนึ่ง คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคและอุบัติเหตุต่างๆ เช่น การไปตรวจร่างกายเป็นประจำทุกปี การคาดเข็มขัดนิรภัยหรือสวมหมวก นิรภัยเมื่อขับขีรถยนต์หรือรถจักรยานยนต์ เป็นต้น

**2.3.7.2 พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior)** หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อรู้สึกว่ามี ความผิดปกติ เกิดขึ้นกับตนเอง เช่น เมื่อรู้สึกปวดท้อง บุคคลอาจมีพฤติกรรมต่อการปวดท้องได้หลายลักษณะ เช่น อาจเพิกเฉยเพื่อรอดูอาการต่อไป หรืออาจปรึกษาบุคคลใกล้ชิดเกี่ยวกับความผิดปกติของตน หรืออาจแสวงหาการรักษาพยาบาล เช่น ไปซื้อยามารับประทานหรือไปพบแพทย์ พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเมื่อเจ็บป่วยจึงจำแนกออกได้เป็น 2 ระยะ คือ ระยะแรกเป็นขั้นของการรับรู้ (Preceive) ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นและระยะที่สองคือระยะที่มีพฤติกรรมตอบสนอง (TakeAction) กับความผิดปกติ นั้นๆ

**2.3.7.3 พฤติกรรมที่เป็นบทบาทของการเจ็บป่วย (Sick Role Behavior)** หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากได้ทราบผลการวินิจฉัยแล้ว เป็นพฤติกรรมที่ทำตามคำสั่งหรือคำแนะนำของผู้ให้การรักษา เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยนั้น เช่น แพทย์วินิจฉัยว่าเขาเป็นโรคหัวใจต้องรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งพักผ่อนมากๆ รักษาร่างกายให้อบอุ่น ไม่ควรดื่ม น้ำเย็นหรือหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้อาการของโรคมียิ่งขึ้น

### 2.3.8 องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ

องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ (35)

**2.3.8.1 พฤติกรรมด้านความรู้หรือพุทธิปัญญา (Cognitive Domain)** หมายถึง สิ่ง que แสดงให้รู้ว่าบุคคลนั้นรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาพหรือโรคต่างๆ อย่างไรก็ตามพฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับความรู้ การจำข้อเท็จจริง การพัฒนาความสามารถ ทักษะทางปัญญา การใช้วิจารณญาณในการตัดสินใจเช่น การบอกถึงหลักสุขบัญญัติ 10 ประการอธิบายถึงสาเหตุของการเกิดโรค เป็นต้น

**2.3.8.2 พฤติกรรมด้านเจตคติ ค่านิยม ความรู้สึก ความชอบ (Affective Domain)** หมายถึง สภาพความพร้อมทางจิตใจของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพ พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับ ความสนใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบไม่ชอบ การให้คุณ เช่น ความรู้สึกชอบบริโภคยาชูกำลัง ความรู้สึกไม่ชอบบริโภคผัก เป็นต้น

**2.3.8.3 พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain)** หมายถึง สิ่งที่บุคคลปฏิบัติออกมา เกี่ยวข้องกับการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย การปฏิบัติที่แสดงออก และสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่งๆ เช่น การเลือกรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ การพบแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วย

### 2.3.9 องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (32) คือ

**2.3.9.1 องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา** ได้แก่ วุฒิภาวะ ความต้องการ ทักษะ คติ ความเชื่อ ค่านิยม ความสนใจ ความตั้งใจ ความคับข้องใจ ฯลฯ สิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลอย่างมากต่อ พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งในยามปกติและในยามเจ็บป่วย กล่าวถึงความเชื่อมีบทบาทต่อ พฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างมากโดยเฉพาะความเชื่ออำนาจภายในและอำนาจภายนอกตน เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย

**2.3.9.2 องค์ประกอบทางด้านสังคมและวัฒนธรรม** ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มบุคคลในสังคม สถานภาพทางสังคม วัฒนธรรม ศาสนา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนแต่ มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ การพัฒนาความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติตน ทางสุขภาพของบุคคลทั้งสิ้น ดังต่อไปนี้

1) ครอบครัว พฤติกรรมทางสุขภาพบางอย่างมีอิทธิพลจากสถาบัน ครอบครัวมาก บางครอบครัวพ่อแม่อาจจะปลูกฝังนิสัยในการรับประทานบางอย่าง หรือไม่ให้ ลูกรับประทาน อาหาร เช่นไม่รับประทานเนื้อสัตว์ ไม่รับประทานผัก หรือรับประทาน อาหาร สุกๆ ดิบๆ นอกจากเรื่องอาหารแล้ว ครอบครัวยังมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติด้านอื่นๆ เช่นการนอน การพักผ่อน การออกกำลังกาย การรักษาอวัยวะต่างๆของร่างกาย เป็นต้น อิทธิพลจาก การชักจูง แนะนำและการปฏิบัติของ พ่อแม่ หรือสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวจะมีผลอย่างมากต่อพฤติกรรม สุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

2) กลุ่มบุคคลในสังคมจะมีอิทธิพล ต่อพฤติกรรมสุขภาพได้มากในกลุ่มเด็ก ที่มีอายุรุ่นราวคราวเดียวกันมักจะมีความคิด ความเชื่อและการปฏิบัติคล้ายๆกัน โดยเฉพาะกลุ่มเด็ก วัยรุ่น พฤติกรรมสุขภาพที่เขายึดถืออาจจะดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ อิทธิพลของกลุ่มจะมีมากหรือน้อยต่อพฤติกรรมสุขภาพขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพหรือการยึดของกลุ่ม

3) สถานภาพทางสังคม ที่แตกต่างกันของบุคคลจะมีผลทำให้พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกันการปฏิบัติของสมาชิกในชุมชนที่มีสถานภาพทางสังคมแตกต่างกันจะเกี่ยวข้องกับตำแหน่งหน้าที่ ระดับการศึกษา และเศรษฐกิจ

4) วัฒนธรรม เป็นมรดกทางสังคมที่ครอบคลุมทุกสิ่งทุกอย่างที่แสดงออกถึงวิถีชีวิตของมนุษย์ในสังคมของกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งหรือสังคมใดสังคมหนึ่ง วัฒนธรรมของชาวไทยที่มีผลก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพนั้นมีหลายอย่าง เช่น ชาวเขาไม่นิยม อาบน้ำเพราะกลัวเครื่องประดับเครื่องแต่งกายจะ เก่าเร็ว การงดของแสดงหรือ “ชะล่า” ของ ประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือไม่ให้อินกับข้าวมาก การงดอาหารปกติทุกชนิดในคนป่วย หรือหญิงหลังคลอดใหม่ๆ กินได้เฉพาะข้าวกับเกลือของคนในภาคเหนือ ซึ่งข้อห้ามเหล่านี้มีผลเสียโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่เชื่อถือบางข้อห้ามก็เกิดผลดีต่อสุขภาพ เช่นการให้หญิงหลังคลอดดื่มน้ำต้มสุก ห้ามหญิงตั้งครรภนั่งบนบันไดหรือข้อห้ามหญิงมีครรภ์การฆ่าสัตว์ เป็นต้น

5) ศาสนามีอิทธิพลอย่างมากต่อการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชนเป็นอย่างมาก และมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนด้วยเช่นกัน คำสอนของพุทธศาสนาที่กล่าวถึงการรับประทานอาหารแต่พอควรไม่ให้เกินหรือมากเกินไป หลักธรรมที่กล่าวถึงการปรับตัวทางด้านจิตใจ อารมณ์ ข้อปฏิบัติของศาสนาจะเห็นว่าหลักคำสอนและข้อปฏิบัติดังกล่าวมีผลต่อสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งสิ้น

**2.3.9.3 องค์ประกอบด้านเศรษฐกิจ** เศรษฐกิจของประชาชนมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา ซึ่งขณะเดียวกันก็มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพด้วยกลุ่มประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ด้อยนัก จะมีความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องทางด้านสุขภาพ ในทางตรงกันข้ามถ้าฐานะเศรษฐกิจของประชาชนดี โอกาสที่จะได้รับการศึกษาที่ดีก็จะมีมาก การศึกษาช่วยให้บุคคลมีความรู้ที่ถูกต้อง มีความฉลาด และสามารถเลือกปฏิบัติด้านสุขภาพภาพที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นผลให้เขามีสุขภาพที่ถูกต้อง

**2.3.9.4 องค์ประกอบทางการศึกษาที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ** ระดับการศึกษาของประชาชนที่ต่างกัน มีผลต่อความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติทางสุขภาพอนามัยของประชาชน ประชาชนที่การศึกษาต่ำมักจะมีความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติทาง สุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ประชาชนที่มีการศึกษาสูงย่อมมีความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติทาง สุขภาพที่ถูกต้องกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษา

**2.3.9.5 องค์ประกอบทางการเมืองที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ** นโยบาย ทางการเมืองของประเทศมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ทั้งด้านความรู้ ทักษะคิด และ การปฏิบัติ เพราะนโยบายของประเทศจะชี้ให้เห็นถึงจำนวนและความเพียงพอของการบริการ การ

รักษาพยาบาล กิจกรรมการสุขศึกษาที่จัดให้กับประชาชน กฎหมายหรือข้อบังคับที่มีผลต่อสุขภาพ ภาพบางอย่าง

### 2.3.10 พฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อปัญหาสาธารณสุข

สมทรง รักษ์เฝ้า และ สรวงศ์ภรณ์ ดวงคำสวัสดิ์ (35) ได้กำหนดพฤติกรรมที่มีผลต่อปัญหาสาธารณสุขที่จะต้องได้รับการพัฒนา ไว้ 6 กลุ่มพฤติกรรม

#### 1. พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร ประกอบด้วย

1.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีแนวโน้มการบริโภคอาหารสำเร็จรูปและอาหารนอกบ้านมากขึ้น มีโอกาสเสี่ยงต่อการได้รับสารเคมีปนเปื้อนหรือเชื้อโรคต่างๆมากขึ้น หรืออาหารไม่มีคุณค่าตามหลักโภชนาการ ฯลฯ สาเหตุเนื่องจากการขาดความรู้ความเข้าใจในการเลือกซื้ออาหาร ค่านิยมและวัฒนธรรมการบริโภคอาหารจากอิทธิพลสื่อโฆษณา ผลกระทบสุขภาพภาพก่อให้เกิดทุนโภชนาการภาวะโภชนาการกินเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคหัวใจโรคความดัน โลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคอาหารเป็นพิษ เป็นต้น

1.2 พฤติกรรมการบริโภคยาสูบ สุราและสารเสพติด ซึ่งมีแนวโน้มการเพิ่มจำนวนที่สูงขึ้น สาเหตุส่วนใหญ่เนื่องจากประชาชนไม่ตระหนักในความสำคัญของปัญหาที่มีค่านิยมที่ไม่ถูกต้อง สภาพแวดล้อมและสังคมเอื้อต่อการมีพฤติกรรม ฯลฯ

2. พฤติกรรมการออกกำลังกาย จากสภาวะเร่งรีบในสังคมเมืองปัจจุบัน ทำให้ขาดการออกกำลังกายหรือออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสมโดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงาน ซึ่งสาเหตุหลักมาจากประชาชนยังขาดความสนใจและความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพขาดสถานที่และอุปกรณ์การออกกำลังกาย

3. พฤติกรรมทางเพศ แนวโน้มการมีเพศสัมพันธ์ขยายถึงวัยรุ่นมากขึ้นและการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงาน ปัญหาโสเภณีส่งผลให้ปัญหาโรคเอดส์ขยายออกไป ซึ่งสาเหตุเนื่องจากการขาดความรู้ที่แท้จริงในการป้องกันโรค ค่านิยมไม่สวมถุงยางอนามัย มาตรการเกี่ยวกับประเวณีไม่เคร่งครัด

4. พฤติกรรมความปลอดภัย ทั้งภาคเกษตรกรรม อุตสาหกรรม ภาค บริการและความปลอดภัยจากการจราจรมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น สาเหตุเนื่องจากประชาชนขาด ความรู้ ความตระหนักของอันตราย ขาดทักษะและสภาพแวดล้อมไม่เอื้อต่อการขับขี่ เช่น ขาดอุปกรณ์ป้องกันความปลอดภัยในการทำงานไม่สวมเข็มขัดนิรภัยและมาตรการทางกฎหมายไม่เคร่งครัด

5. พฤติกรรมด้านสุขภาพจิต จากสภาวะการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วใน สังคมยุคโลกาภิวัตน์ทำให้เกิดการแข่งขันสูง ความแออัดไม่มีความผ่อนคลาย ก่อให้เกิดความเครียดส่งผลต่อจิตใจ สาเหตุเนื่องจากสภาพการเปลี่ยนแปลงของสถาบันครอบครัวและปัญหาการแข่งขันทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

6. พฤติกรรมการอนุรักษ์และฟื้นฟูสิ่งแวดล้อม แนวโน้มปัญหาสิ่งแวดล้อมมีมากขึ้นไม่ว่าปัญหามลพิษจากอากาศเสีย น้ำเสีย สารพิษต่างๆจากภาคเกษตรกรรม และขยะมูลฝอยต่างๆ สาเหตุเนื่องจากการขาดจิตสำนึกและความตระหนักในพิษภัย นอกจากนี้ผู้ประกอบการยังขาดความรับผิดชอบต่อ เป็นต้น

### 2.3.11 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ หมายถึง การส่งเสริมการกระทำกิจกรรมต่างๆของผู้สูงอายุให้มีการปฏิบัติจนกลายเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง ป้องกันการเกิดโรค สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ซึ่งมีผู้กล่าวไว้หลายท่าน ดังนี้

เฮกฮิวเมอร์ (Heckhumer) แนะนำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้

1. งดสูบบุหรี่
  2. จำกัดการดื่มสุราเพียงเท่าที่จำเป็น
  3. มีลักษณะนิสัยที่ปลอดภัย เช่น หลีกเลี่ยงการถูกแสงแดดมากๆ ความร้อนจัดหรือเย็นจัดป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้าน
  4. มีลักษณะนิสัยการรับประทานอาหารที่ดี รับประทานอาหารที่มีคุณค่าและมีเส้นใยสูง
  5. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ออกกำลังกายแบบแอโรบิค ครั้งละ 20-30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง
  6. พักผ่อนเพียงพอและมีกิจกรรมนันทนาการ
  7. หลีกเลี่ยงการมีภาวะเครียด โดยใช้เทคนิคลดความเครียด ได้แก่ การทำสมาธิ โยคะ เทคนิคไบโอฟีดแบคและการออกกำลังกาย เป็นต้น
  8. มีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ เช่น มีการรับผิดชอบต่อการดูแลตนเองและมีการตรวจร่างกายเมื่อมีโรคหรือภาวะเรื้อรัง
  9. หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ผิดกฎหมายหรือซื้อยากินเอง
- เกษม ต้นติผลาชีวะ และกุลยา ต้นติผลาชีวะ (21) ได้กล่าวถึงหลัก 4 ประการเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนี้
1. กินเป็น หมายถึง การรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพ การประเมินสภาพการกิน ประเมินได้จากความสมดุลของการกินกับน้ำหนักมาตรฐานทางอายุและส่วนสูงของผู้สูงอายุ
  2. นอนเป็น การนอนมีความสำคัญต่อสุขภาพ การนอนหลับเต็มที่และเพียงพอจะทำให้ตื่นขึ้นมาทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ กระปรี้กระเปร่า คุณภาพการนอนขึ้นอยู่กับจิตใจ สิ่งแวดล้อมและท่านอน จำนวนชั่วโมงการนอนหลับขึ้นอยู่กับความเพียงพอของร่างกายแต่ละคนไม่มีกำหนด

มาตรฐานแต่ละคนไปว่า 8 หรือ 10 ชั่วโมง แต่ผู้สูงอายุต้องนอนกลางวันบางจะช่วยให้กระปรี้กระเปร่า และร่างกายมีความพร้อม

3. อยู่เป็น นอกจากจะหมายถึงการรู้จักรักษาสุขภาพที่ดีแล้ว ยังหมายถึงการรู้จักออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ รักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานหลีกเลี่ยงการเป็นโรค รู้จักลดความเครียดทางจิตใจ มองโลกในแง่ดี มีการพักผ่อนที่เหมาะสม

4. สังคมเป็น หมายถึง การปรับตัวให้เข้ากับสังคม มีการใช้เหตุผลเข้าใจการยอมรับทำให้ปรับตัวได้ดีขึ้นและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ข้อสำคัญอย่าไปคาดหวังกับสังคมมากเกินไป ถ้าไม่เป็นไปตามที่หวังแล้วจะทำให้ท้อแท้สิ้นหวังในที่สุดต้องแยกตัวออกจากสังคมหรืออยู่ในสังคมได้อย่างไม่มีความสุขเลย

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ (25) หมายถึง การส่งเสริม การกระทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุ ให้มีการปฏิบัติจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงป้องกันการเกิดโรค สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

### 2.3.12 ปัญหาสุขภาพในประชากรสูงอายุ

ปัญหาด้านการมองเห็นเป็นอีกปัญหาที่สำคัญที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ของผู้สูงอายุ และอาจนำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุและการพลัดตกหกล้ม จากข้อมูลพบว่าเป็นปี พ.ศ.2554 ร้อยละ 47.4 ของผู้สูงอายุรายงานว่ามีปัญหาด้านการมองเห็น ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2550 เล็กน้อย โดยปัญหาดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ ผู้สูงอายุหญิงมีแนวโน้มประสบปัญหา ดังกล่าวมากกว่าเพศชาย และผู้ที่อาศัยในเขตเมือง มีแนวโน้มที่จะประสบปัญหามากกว่าในเขต ชนบท อีกปัญหาที่ผู้สูงอายุประสบคือ ปัญหาด้านการได้ยิน พบว่าในปี พ.ศ.2554 ประมาณร้อยละ 15 ของผู้สูงอายุประสบปัญหาดังกล่าว และปัญหาดังกล่าวแทบจะไม่เปลี่ยนแปลงจากผลการสำรวจในรอบก่อน โดยปัญหาการได้ยินจะเพิ่มมากขึ้นตามอายุและเพศหญิงจะประสบปัญหามากกว่าเพศชาย รวมทั้งผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชนบทจะมีปัญหาสูงกว่าในเขตเมืองปัญหาสุขภาพที่บั่นทอนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุปัญหาหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุและอาจนำไปสู่ความพิการได้คือการพลัดตกหกล้ม ซึ่งการพลัดตกหกล้มนี้เกิดจากทั้งสภาพร่างกาย และศักยภาพในการควบคุมการเคลื่อนไหวที่ถดถอยตามอายุ และสภาพแวดล้อมทั้งภายในบ้านและนอกบ้าน ข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุไทยในปี พ.ศ.2550 และปี พ.ศ.2554 พบว่าสัดส่วนการพลัดตก หกล้มลดลงเล็กน้อย จากร้อยละ 10.3 เหลือเพียง ร้อยละ 8.6 เมื่อพิจารณาตามลักษณะประชากรจะ พบว่าการพลัดตกหกล้มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุหญิงมีแนวโน้มที่จะพลัดตก หกล้มมากกว่าผู้สูงอายุชาย และผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเมืองมีแนวโน้มที่จะมีการหกล้มมากกว่า ในเขตชนบท อย่างไรก็ตามเมื่อเทียบระหว่างปี พ.ศ.2550 กับ พ.ศ.2554 มีแนวโน้มลดลงในทุกกลุ่มประชากรโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุหญิง แม้ว่าแนวโน้มการหกล้มจะลดลง แต่ก็ควรจะลด

ประเด็นปัญหานี้ให้เหลือน้อยที่สุด ดังนั้นจึงควรเร่งส่งเสริมให้มีการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมทั้งภายใน บ้าน และนอกบ้านให้เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุปัญหาเกี่ยวกับการควบคุมระบบการขับถ่ายเป็นอีกปัญหาหนึ่งของผู้สูงอายุ ปัญหาการกลั้นอุจจาระไม่ได้ เป็นปัญหาที่เพิ่มมากขึ้นในกลุ่มประชากรสูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลายผู้สูงอายุเพศหญิงและผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบท

### 2.3.13 สถานการณ์ด้านสังคมและเศรษฐกิจ

#### 1. สถานภาพสมรส

เป็นที่ทราบกันดีว่า สถานภาพสมรสนั้นเป็นลักษณะที่มีความสำคัญต่อความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรส มีแนวโน้มที่จะมีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนสุขภาพ ร่างกายและจิตใจที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานภาพสมรสอื่นๆ (ได้แก่ โสด หม้าย หย่าหรือแยกกัน อยู่) แสดงว่า ในปี พ.ศ.2554 มีผู้สูงอายุประมาณ 2 ใน 3 ที่มีคู่สมรสและประมาณร้อยละ 29 เป็นหม้ายเนื่องจากคู่สมรสเสียชีวิต สัดส่วนผู้สูงอายุที่ไม่เคยสมรส และหย่าหรือแยกกันอยู่นั้น มีน้อย มีเพียงประมาณร้อยละ 4 และร้อยละ 1.7 เท่านั้น ที่เห็นได้ชัดคือสัดส่วนของผู้สูงอายุที่เป็น หม้ายเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น และผู้สูงอายุหญิงจะมีสัดส่วนผู้ที่เป็นหม้ายโสด หย่าหรือแยกสูง กว่าผู้สูงอายุชายอย่างชัดเจน ในขณะที่ผู้สูงอายุชายกว่าร้อยละ 80 ยังเป็นผู้ที่มีคู่สมรส เมื่อ พิจารณาความแตกต่างด้านสถานภาพสมรสระหว่างผู้สูงอายุในเมืองและชนบท พบว่าผู้สูงอายุ ในเมืองมี สัดส่วนผู้เป็นโสด หย่าแยกสูงกว่าผู้สูงอายุในชนบทเล็กน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับ สถานการณ์ของ ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสใน ปี พ.ศ.2550 พบว่าร้อยละของผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสในปี พ.ศ.2554 สูงกว่า ปี พ.ศ.2550 ในทุกกลุ่มอายุและทั้งเพศชายและหญิง ยกเว้นผู้สูงอายุชายอายุ ระหว่าง 60-69 ปี และเมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างเพศ พบว่าเมื่อเปรียบเทียบปี พ.ศ.2554 กับ พ.ศ.2550 ผู้สูงอายุ หญิงยังคงมีสัดส่วนผู้ที่มีคู่สมรสน้อยกว่าผู้สูงอายุชายอย่างชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป มีความแตกต่างระหว่างเพศมากที่สุด ความแตกต่างในภาวะการสมรสนี้น่าจะเนื่องมาจาก ค่านิยมที่ชายไทยมักแต่งงานกับผู้หญิงที่มีอายุน้อยกว่าและนิยม สมรสใหม่หากคู่สมรสเสียชีวิต จาก ข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในปี พ.ศ.2550 และ พ.ศ.2554 แสดงให้เห็นว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุ ทั้งชายและหญิงที่เป็นโสดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตามเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) และที่เห็นได้ชัด คือ ผู้สูงอายุหญิง มีแนวโน้มที่จะเป็นโสดมากกว่าเพศชาย การเป็นโสด เพิ่มขึ้นนี้ย่อมหมายความว่า ประชากรกลุ่มนี้จะไม่มีโอกาสได้รับการเกื้อหนุนจากคู่สมรสหรือบุตร ในยามบั้นปลายของชีวิต

#### 2. จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่

ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) มีแนวโน้มที่จะมีบุตรที่ยังมีชีวิตจำนวน น้อยกว่า ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) และวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) สะท้อนถึงการลดลงของ

ระดับ การเจริญพันธุ์ ที่ผ่านมา และผู้สูงอายุในเขตเมืองในทุกกลุ่มอายุมีบุตรน้อยกว่าผู้สูงอายุในเขตชนบท ด้วยเหตุที่ผู้สูงอายุมีบุตรน้อยลงเป็นลำดับ ตามแนวโน้มการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์น่าจะส่งผลให้จำนวนบุตรที่จะให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุในอนาคตยิ่งลดลงการหวังพึ่งบุตรเป็นหลัก ในยามสูงอายุในอนาคตน่าจะเป็นไปได้ยากขึ้น

### 3. การศึกษา

การศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร สามารถ เข้าถึงบริการต่างๆ ทั้งทางสุขภาพและสังคม ตลอดจนเพิ่มโอกาสในการทำงานหารายได้ในช่วง สูงอายุ จากข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ และวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่ามีเพียงประมาณ 1 ใน 10 ของผู้สูงอายุ ที่ได้รับการศึกษาตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป และแนวโน้มในปี พ.ศ.2550 และปี พ.ศ.2554 เพิ่มขึ้นเล็กน้อย เมื่อพิจารณาตามลักษณะทางประชากรในทั้งสองการสำรวจ พบว่าระดับการศึกษาแปรผกผันกับอายุ ผู้สูงอายุชายมีแนวโน้มที่จะได้รับการศึกษาตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป มากกว่าผู้สูงอายุหญิง และผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมืองมีสัดส่วนผู้ที่ได้รับการศึกษา ตั้งแต่ระดับ มัธยมศึกษาขึ้นไป สูงกว่าผู้สูงอายุในเขตชนบทอย่างชัดเจน เมื่อพิจารณาแยกตามรายจังหวัด ในปี พ.ศ.2554 พบว่ากรุงเทพมหานครและนนทบุรีมีสัดส่วนผู้ที่ได้รับการศึกษาตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษา ขึ้นไป สูงกว่าร้อยละ 30 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศเกือบ 3 เท่า การที่ผู้สูงอายุไทยมีทุนมนุษย์ ในด้านการศึกษาค่อนข้างน้อย น่าจะเป็นปัจจัยที่จำกัดโอกาสในการทางานเชิงเศรษฐกิจ และ การเข้าถึงบริการและสวัสดิการต่างๆ

### 4. การอยู่อาศัยของประชากรสูงอายุ

ลักษณะการอยู่อาศัยส่งผลต่อการเกื้อหนุนผู้สูงอายุจากสมาชิกในครอบครัวทั้ง ทางตรงและทางอ้อม โดยเฉพาะการเกื้อหนุนจากบุตร จากการสำรวจประชากรสูงอายุ พ.ศ.2550 และ พ.ศ.2554 สะท้อนให้เห็นว่า ขนาดครัวเรือนของผู้สูงอายุโดยเฉลี่ยลดลงเล็กน้อย จาก 3.75 คน เหลือ 3.63 คน และการลดลงของขนาดครัวเรือนปรากฏทั้งในเขตเมืองและชนบท เมื่อจำแนกตาม การอยู่อาศัยว่าผู้สูงอายุอยู่กับใคร จะพบแนวโน้มที่ชัดเจนคือ การอยู่อาศัยกับบุตรลดลง และการอยู่ ตามลำพังกับคู่สมรสเพิ่มขึ้น ซึ่งแนวโน้มดังกล่าวปรากฏทั้งในเมืองและชนบท อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างระหว่างเมืองกับชนบทยังคงอยู่ คือ ผู้สูงอายุในชนบทมีสัดส่วนของผู้ที่อาศัยกับบุตรน้อยกว่าในเมือง ในขณะที่มีสัดส่วนผู้ที่อยู่คนเดียว อยู่ตามลำพังกับคู่สมรสสูงกว่า สะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มของภาวะเจริญพันธุ์ที่ลดลงเป็นลำดับ รวมทั้งการย้ายถิ่นของบุตรในวัยแรงงาน โดยเฉพาะในเขตชนบท



## 5. การทำงาน

แม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ และความแข็งแรงของร่างกาย และประชากร ไทยส่วนใหญ่จะออกจากงานหรือหยุดทำกิจกรรมทางเศรษฐกิจเมื่อมีอายุราว 60 ปี ผลจากการ สํารวจผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ.2550 และ พ.ศ.2554 พบว่าการทำงานเชิงเศรษฐกิจ ซึ่งวัด จาก การทำงานในช่วง 1 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ ผู้สูงอายุไทยประมาณ 1 ใน 3 ของทั้งหมด ยังคง ทำงาน เชิงเศรษฐกิจ โดยในปี พ.ศ.2554 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ทำงานเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเมื่อ เปรียบเทียบกับ ปี พ.ศ.2550 ซึ่งพบว่าร้อยละของผู้สูงอายุที่ทำงานลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น เพศชาย มีแนวโน้มจะทำงานมากกว่าเพศหญิง และผู้สูงอายุในเขตชนบทมีแนวโน้มจะทำงานมากกว่าผู้สูงอายุ ในเขตเมือง สามารถแสดงสัดส่วนประชากรสูงอายุที่ทำงานใน ปี พ.ศ.2554 จำแนกตามจังหวัด พบว่า จังหวัดศรีสะเกษ ลำพูน นครพนม ยโสธร และนครศรีธรรมราช มีผู้สูงอายุที่ทำงานมากกว่าร้อยละ โดยเฉพาะจังหวัดศรีสะเกษ มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 60

## 6. แหล่งหลักของรายได้

แม้ว่าผู้สูงอายุบางส่วนจะยังคงทำงาน แต่การทำงานเป็นเพียงแค่ส่วน หนึ่งของแหล่ง รายได้ทั้งหมด จากการสำรวจผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ.2554 พบว่าแหล่งหลักของรายได้ ของผู้สูงอายุ 3 อันดับแรก คือบุตร (ร้อยละ 40.1) การทำงาน (ร้อยละ 35.1) และเบี้ยยังชีพจากทาง ราชการ (ร้อยละ 11.4) เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลจากการสำรวจผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ.2550 พบว่า แม้แหล่งหลักของรายได้ของผู้สูงอายุ 2 อันดับแรกยังคงเป็นบุตร (ร้อยละ 52.3) และการทำงาน (ร้อย ละ 28.9) แต่สัดส่วนก็แตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด นอกจากนี้ อันดับที่ 3 เป็นรายได้จากคู่สมรส (ร้อย ละ 6.1) ในขณะที่เบี้ยยังชีพเป็นรายได้หลักเพียงร้อยละ 2.8 เท่านั้น ความแตกต่างในสัดส่วนของ ผู้สูงอายุ รายงานว่า รายได้หลักของตนเองคือ เบี้ยยังชีพจากทางราชการระหว่าง 2 ช่วงเวลา น่าจะ มา จากการปรับเปลี่ยนระบบการจ่ายเบี้ยยังชีพ ที่ทำให้ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพเพิ่มจาก ร้อยละ 3 ในปี พ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 81.4 จากประชากรสูงอายุทั้งหมด ในปี พ.ศ.2554

ร้อยละของผู้สูงอายุที่รายงานแหล่งหลักของรายได้แปรผันตามอายุ เพศ และเขตที่อยู่ อาศัยในปี พ.ศ. 2554 มีร้อยละของผู้สูงอายุที่รายงานว่าการทำงานและคู่สมรส เป็น แหล่งหลักของ รายได้ลดลงตามอายุ ในขณะที่ร้อยละของผู้สูงอายุที่รายงานว่าบุตรและเบี้ยยังชีพจาก ทางราชการ เป็นแหล่งหลักของรายได้เพิ่มขึ้นตามอายุ เช่นเดียวกันกับเพศมีความแตกต่างกัน ค่อนข้างมาก ผู้สูงอายุชายประมาณร้อยละ 47 รายงานว่ารายได้จากการทำงานเป็นแหล่งหลักของ รายได้ในขณะที่ มีผู้สูงอายุหญิงเพียงร้อยละ 26 เท่านั้น ที่รายงานว่าแหล่งหลักของรายได้นั้น คือ การ ทำงานสำหรับเขตที่อยู่อาศัยพบว่า สัดส่วนผู้สูงอายุในเขตเมืองที่รายงานว่าเงินบำเหน็จบำนาญ และดอกเบี้ย เป็นแหล่งหลักของรายได้สูงกว่าผู้สูงอายุในเขตชนบท ในขณะที่สัดส่วนผู้สูงอายุในเขต ชนบท ที่รายงานว่าการทำงานเป็นแหล่งหลักของรายได้นั้นสูงกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง

## 7. การได้รับเบี้ยยังชีพ

จากการเปลี่ยนรูปแบบการให้เบี้ยยังชีพจากการให้แต่เฉพาะผู้สูงอายุที่ยากไร้ ขาดผู้ดูแล เป็นระบบหลักประกันรายได้ขั้นพื้นฐานให้แก่ผู้สูงอายุที่ยังมิได้รับสวัสดิการอื่นใดจากรัฐ และมาขึ้นทะเบียนใช้สิทธิ ส่งผลให้สัดส่วนของผู้ที่ได้รับเบี้ยยังชีพเพิ่มสูงขึ้นเกือบ 4 เท่า จากร้อยละ 24.4 ในปี พ.ศ.2550 เป็นร้อยละ 81.4 ในปี พ.ศ.2554 เมื่อพิจารณาตามลักษณะประชากรสูงอายุ จะพบว่า การได้รับเบี้ยยังชีพเพิ่มขึ้นตามวัยที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุเพศหญิงมีสัดส่วนที่ได้รับ เบี้ยยังชีพสูงกว่าเพศชาย และผู้สูงอายุในเขตชนบท มีสัดส่วนผู้ที่ได้รับเบี้ยยังชีพสูงกว่าเขตเมือง นอกจากนี้เมื่อพิจารณาแนวโน้มตามเวลา จะพบว่าใน ปี พ.ศ.2554 ผู้สูงอายุในทุกกลุ่มอายุ ทั้งเพศชายและเพศหญิง ทั้งเขตเมืองและเขตชนบท มีแนวโน้มที่ได้รับเบี้ยยังชีพในสัดส่วนที่สูงขึ้นกว่า ในปี พ.ศ. 2550 และที่เห็นได้ชัด คือ ผู้สูงอายุในเขตเมืองในปี พ.ศ.2554 ได้รับเบี้ยยังชีพในสัดส่วน ที่มากขึ้นกว่าปี พ.ศ.2550 ถึงกว่า 5 เท่า หากพิจารณารายจังหวัด พบว่าจังหวัดที่มีผู้สูงอายุได้รับ เบี้ยยังชีพตั้งแต่ร้อยละ 90 ขึ้นไป มี 15 จังหวัด โดย 3 จังหวัดแรกที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุที่ได้รับ เบี้ยยังชีพสูงสุด ได้แก่ จังหวัดยโสธร จังหวัดชัยภูมิและจังหวัดอุทัยธานี ตามลำดับ

### 2.3.14 การมีส่วนร่วมทำประโยชน์ของประชากรสูงอายุ

#### 1. บทบาทในครอบครัว

แม้ว่าผู้สูงอายุจะมีบทบาทในเชิงเศรษฐกิจไม่มากนัก แต่ผู้สูงอายุยังมีบทบาทอย่างสำคัญในครอบครัว โดยการช่วยแบ่งเบาภาระ และทำให้ประชากรในวัยแรงงานสามารถทำงาน เศรษฐกิจได้อย่างเต็มที่ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงมีบทบาทในการช่วยครอบครัวไม่ว่าจะเป็น การช่วยเฝ้าบ้าน ทำความสะอาดบ้าน ซักอาหารหรือทำอาหาร โดยส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุที่มี อายุต่ำกว่า 80 ปี ยังคงมีบทบาทสำคัญในการทำงานบ้าน และเป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป แม้จะทำงานบ้านลดลงมากกว่าร้อยละ 70 ยังคงช่วยเฝ้าบ้านได้ เมื่อพิจารณาแยก ตามเพศพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีบทบาทในงานบ้านมากกว่าเพศชาย ทั้งนี้เนื่องจากค่านิยม ในสังคมรวมทั้งผู้สูงอายุเพศชายมีแนวโน้มที่จะยังคงทำงานเชิงเศรษฐกิจมากกว่าเพศหญิง อย่างไรก็ตามพบว่า บทบาทของผู้สูงอายุในการทำงานบ้านแทบจะไม่มี ความแตกต่างตามเขต ที่อยู่อาศัย กล่าวคือไม่ว่าจะอยู่ในเมืองหรือชนบท ผู้สูงอายุมีสัดส่วน ในการทำงานบ้านประเภท ต่างๆ ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน

#### 2. การมีส่วนร่วมในชุมชน

การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน เป็นการสะท้อนถึงศักยภาพและ พลังของผู้สูงอายุ จากข้อมูลพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ไม่ว่าจะเป็นชายหรือหญิงยังคงเข้าร่วม กิจกรรมชุมชนในรอบปีที่ผ่านมา ส่วนกิจกรรมอื่น ๆ นั้นมีผู้สูงอายุเข้าร่วมในสัดส่วนที่ค่อนข้างน้อย โดยกิจกรรมที่มีการเข้าร่วมมากที่สุด คือ กลุ่มฅาปนกิจสงเคราะห์ (ร้อยละ 32.4) ตามด้วย

กลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุ (ร้อยละ26.1) และกลุ่มอาชีพและกลุ่มสหกรณ์/กลุ่มออมทรัพย์ซึ่งมีสัดส่วนที่เท่ากัน (ร้อยละ11.2) เมื่อพิจารณากลุ่มอายุส่วนใหญ่กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น(อายุ60-69ปี)จะเป็น กลุ่มที่มีส่วนร่วมทำกิจกรรมในชุมชนมากที่สุด แต่เมื่อพิจารณาระหว่างเพศกลับเห็นว่า ไม่มีความ แตกต่างทางด้านเพศอย่างชัดเจน ในขณะที่การมีส่วนร่วมในกิจกรรมนี้มีความแตกต่างอย่างชัดเจน ระหว่างผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเมืองและเขตชนบท ซึ่งจะพบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทจะมี สัดส่วนของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ สูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเมืองอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งเนื่องมาจากลักษณะทางพื้นที่วิถีชีวิต และความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ที่อาศัยในเขตชนบทนั้นเอื้อต่อการรวมกลุ่มและจัดกิจกรรมได้มากกว่าเขตเมือง

### 2.3.15 หลักการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

#### 2.3.15.1 อาหารสำหรับผู้สูงอายุ

WHO ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่า หมายถึงผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ผู้สูงอายุมีความต้องการพลังงานลดลงจากวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากปริมาณกล้ามเนื้อและมวลกล้ามเนื้อที่ลดลง การลดลงของมวลกล้ามเนื้ออาจเนื่องมาจากการใช้พลังงานสำหรับการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวันและอัตราการสร้างเนื้อเยื่อใหม่ ๆ ลดลง อัตราการเผาผลาญอาหารลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น แต่ความต้องการสารอาหารอื่นๆ รวมทั้งวิตามินและเกลือแร่ไม่ลดลง ยกเว้นความต้องการธาตุเหล็ก ในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุต้องคำนึงถึงคุณภาพของอาหาร โดยให้พลังงานลดลง แต่ได้สารอาหารครบถ้วนสำนักงานส่งเสริมสุขภาพ (36)

สารอาหารโปรตีน พลังงานที่ควรได้รับจากโปรตีนควรเท่ากับร้อยละ 12-15 ของพลังงานที่ควรได้รับต่อวัน หรือบริโภคเนื้อสัตว์วันละไม่เกิน 180-210 กรัม ควรบริโภคที่ย่อยง่าย เคี้ยวง่ายและไขมันต่ำ แหล่งของอาหารโปรตีนที่ผู้สูงอายุควรรับประทานได้แก่ เนื้อสัตว์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปลาและไก่ที่เลาะหนังออก นม ถั่วต่างๆและผลิตภัณฑ์จากถั่ว เช่น เต้าหู้ น้านมถั่วเหลือง ไข่ เป็นโปรตีนที่มีคุณภาพสูง เหมาะกับผู้สูงอายุโดยเฉพาะไข่ขาว ซึ่งมีปริมาณไขมันน้อยกว่า ไข่แดง ให้รับประทานสัปดาห์ละ2-3 ฟอง และพบว่าผู้สูงอายุขาดวิตามินบี12 เนื่องจากผู้สูงอายุไม่รับประทานเนื้อสัตว์เพราะเหนียว เคี้ยวยาก และกลัวการได้รับไขมันกับคอเลสเตอรอลจากเนื้อสัตว์ ควรคำนึงถึงความสามารถในการย่อยอาหารโปรตีนด้วย เนื่องจากเมื่อคนเรามีอายุเพิ่มขึ้นความสามารถในการย่อยและดูดซึมอาหารโปรตีนกลับลดลง หากรับประทานโปรตีนมากเกินไปความต้องการของร่างกาย จะเกิดผลเสียต่อร่างกายโดยจะไปเพิ่มภาระการทำงานของไต และเนื่องจากในผู้สูงอายุการทำงานของไตจะลดลงมากกว่าร้อยละ 50 เมื่อเปรียบเทียบกับวัยหนุ่มสาว แต่การขาดโปรตีนในผู้สูงอายุเป็นสาเหตุหนึ่งในการทำให้เกิดบวม คัน, เหลื้อ และภูมิคุ้มกันทางลดลง

คาร์โบไฮเดรต สัดส่วนของพลังงานที่ควรได้รับจากคาร์โบไฮเดรตควรจะเป็นร้อยละ 50-60 ของพลังงานทั้งหมดที่ได้รับต่อวัน โดยต้องคำนึงถึงคุณภาพของคาร์โบไฮเดรต คือ รับประทาน

คาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน (complex carbohydrate) และใยอาหาร (dietary fiber) เช่น รับประทาน ข้าว ข้าวกล้อง ธัญพืช มากกว่าการรับประทานข้าวหรือแป้งที่ผ่านกระบวนการขัดสี ควรบริโภคข้าวกล้องเป็นประจำ ลดอาหารที่ทำจากแป้งและน้ำตาล

ไขมัน ควรลดปริมาณลงและควรเป็นไขมันจากพืชเท่านั้น ควรได้รับร้อยละ 30 ของพลังงานที่ได้รับต่อวันหรือประมาณ 3 ช้อนโต๊ะ หลีกเลี่ยงไขมันจากสัตว์ ควรรับประทานน้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันรำข้าวควรระวังการกินอาหารที่มีไขมันมากๆ เช่น ปาท่องโก๋ อาหารทอด อาหารที่มีกะทิมากๆ เพราะอาจจะทำให้ท้องอืด แน่นท้อง และยังทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น

ใยอาหาร ส่วนมากผู้สูงอายุมักประสบปัญหาท้องผูก การป้องกันอาจทำได้โดยการให้บริโภคผักหลายๆชนิด สลับกันในปริมาณที่มากโดยไม่จำกัด ควรต้มหรือหนึ่งให้สุกเพื่อป้องกันการท้องอืด ท้องเฟ้อ และกากใยช่วยในการขับถ่ายได้สะดวก อาหารที่มีใยอาหารมากๆ ได้แก่ ถั่ว ผัก ผลไม้ชนิดต่างๆ ใยอาหารจะช่วยเพิ่มมวลและความนิ่มของอุจจาระ ทำให้การขับถ่ายสะดวกขึ้น ดังนั้นการนำของเสียต่างๆ ผ่านลำไส้ออกจากร่างกายจะเร็วขึ้น จึงช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ ควรบริโภคใยอาหารวันละ 20-35 กรัม ลดการบริโภคน้ำตาลและน้ำหวาน เนื่องจากทำให้เกิดผลเสียต่อร่างกายหลายประการได้แก่ฟันผุ ภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน นอกจากนี้การกินอาหารหวานมากๆ จะไปลดการบริโภคอาหารจากแหล่งธรรมชาติ เช่น ผัก ผลไม้ การกินน้ำตาลมากๆ ทำให้ตับอ่อนต้องสร้างอินซูลิน (Insulin) เพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ร่างกายก็ต้องได้รับน้ำตาลเพื่อเพิ่มพลังงานอีก หากเป็นเช่นนี้บ่อยๆ ครั้นก็จะนำไปสู่การเป็นโรคเบาหวานในที่สุด

### อาหารที่ผู้สูงอายุควรได้รับทุกวันควรเป็นอาหารต่อไปนี้

1. เนื้อสัตว์ เนื้อปลาและเนื้อไก่จะมีความนุ่มมากกว่าเนื้อชนิดอื่น แต่ควรระวังก้างปลา เนื่องจากการเคี้ยวการกลืนไม่ดีเท่าในวัยหนุ่มสาว การปรุงเนื้อสัตว์ทุกชนิด ควรปรุงให้นุ่มพอที่จะเคี้ยวได้ง่าย
2. ถั่วเมล็ดแห้งควรปรุงสุกโดยการต้มให้เปื่อยนุ่ม
3. ผู้สูงอายุควรได้รับผักและผลไม้ทุกวัน เพื่อช่วยให้ร่างกายได้รับวิตามินและเกลือแร่ และควรต้มหรือหนึ่งให้สุกก่อน ผลไม้ควรเป็นผลไม้ที่มีเนื้อสัมผัสนุ่ม เคี้ยวง่าย เช่น มะละกอสุก กัลยสุก แตง โม ส้ม น้ำผลไม้ ส่วนผลไม้ที่มีเนื้อแข็งควรนำมาปั่นหรือบดให้ละเอียดก่อน
4. ข้าว แป้ง และผลิตภัณฑ์ เช่น ข้าวสวย ข้าวต้ม ข้าวเหนียว ขนมจีน ก๋วยเตี๋ยว บะหมี่ ขนมปัง ควรได้รับพอสมควร วันละ 3-4 ถ้วยตวง
5. ในผู้สูงอายุควรได้รับน้ำดื่มวันละ 30-35 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ประมาณ 6-8 แก้วต่อวัน

การจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุ ควรคำนึงถึงลักษณะอาหารที่เคี้ยวง่าย ย่อยง่าย และควร

ลดปริมาณอาหารในแต่ละมื้อเอง แต่เพิ่มจำนวนมื้ออาหารให้มากขึ้น

อาหารที่ผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยง อาหารที่มีไขมันสูง อาหารรสจัดและสิ่งเสพติด ได้แก่ เหล้า เบียร์ เครื่องดื่มชูกำลัง ชา กาแฟ น้ำอัดลม น้ำหวาน อาหารเค็มจัด หวานจัด

### 2.3.15.2 การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ

ในผู้สูงอายุอัตราการเสื่อมโทรมมีมากกว่าการเจริญ จึงทำให้เกิดพยาธิสภาพในอวัยวะต่างๆ ได้โดยทั่วไป และเกิดเป็นโรคที่พบเสมอ อาทิเช่น หลอดเลือดตีบแข็ง ข้อติดขัด โรคหัวใจเสื่อมสภาพ ฤกษ์ลมโป่งพอง การเปลี่ยนแปลงตามวัยของคนแต่ละคน ในแต่ละระยะจะมีการแตกต่างกันอยู่บ้าง โดยทั่วไปหลังอายุ 30 ปีไปแล้ว ร่างกายจะค่อยๆ เสื่อมโทรมลง และสมรรถภาพจะค่อยๆ ลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เห็นชัด คือผิวหนังจะหยาบกร้านมีรอยย่น การเปลี่ยนแปลงที่ไม่อาจเห็นได้ด้วยตาเปล่า คือการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะภายใน ของระบบต่างๆ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่าง องค์ประกอบและหน้าที่การทำงาน ผู้สูงอายุบางท่านเข้าใจว่าเป็นวัยของการพักผ่อนแต่ไม่หมายความว่าไม่ต้องทำอะไรเลยในวันหนึ่งๆ นอกจากการนั่งพัก นอนพัก ความจริงแล้ว การนั่งพัก นอนพักในสภาพเช่นนี้นานๆ กล้ามเนื้อจะลีบและเล็กลง เคลื่อนไหว เชื่องช้า อากาศอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ร่างกายเจ็บป่วยง่ายและบ่อยมากขึ้น ดังนั้นวิธีการที่ดีที่สุดคือการบริหารร่างกายตั้งแต่เนิ่นๆ เป็นการป้องกันผลเสียต่างๆ

ประโยชน์ของการออกกำลังกายต่อสภาพร่างกายของผู้สูงอายุดังกล่าว อาจถือได้ว่าเป็นการชะลอ "ความชรา" ถึงแม้ว่าจะยังไม่มีหลักฐานยืนยันทางการทดลองที่แน่นอนว่าการออกกำลังกายจะสามารถยืดอายุให้ยืนยาวออกไป แต่จากผลของการออกกำลังกายต่างๆ รวมทั้งจากการปฏิบัติในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยการออกกำลังกาย แสดงให้เห็นว่า สามารถทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวต่อไป อย่างมีสมรรถภาพ ทำให้เชื่อได้ว่า การออกกำลังกายสามารถยืดอายุให้ยืนยาวออกไปได้อีก

#### หลักปฏิบัติในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

การออกกำลังกายที่นิยมปฏิบัติกันมีอยู่หลายวิธี ได้แก่

1. กายบริหาร จุดมุ่งหมายหลักของการทำกายบริหารคือ การเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการเคลื่อนไหว ได้แก่ กล้ามเนื้อ (รวมทั้งเอ็นกล้ามเนื้อ) และข้อต่อ (ปลายกระดูก, เยื่อหุ้มข้อ, เอ็นยึดข้อ) ผู้สูงอายุควรปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน โดยใช้เวลาวินละ 5 ถึง 15 นาที วิธีทำกายบริหารที่หลากหลายรูปแบบ เช่น การบริหารแบบหัดพะการรำมวยจีน การฝึกโยคะ เป็นต้น แต่ละรูปแบบให้ผลต่างกันไปบ้าง แต่ขึ้นอยู่กับความหนักเบาของการปฏิบัติและระยะเวลาในการปฏิบัติ แต่ทุกแบบช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการเคลื่อนไหวได้

2. การฝึกแรงกล้ามเนื้อ การฝึกแรงกล้ามเนื้อโดยใช้อุปกรณ์กับไม่ใช้อุปกรณ์ ส่วนการฝึกโดยใช้อุปกรณ์ จะใช้ในการเสริมสมรรถภาพของกล้ามเนื้อเป็นพิเศษ ในนักกีฬาบางประเภท ส่วน

ในคนทั่วไปที่มีสุขภาพดี และสามารถทำกายบริหาร และฝึกแรงกล้ามเนื้อโดยไม่ใช้อุปกรณ์ได้อยู่แล้ว

สำหรับผู้สูงอายุ ถ้าหากปฏิบัติการบริหาร โดยมีท่าที่ใช้แรงกล้ามเนื้อค่อนข้างมาก ประกอบอยู่ด้วยแล้ว ไม่จำเป็นต้องฝึกแรงกล้ามเนื้อเป็นพิเศษ โดยเฉพาะผู้ที่อายุเกิน 60 ปีขึ้นไป

3. การฝึกความอดทนทั่วไป เป็นการฝึกที่จำเป็นที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ เพราะทำให้การไหลเวียนเลือดและการหายใจดีขึ้น ซึ่งนอกจากจะทำให้ผู้สูงอายุ มีสมรรถภาพทั่วไปดีขึ้นแล้ว ยังเป็นการป้องกันโรคหลายชนิดในผู้สูงอายุ และช่วยฟื้นฟูสภาพ ในผู้ที่เกิดอาการของโรคจากการเสื่อมสภาพขึ้นแล้วด้วย ในการฝึกความอดทนทั่วไป สำหรับผู้สูงอายุเลือกชนิดการฝึกที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายและสิ่งแวดล้อม ระหว่างออกกำลังกาย ควบคุมการหายใจให้เป็นจังหวะตามการออกกำลังกาย การหายใจลึกอาจผ่อนออกทางปากด้วยก็ได้ ห้ามเร่งการหายใจให้เร็ว หมั่นสังเกตความหนักของการฝึก โดยอาศัยการสังเกตความเหนื่อย คือไม่เหนื่อย จนหอบ หายใจไม่ทันให้พัก 10 นาที จะรู้สึกหายใจเหนื่อยเป็นปกติ หรือเกือบปกติ อาจอาศัยการนับอัตราชีพจร กล่าวคือ เมื่อพักแล้ว 10 นาที อัตราชีพจรควรลดลงต่ำกว่า 100 ครั้งต่อนาที เมื่อฝึกไปได้ระยะหนึ่ง ความเหนื่อยจะน้อยลง และชีพจรควรลดลงต่ำกว่า 100 ครั้งต่อนาที เมื่อฝึกไปได้ระยะหนึ่ง ความเหนื่อยจะน้อยลง และชีพจรหลังจากออกกำลังกายต่ำกว่าเดิมอาจลองเพิ่มความหนัก (เช่นเดิมหรือวิ่งให้เร็วขึ้น) ขึ้นทีละน้อย ถ้ามีความผิดปกติขึ้นระหว่างการออกกำลังกาย เช่น เวียนศีรษะควบคุมการเคลื่อนไหวไม่ได้ดี เจ็บหน้าอก หายใจขัด ต้องลดความหนักลง หรือหยุดออกกำลังกายต่อไป

4. การเล่นเกม กีฬาเป็นรูปแบบหนึ่งของการออกกำลังกาย ที่ผู้สูงอายุอาจนำมาใช้ฝึกฝนร่างกายได้โดยมีทั้งข้อดีและข้อเสีย

ข้อดี

- มีความสนุกสนาน ตื่นเต้น ไม่น่าเบื่อหน่าย
- มีแรงผลักดันที่ทำให้ฝึกซ้อมสม่ำเสมอ
- ได้สังคม

ข้อเสีย

- จัดความหนักเบาได้ยาก บางครั้งอาจหนักเกินไป หรือน้อยเกินไป
- การแข่งขันบางครั้งเพิ่มความเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ
- มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายกว่า

หากผู้สูงอายุจะเลือกเล่นเกมกีฬา เป็นการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ พึงยึดหลักปฏิบัติ ดังนี้

การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ควรเป็นการออกกำลังกายที่ใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ๆ ให้ต่อเนื่องอย่างน้อย 20-30 นาที โดยออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน การออกกำลังกายเป็นประจำจะทำให้ร่างกายท่านแข็งแรง กระฉับกระเฉงและที่สำคัญ ท่านควรยึดหลักการออก

กำลังภายในผู้สูงอายุ ดังนี้ คือ

- ไม่ควรออกกำลังกายเพื่อการแข่งขัน ควรออกกำลังกายเพื่อให้เกิดความเพลิดเพลินผ่อนคลาย
- ควรออกกำลังกายให้ครบทุกส่วน ทุกข้อต่อของร่างกาย และควรออกกำลังกายในลักษณะราบเรียบสม่ำเสมอแทนการออกกำลังกายแบบรุนแรง และกระตุก
- ควรออกกำลังกายทั้ง 2 ข้างของร่างกาย ไม่เน้นด้านใดด้านหนึ่ง
- ควรออกกำลังกายอย่างช้าๆ ไม่หักโหม พยายามเริ่มต้นที่ละน้อยแล้วค่อยๆ เพิ่มสูงขนาดที่พอเหมาะ
- ควรออกกำลังกายเป็นประจำให้รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน
- ไม่ควรกลั่นแกล้งใจขณะออกกำลังกาย เพราะจะทำให้ความดันโลหิตสูงทันที
- หลังการออกกำลังกายอย่างเต็มที่ ไม่ควรหยุดแบบทันที ควรออกกำลังกายต่ออย่างช้าๆ เป็นเวลาประมาณ 5-10 นาที แล้วจึงหยุด

5. การใช้ร่างกายในชีวิตประจำวันและงานอดิเรก มีผู้สูงอายุจำนวนมากที่ถูกลูกหลานห้ามใช้ร่างกายในชีวิตประจำวัน และห้ามทำงานอดิเรกที่ใช้ร่างกาย เนื่องจากความเข้าใจผิดว่าผู้สูงอายุควรงดการใช้ร่างกาย และต้องพักผ่อนมาก แท้จริงการใช้ร่างกายในชีวิตประจำวัน หรือการทำงานอดิเรกที่ใช้ร่างกาย หากจัดให้พอเหมาะแล้ว จะเป็นการฝึกฝนร่างกายของผู้สูงอายุได้อย่างดี งานอดิเรกหลายอย่างที่นอกจากให้ประโยชน์ทางสุขภาพและจิตแก่ผู้สูงอายุแล้ว ยังให้ผลประโยชน์ด้านการครองชีพอีกด้วย เช่น การทำสวน ซ่อมแซมเครื่องใช้ไม้สอย เลี้ยงเด็ก ฯลฯ แต่ทั้งนี้จะต้องจัดหรือปรับให้เข้ากับหลักของการฝึกฝนร่างกาย ทั้งในแง่ปริมาณ และส่วนประกอบอื่นๆ ซึ่งได้แก่ปัจจัยในตัวเอง ปัจจัยนอกตัว และการพักผ่อน

### รูปแบบการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่

#### 1. การเดิน หรือวิ่งช้าๆ (เหยาะ)

นิยมกันทั่วไปเพราะค่าใช้จ่ายน้อยเดินคนเดียวก็ได้ เดินเป็นกลุ่มคณะก็ดี เดินต่างจากวิ่งที่ว่า ขณะเดินจะมีเท้าข้างหนึ่งเหยียบติดพื้นดินอยู่ตลอดเวลา แต่วิ่งนั้นจำมีช่วงหนึ่งที่เท้าทั้ง 2 ข้างไม่เหยียบติดดิน ดังนั้นการเดินจึงลงน้ำหนักที่เท้า เท้าน้ำหนักของผู้เดิน แต่การวิ่งน้ำหนักที่ลงที่เท้าจะมากขึ้นกว่าเดิม ผู้สูงอายุที่ข้อเท้าหรือข้อเข่าไม่ได้ จึงไม่ควรวิ่ง ถ้าข้อเท้า ข้อเข่าไม่ดีมากๆ การเดินมากจะเจ็บที่ข้อ ควรเปลี่ยนเป็นการออกกำลังกายชนิดอื่น เช่น เดินในน้ำ หรือว่ายน้ำ

ถ้าผู้สูงอายุสถานภาพร่างกายดี และเลือกการเดินเป็นการออกกำลังกาย ก็ควรเริ่มด้วยการเดินช้าๆ ก่อนประมาณ 5 นาที แล้วค่อยเพิ่มความเร็วขึ้น ถ้าหัดออกกกำลังกายใหม่ๆ ก็อย่างเพิ่งเดินไกลนัก แต่เมื่อฝึกจนเกิดความอดทนแล้ว จึงค่อยเพิ่มเวลาและความเร็วขึ้นตามหลัก ความหนักที่เหมาะสม

การเดิน หรือวิ่ง อาจเลือกเดิน หรือวิ่งตามสนาม สวนสาธารณะ หรือเดินบนสายพานใน ที่จำกัดก็ได้ ที่สำคัญคือควรเลือกใช้รองเท้าที่เหมาะสมและคุณภาพดี

เนื่องจากการเดินหรือการวิ่งอย่างเดียว อาจไม่ได้ออกกำลังกายครบทุกส่วนของร่างกาย จึงควรมีการออกกำลังกายโดยการบริหารท่าต่างๆ เพิ่มเติมจะทำให้ร่างกายได้ประโยชน์มากยิ่งขึ้น

## 2. การออกกำลังกายโดยวิธีกายบริหาร

การออกกำลังกายโดยท่ากายบริหารท่าต่างๆ นับว่าเป็นวิธีการที่ดีอย่างยิ่ง กายบริหารมีหลายท่าเพื่อก่อให้เกิดการออกกำลังกายทุกสัดส่วนของร่างกาย เป็นการฝึกให้เกิดความอดทนแข็งแรง การทรงตัว การยืดหยุ่นของข้อต่อต่างๆ ได้ดี

## 3. การออกกำลังกายโดยวิธีว่ายน้ำ-เดินในน้ำ

การว่ายน้ำ เป็นการออกกำลังกายที่ดีอย่างหนึ่ง ที่กล้ามเนื้อทุกส่วนได้มีการเคลื่อน ออกกำลังกาย เป็นการฝึกความอดทน ความอ่อนตัว และความคล่องแคล่วว่องไว เหมาะสำหรับผู้ที่ ข้อเข่าเสื่อม น้ำหนักไม่ได้ลงเขาทำให้เขาไม่มีการเจ็บปวด การเดินในน้ำ ก็เหมาะสำหรับคนข้อเข่า เสื่อม เพราะน้ำจะช่วยพยุงน้ำหนักทำให้แรงกดลงบนเข่าลดลง แต่เพิ่มแรงต้านในการเดิน ทำให้ กล้ามเนื้อได้ออกแรงมากขึ้น จุดอ่อนของการว่ายน้ำ ก็คือ หาสระว่ายน้ำได้ยาก สำหรับคนที่ข้อเข่าไม่ เสื่อม การ ออกกำลังกายว่ายน้ำอย่างเดียว ร่างกายไม่ได้รับน้ำหนักเลย ทำให้โครงกระดูกไม่ได้รับ น้ำหนักไม่ได้ผลดี ในการเพิ่มพูนมวลกระดูก ดังนั้นผู้ออกกำลังกายว่ายน้ำแล้ว ควรเพิ่มการออกกำลังกายด้วยการเดินหรือยกน้ำหนักด้วยจนทำให้ได้ผลในทางสุขภาพดียิ่งขึ้น

## 4. การออกกำลังกายโดยวิธีขี่จักรยาน

ถ้าขี่จักรยานเคลื่อนที่ไปตามที่ต่างๆ เป็นการออกกำลังกายที่ดีมากเพราะเกิด ประโยชน์ทั้งความอดทนการทรงตัวและความคล่องแคล่วว่องไว มีความสุขใจ แต่มีจุดอ่อนที่ต้องมี เพื่อนเป็นหมู่คณะจึงจะสนุก และปัจจุบันหาสถานที่ขี่จักรยานเคลื่อนที่ปลอดภัยลำบากมาก บนถนน รถยนต์มากโอกาสเกิดอุบัติเหตุสูง ในสวนสาธารณะในกรุงเทพฯส่วนใหญ่ก็ห้ามขี่จักรยาน ดังนั้น ปัจจุบันจึงนิยมขี่จักรยานอยู่กับที่ในส่วนตัวและมีจักรยานที่ออกแบบมาโดยเฉพาะมีอุปกรณ์ต่างๆ มากมาย ยังมีอุปกรณ์มากราคาก็สูงขึ้น การขี่จักรยานอยู่กับที่ มีจุดอ่อนที่ขาเกิดการฝึกการทรงตัว และขาดการฝึกความคล่องแคล่วว่องไว และกล้ามเนื้อที่ออกกำลังกาย จะเป็นแต่ที่ขาเป็นส่วนใหญ่ ส่วนคอ ส่วนแขน ส่วนเอว เกือบไม่ได้ออกกำลังกายเลยดังนั้น หลังการออกกำลังกายโดยวิธีขี่จักรยาน อยู่กับที่แล้ว ควรมีกายบริหารส่วนช่วงท้อง หน้าอก แขน คอด้วยจะสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

บางคนขี่จักรยานอยู่กับที่เพื่อ เลยกจักรยานเข้าไปขี่ในห้องดูทีวีไปด้วย ถีบจักรยานไป ด้วยก็ทำให้ไม่เบื่อก็นับว่าเป็นกลวิธีที่ดี



## 5. การรำมวยจีน

การรำมวยจีน มีชื่อเรียกต่างๆ และมีหลายสำนัก เป็นการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่ได้ทั้งความอดทน ความแข็งแรง ความยืดหยุ่น และฝึกการทรงตัวของร่างกาย ซึ่งเป็นกลวิธีหนึ่งของการส่งเสริม รวมไปถึงการป้องกัน การรักษา การฟื้นฟูสภาพร่างกาย และจิตใจของประชาชน การรำมวยจีนเป็นทางเลือกใหม่ของการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ซึ่งได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มวัยทอง และผู้สูงอายุ

หลักพื้นฐานของการฝึกการรำมวยจีนมี 3 ประการดังนี้ คือ

1. ฝึกกาย (ขบวนการต่างๆ) เริ่มจากการยืนที่ถูกต้อง คือ ก้าวขาซ้ายออกให้กว้างเท่ากับช่วงไหล่ (ช่วงใน) ปลายเท้าทั้งสองต้องตรงเท่ากับช่วงสันเท้า มองดูคล้ายเลขหนึ่ง และพร้อมที่จะย่อตัวในท่าปักหลักได้ คือ ย่อเข่าลง ลำตัวตั้งตรง ลักษณะเหมือนนั่งเก้าอี้บนเวหา ส่วนมือเมื่อยกขึ้นเคลื่อนไหวไปมา หัวแม่มือทั้งสองต้องกางออกตลอดเวลา แต่นิ้วมืออื่นไม่เหยียดตรงโค้งไปตามธรรมชาติ อุ้งมือเป็นแอ่ง สองมือพร้อมที่จะเคลื่อนไหวอย่างนิ่มนวลเชิงซ้าไปตามจังหวะดนตรีโดยสม่ำเสมอ

2. ฝึกการหายใจ (หายใจเข้า-ออกให้ลึกและยาว) คือ การหายใจเข้า-ออกตามธรรมชาติให้ลึก และยาว หรือวิธีหายใจด้วยท้อง หรือวิธีหายใจแบบผืนหายใจอย่างใดอย่างหนึ่งก็ได้

3. ฝึกจิต (ฝึกการตั้งสมาธิ) ให้มุ่งสมาธิไปทุกส่วนของร่างกาย หรือมุ่งสมาธิไปตามส่วนของร่างกายที่เกิดโรค และผ่อนคลายบริเวณนั้นๆ การผ่อนคลายร่างกายควรทำตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า

การรำมวยจีนจะช่วยรักษาสมดุลสภาพร่างกาย การแพทย์แผนโบราณของจีนถือว่าภาวะ การดำรงชีวิตตามปกติ เป็นผลมาจากภาวะสมดุลของจิตใจ และร่างกาย การเสียความสมดุลจะนำโรคร้ายมาให้ การฝึกการรำมวยจีน จะทำให้คนเรามีความสมดุลระหว่างจิตใจและร่างกาย

### ข้อควรปฏิบัติในการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุมีข้อควรปฏิบัติดังนี้

1. ในผู้สูงอายุ การออกกำลังกายครั้งแรกควรคำนึง

- ถ้าไม่มีโรคประจำตัวหรือไม่เคยมีความผิดปกติของร่างกายมาก่อน การเริ่มต้นออกกำลังกายควรเริ่มต้นด้วยการเดินก่อน แล้วเพิ่มเวลาเดินขึ้นจนถึง 20 นาที ถ้าไม่รู้สึกเหนื่อยผิดปกติให้เพิ่มเป็นเดินเร็วๆ ถ้าไม่เหนื่อยให้เริ่มวิ่งเหยาะๆ จนถึงวิ่ง

- ถ้ามีโรคประจำตัวอยู่หรือมีความผิดปกติ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เคยแน่นหรือเจ็บหน้าอก เป็นลม หน้ามืด เวียนศีรษะ ข้อเสื่อม หรือปัญหาทางกระดูกน้ำหนักตัวมากกว่ามาตรฐาน 10 กิโลกรัม ประวัติครอบครัวมีปัญหาโรคหัวใจ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนว่าท่านสามารถออกกำลังกายได้หรือไม่ อย่างไร แค่นั้น

## 2. ในการออกกำลังกาย ควรพิจารณาถึง

- สถานที่ควรโปร่ง อากาศถ่ายเทดี ไม่ร้อนเกินไป เครื่องนุ่งห่มควรสบาย ไม่พืด หรือรัดรูป และให้อุ่นพอ โดยเฉพาะในเวลาอากาศหนาวเย็น
- เวลา ควรเป็นเวลาเช้า กลางวัน เย็น หรือก่อนนอนก็ได้ แต่ควรก่อนรับประทานอาหาร หรือหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง

3. ชนิดของการออกกำลังกาย ควรเป็นแบบแอโรบิค คือมีการเคลื่อนไหวร่างกายตลอดเวลาอย่างต่อเนื่อง เช่น เดินเร็ว วิ่งเหยาะ วิ่ง ว่ายน้ำ รำมวยจีน ฝึกจักรยาน อยู่กับที่ เต้นแอโรบิค เป็นต้น

4. การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ควรทำตามความสามารถและสภาพของร่างกาย ต้องไม่แข่งขันอาจทำให้ฝืนร่างกายไม่หักโหมเกินไป อาจเกิดอันตรายได้

## 5. ควรเลิกสูบบุหรี่

6. การออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนัก ต้องออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ งดอาหารหวานหรืออาหารที่มีไขมันมาก หลีกเลี่ยงการใช้น้ำหนักโดยเด็ดขาด เพราะอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ

7. ต้องมีความอดทนไม่ท้อถอย เพราะการฝึกให้ร่างกายแข็งแรงอยู่ตัวได้ต้องใช้เวลา 6-12 สัปดาห์ขึ้นไป

8. พยายามใช้ประโยชน์จากกิจวัตรประจำวันให้มากที่สุด เช่น ทำงานที่ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลา และเป็นการเคลื่อนไหว หลากหลายแบบ

9. ทำงานที่ต้องออกแรงให้เป็นกิจวัตร เพื่อให้กล้ามเนื้อ และข้อต่อต่างๆ ได้ยืดตัว เช่น ทำสวน เดินเร็วๆ เป็นต้น โดยควรกำหนดเวลาให้แน่นอน เพื่อไม่ให้ล้า

10. ควรได้รับการตรวจสุขภาพเป็นประจำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เนื่องจากการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยอาจนำไปสู่การเจ็บป่วยที่รุนแรงภายหลังได้

## ข้อควรระวังในการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายในผู้สูงอายุอาจมีการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมกับวัย ถ้าหักโหมมากเกินไป อาจให้เกิดอันตรายได้ ข้อควรระวังในการออกกำลังกาย สำหรับผู้สูงอายุมีดังนี้

1. ไม่ควรออกกำลังกายที่ต้องออกแรงเกร็งหรือเบ่ง เช่นการยกน้ำหนัก กระโดดหรือวิ่งด้วยความเร็วสูง เพราะจะทำให้หัวใจทำงานหนักกว่าปกติ
2. ไม่ควรออกกำลังกายที่ต้องออกแรงกระแทก โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ข้อเข่า เช่นกระโดด การขึ้นลงบันไดสูงมากๆ บ่อยๆ หรือนั่งเนื่องจากมีการเสื่อมของข้อตามวัยอยู่ก่อนแล้ว
3. ไม่ควรบริหารร่างกายที่ต้องใช้ความเร็วสูง ต้องเปลี่ยนทิศทางอย่างฉับพลันหรือเดินทางลาด กล้ามเนื้อของผู้สูงอายุจะมีการหดตัวช้าลง ทำให้การรักษาสมดุลของร่างกายทำงานได้ช้า

การใช้ความเร็วสูงจะทำให้เกิดการเคล็ดขัดยอกของกล้ามเนื้อบริเวณต่างๆ

4. การประมาณตน สภาพร่างกายและความเหมาะสมกับกีฬาชนิดต่างๆของแต่ละคนไม่เหมือนกัน แม้ในคนๆเดียวกัน ในช่วงเวลาหนึ่งกับอีกช่วงเวลาหนึ่งก็แตกต่างกันได้ ดังนั้นจะต้องเป็นไปตามความเหมาะสมของร่างกาย

5. ไม่ควรออกกำลังกายในที่ที่มีอากาศร้อนอบอ้าว แดดจัดซึ่งจะทำให้เสียน้ำและเกลือแร่ได้มาก เนื่องจากระบบการระบายความร้อนและไตเสื่อมลง ประสิทธิภาพในการระบายความร้อนและการขับถ่ายของเสียลดลง ทำให้อุณหภูมิร่างกายสูงระหว่างออกกำลังกายได้

6. เลือกเวลา เวลาในการออกกำลังกายควรเป็นเวลาเดียวกันทุกวัน เพราะมีผลต่อการปรับตัวของร่างกาย

7. สภาพของกระเพาะอาหาร ในเวลาอิมไม่ควรออกกำลังกายเพราะจะทำให้เกิดผลเสียคือกระเพาะอาหารซึ่งอยู่ใต้กระบังลม ทำให้การขยายของปอดไม่เต็มที่เท่าที่ควร เพราะกระบังลมไม่อาจหดตัวต่ำลงได้มาก ในขณะเดียวกัน การไหลเวียนของเลือดส่วนหนึ่งใช้ในการย่อยและดูดซึมอาหาร

8. การดื่มน้ำ ควรดื่มในปริมาณที่พอเหมาะ

9. ผู้สูงอายุที่สายตาพร่ามัว สมอ่ง ไช้สันหลัง และเส้นประสาทเสื่อมลง สมอ่งสั่งงานช้าลง จึงไม่ควรออกกำลังกายที่มีการแข่งขัน เพราะจะทำให้เกิดอันตรายจากการแข่งขันได้ เนื่องจากการหลบหลีกช้าลง เช่น วิ่งชนสิ่งกีดขวาง โดนลูกบอลหรือลูกเทนนิสกระแทก เป็นต้น

10. ไม่ควรสูบบุหรี่ในขณะที่ออกกำลังกาย หรือระหว่างพักเหนื่อย ถ้าเลิกได้ควรเลิก

11. ไม่ควรออกกำลังกายในขณะที่ร่างกายรู้สึกอ่อนเพลียหรือไม่สบาย

12. อย่าแข่งขันกับผู้อื่นเพื่อเอาแพ้เอาชนะ เพราะอาจทำให้เกิดการหักโหม และเป็นอันตรายได้ ควรออกกำลังกายเพื่อเป็นสุขภาพของตนเอง

13. ให้ระวังอุบัติเหตุ

14. ให้ออกกำลังกายโดยสม่ำเสมออาทิตย์ละ 3-4 ครั้ง

15. ในขณะที่ออกกำลังกาย ถ้าเกิดอาการผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่ง ควรหยุดออกกำลังกาย แล้วปรึกษาแพทย์เพื่อขอคำแนะนำต่อไป

16. ควรออกกำลังกายเป็นหมู่คณะหรือมีเพื่อนร่วมออกกำลังกายด้วย

#### **ข้อแนะนำการออกกำลังกายโดยทั่วไป**

1. ควรออกกำลังกายที่ใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ เช่น แขน ขา ลำตัว

2. ควรออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 วัน

3. ควรออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 20-60 นาที

4. ความออกกำลังกายที่มีการพัฒนาความเหนื่อยเพิ่มขึ้นเท่าที่ร่างกายจะรับได้และหยุดพักเป็นช่วงสั้นๆ เพื่อให้เกิดอาการวิงเวียนหรือหยุดพักขณะที่เปลี่ยนท่าหยุดพักเมื่อต้องการ

5. ก่อนออกกำลังกายทุกครั้ง ควรอบอุ่นร่างกายและผ่อนคลายร่างกายด้วยการเดินหรือ ทำท่ากายบริหารอย่างน้อยครั้งละ 5-10 นาที เพื่อป้องกันการบาดเจ็บ

นอกจากการออกกำลังกายด้วยท่ากายบริหารต่างๆแล้ว ผู้สูงอายุอาจออกกำลังกายด้วยการเล่นกีฬาชนิดต่างๆ กีฬาที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุมีหลายชนิด เช่น เปตอง ได้ประโยชน์จากการออกกำลังกาย ฟึกสมาธิ และได้ความสนุกสนาน, แอโรบิกดันทันซ์ ได้ประโยชน์จากการกระตุ้นการทำงานของ หัวใจ และปอด, แบดมินตัน เทนนิส กอล์ฟ เป็นต้น หลักสำคัญของการออกกำลังกาย คือ ต้องกระทำโดยสม่ำเสมอ การออกกำลังกายเพื่อให้อายุยืนยาว ไม่ใช่เพียงครั้งสองครั้ง หรือวันสองวัน ต้องทราบขีดจำกัดของตนเอง ร่างกายเป็นเครื่องวัดที่ดี ถ้ารู้สึกเหนื่อย เมื่อย หรือปวดตามกล้ามเนื้อต่างๆ ควรหยุดหากไม่แน่ใจควรปรึกษาแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด หรือผู้มีความรู้เพื่อขอคำแนะนำที่เหมาะสม

### 2.3.15.3 การจัดการความเครียด

ได้มีการนิยามหรือกล่าวถึงหมายหมายของความเครียดไว้ต่างกัน รวบรวมได้ ดังนี้

ลาซาร์สและโพล์คแมน ให้นิยามของคำว่ากลวิธีในการรับมือกับความเครียดหรือการจัดการกับความเครียดว่า เป็นผลของความเปลี่ยนแปลงความนึกคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเพื่อจะจัดการกับความต้องการจากภายในและหรือภายนอกร่างกาย กลวิธีในการจัดการกับความเครียดเป็น กระบวนการที่ใช้จัดการกับปัญหาและปรับการตอบสนองทางอารมณ์ที่มีต่อปัญหานั้นๆ

กรมสุขภาพจิต (37) ให้ความหมายว่า ความเครียด เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกถูกกดดัน ไม่สบายใจ วุ่นวายใจ กลัว วิดกกังวล ตลอดจนถูกบีบคั้น เกิดจากการที่บุคคลรับรู้ หรือประเมินสิ่งที่เข้ามาในประสบการณ์ของตนว่าเป็นสิ่งที่คุกคามจิตใจ หรือก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย อันเป็นผลให้ สภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจเสียไป ซึ่งมีปฏิกิริยาตอบสนองหลายอย่าง เป็นต้นว่าการใช้กลไก ป้องกันตัวเอง การเปลี่ยนแปลงด้านสรีระ ด้านพฤติกรรม ด้านความนึกคิด และด้านอารมณ์ความรู้สึก ถูกกดดันหรือความเครียดเหล่านั้นคลายลง และกลับเข้าสู่ภาวะสมดุลอีกครั้งหนึ่ง

ราชบัณฑิตยสถาน (38) ความเครียด หมายถึง อาการที่สมองไม่ได้ผ่อนคลาย เพราะ เครื่องเครียดกับการอยู่กับงานมากเกินไป

อรุณ รักรธรรม (39) กล่าวถึงสาเหตุใหญ่ที่ทำให้คนเราเครียดนั้นเกิดจากองค์ประกอบ ดังนี้

1. สภาพแวดล้อม ในที่นี้รวมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่สิ่งแวดล้อมที่เป็นวัตถุ และบรรยากาศที่ล้อมรอบบุคคลนั้นอยู่ เช่นอากาศที่ร้อนจัด หนาวจัด เสียงดังค่อย แสงที่จ้าหรือมืด สารพิษในอากาศ เช่น ฝุ่นละออง เชื้อโรค รังสี คน โรคภัยไข้เจ็บ บรรยากาศที่สดใสเป็นกันเอง เป็นประชาธิปไตยหรือเผด็จการ บรรยากาศที่ทุกคนมีสิทธิแสดงความคิดเห็นมีส่วนร่วมรับฟังกันและ

กัน หรือบรรยากาศที่คอยแก่งแย่งชิงดี การนิินหาว่าร้าย สิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุทางด้านสภาพแวดล้อมที่ทำให้เกิดความเครียด สภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความเครียดของบุคคลนั้น อาจแบ่งได้เป็น 3 ส่วน คือ

- 1) สภาพแวดล้อมทางกายภาพ
- 2) สภาพแวดล้อมทางชีวภาพ
- 3) สภาพแวดล้อมทางสังคม

สภาพแวดล้อมทางกายภาพ คือ สภาพแวดล้อมที่อยู่รอบตัวเรา อันจัดเป็นสิ่งของซึ่งจะมีผลโดยตรง หรือโดยอ้อมที่ทำให้เกิดความเครียดขึ้นกับเรา เช่น อุบัติเหตุจากรถยนต์ อุณหภูมิร้อนหนาว หรือการเกิดภัยธรรมชาติ รั้งสีหรือคลื่น

สภาพแวดล้อมทางชีวภาพ คือสภาพแวดล้อมที่จัดเป็นพวกสิ่งมีชีวิตที่สามารถทำอันตรายกับเราได้ นับตั้งแต่สัตว์ร้ายหรือจนถึงแมลงหรือเชื้อโรค ซึ่งมีอยู่มากมาย เช่น เชื้อโรคเอดส์ พืชที่เป็นพิษ สภาพแวดล้อมที่ยังคงเกี่ยวข้องกับสาเหตุการเกิดโรคความเครียดในทางกายภาพเช่นกัน

สภาพแวดล้อมทางสังคม คือ สภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการปะทะสังสรรค์ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ อาจเป็นระดับกลุ่ม ระดับสังคมองค์การ หรือการทำงานพบปะผู้คน อาจจะมีระยะสั้นหรืออาจจะระยะยาวเหล่านี้ ล้วนเป็นสภาพทางสังคมทั้งสิ้น สภาพแวดล้อมนี้เกี่ยวข้องกับสาเหตุการเกิดความเครียดได้อย่างแน่นอน เพราะทั้ง 3 ส่วนนี้ ยังคงเป็นสภาพแวดล้อมที่อยู่รอบตัวมนุษย์และมีความสัมพันธ์กัน สิ่งที่เราอาจพอทราบได้ก็คือ ส่วนใดจะเป็นสาเหตุเชื่อมโยงโดยตรง และส่วนใดเป็นสาเหตุโดยอ้อมเท่านั้น

2. องค์ประกอบทางด้านจิตใจ จิตแพทย์ท่านหนึ่งเคยเปรียบเทียบไว้ว่า จิตใจของคนเราไม่เหมือนกัน บางคนเปราะบางเหมือนแก้ว บางคนก็เข้มแข็ง บางคนก็อ่อนแอมีความอดทนต่างกันไป บางคนกระทบอะไรหน่อยก็จะคอยแต่เครียด บางคนก็หนักแน่นเยือกเย็นเหมือนน้ำแข็ง บางคนวู่วามเหมือนไฟ รวมถึงการเก็บกดอารมณ์ความรู้สึกไว้และอาการของโรคจิต โรคประสาท บางคนชอบคาดหวังจากตนเองหรือจากคนอื่น

### สาเหตุทางด้านจิตวิทยา

สาเหตุทางด้านจิตวิทยาถือว่าเป็นสาเหตุที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับการเกิดความเครียดมากที่สุด โดยมีองค์ประกอบ 4 ส่วน ดังนี้

- 1) ความรู้สึกและอารมณ์
- 2) สถานการณ์
- 3) ประสบการณ์ในชีวิต
- 4) การตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิต

### ระดับความเครียด

ความเครียดในระดับที่เหมาะสมจะก่อให้เกิดพลังสร้างสรรค์ แต่ความเครียดในระดับสูงที่บุคคลมีปฏิกริยาตอบสนองและใช้กลไกการปรับตัวไม่เหมาะสมจะก่อให้เกิดปัญหาตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงรุนแรงบุคคลแต่ละบุคคลจะตอบสนองต่อความเครียดแตกต่างกัน บางคนจะมีปฏิกริยาตอบสนองรุนแรงใช้เวลานาน บางคนอาจจะมีปฏิกริยาเพียงเล็กน้อยทั้งที่อยู่ในสถานการณ์ที่เกิดความเครียดในเรื่องเดียวกันก็ตาม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การรับรู้ การปรับตัว พื้นฐานของร่างกาย ความเชื่อทัศนคติ วัฒนธรรม ของแต่ละบุคคลที่มีต่อความเครียด

แจนิส (Janis, 1952) แบ่งความเครียดเป็น 3 ระดับดังนี้

1. ความเครียดระดับต่ำ (Mild Stress) คือมีความเครียดเกิดน้อยมากและหมดไปในระยะเวลาอันสั้นเพียงวินาทีหรือภายในชั่วโมงเท่านั้น มักเกิดจากสาเหตุเพียงเล็กน้อย ได้แก่ทำงานไม่ทันเวลา การนัดหมายคลาดเคลื่อน
2. ความเครียดระดับปานกลาง (Moderate Stress) ความเครียดระดับนี้รุนแรงกว่า โดยมีระยะเวลาเป็นชั่วโมงหรือหลายๆชั่วโมงจนกระทั่งนานเป็นวันได้ เช่น การเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง ความเครียดจากการทำงานมากเกินไป ความขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงาน เป็นต้น
3. ความเครียดระดับสูง (Severe Stress) ความเครียดระดับนี้จะอยู่นานเป็นสัปดาห์ เป็นเดือนหรือเป็นปีก็ได้ มีผลกระทบโดยตรงต่อวิถีชีวิต เช่น การเจ็บป่วยรุนแรง ความพิการ การตกงาน การหย่าร้าง อุทกภัย อัคคีภัย เป็นต้น

**ผลกระทบที่เกิดจากความเครียด** เมื่อเกิดความเครียดจะมีผลต่อผู้สูงอายุดังนี้

#### ผลกระทบด้านร่างกาย

1. ระบบหัวใจและหลอดเลือด ความเครียดมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงของจังหวะการเต้นของหัวใจ หัวใจจะสูบฉีดโลหิตเร็วและแรงขึ้นอาจทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้
2. ระบบย่อยอาหาร อาจเกิดเป็นแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก อาเจียน เบื่ออาหาร ท้องอืด ท้องผูก เป็นต้น
3. ระบบหายใจ อาจมีอาการเยื่อหุ้มจมูกแห้ง หายใจลำบาก เกิดหอบหืดได้
4. ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก มีอาการเจ็บปวดตามข้อมือและข้อเท้า ปวดกล้ามเนื้อ เกิดโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์
5. ระบบผิวหนัง อาจมีอาการคัน เจ็บ ชา มีเหงื่อออกมากกว่าปกติ โดยเฉพาะบริเวณฝ่ามือ ฝ่าเท้า และหน้าผาก รวมทั้งอาจทำให้เป็นริ้วรอย ผมห่น เป็นต้น
6. ระบบขับถ่ายและสืบพันธุ์ ระบบขับถ่ายปัสสาวะจะมีอาการผิดปกติเห็นได้ชัดเจน เช่น เกิดปัสสาวะรดที่นอน ในระบบสืบพันธุ์ สมรรถภาพทางเพศลดลง



ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้นจะมีผลทำให้ความพึงพอใจในชีวิตลดลง เกิดความผิดปกติทางจิตใจและมีความเกี่ยวเนื่องกับความเจ็บป่วย เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะอาหาร การทำหน้าที่ของภูมิคุ้มกันทางร่างกายลดลง ซึ่งการจัดการ กับความเครียดจะเป็นการปฏิบัติเพื่อควบคุม หรือลดความเครียดต่างๆที่เกิดขึ้น โดยอาศัยแหล่ง จากร่างกายและจิตใจของตนเอง สำหรับความเครียดในผู้สูงอายุจะพบว่าเกิดจากปัญหา เรื่องสุขภาพกายที่เสื่อมไปตามอายุขัย ทำให้สมรรถภาพต่างๆ ของร่างกายลดลง ดังเช่น ผลการวิจัยของ จอห์นสันและคณะ ที่พบว่า เหตุการณ์ที่ทำให้ผู้สูงอายุใน ชนบทประเทศสหรัฐอเมริกา มีความเครียดมากที่สุดคือ ปัญหาการนอนหลับ รองลงมาคือ จานวน เพื่อนลดลง การไม่ได้รับใบอนุญาตให้ต่อใบขับขี่รถยนต์ ความว้าเหว่ เวลาในครอบครัวน้อยลง ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง การพึ่งพาผู้อื่น การตายจากบุคคลในครอบครัวและการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตามลำดับ เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด แตกต่างกันในแต่ละวัฒนธรรม เช่น เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้สูงอายุได้หวั่นที่ไม่พบใน คนอเมริกันได้แก่การให้การดูแลลูกสาวหรือลูกสะใภ้ในระยะหลังคลอด การไปเยี่ยมญาติ การ จัดหาผู้ครองใจไม่สำเร็จ การเลี้ยงหลาน การขัดแย้งกับบุตรและสะใภ้ การขอค่าใช้จ่ายจากบุตร การขึ้นรถประจำทาง บุตรปฏิเสธที่จะให้ตนเองอยู่ด้วยซึ่งมีความคล้ายคลึง กับผู้สูงอายุไทย เนื่องจากวัฒนธรรมคล้ายกัน ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นต้องลดความเครียดของตนในการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุมีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมนั้น เพนเดอร์ ได้เสนอวิธีการจัดการกับความเครียดไว้ ดังนี้

1. การลดความถี่ของสถานการณ์ที่มากกระตุ้นให้เกิดความเครียด (minimizing the frequency of stress-inducing situation) โดยการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือการดำเนินชีวิตที่กระตุ้นให้เกิดความเครียด เช่น การหางานอดิเรก การพักผ่อนหย่อนใจ เป็นต้น

2. การเพิ่มแรงต้านทานต่อความเครียด (increasing resistance to stress) การเพิ่มแรงต้านทานต่อความเครียดสามารถทำได้ทั้งร่างกายและจิตใจ ทางด้านจิตใจ สามารถ ทำได้โดยการปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพและการรับรู้ของตน ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พัฒนาจุดมุ่งหมายของตนเองและเสริมสร้างแหล่งเผชิญความเครียด สำหรับการจัดการกับ ความเครียดโดยการเพิ่มแรงต้านทานความเครียดทางด้านร่างกาย ทำได้โดยการออกกำลังกาย จากการศึกษาของโจนส์และไนส์ ที่ศึกษาการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายในสตรีสูงอายุชาวแอฟริกันกับอเมริกา พบว่าการออกกำลังกายมีผลต่อการลด ความรู้สึกเครียด เช่นเดียวกับการศึกษาของศักดิ์ฐาพงษ์ ไชยศรี (40) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเห็นว่าการออกกำลังกายทำให้จิตใจแจ่มใส กระปรี้กระเปร่าและมีความเครียดลดลง

3. การสร้างเงื่อนไขตรงกันข้าม เพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งรบกวนทางสรีรวิทยาที่มีผลมาจากความเครียด (counterconditioning to avoid physiological arousal resulting from stress)



โดยการใช้เทคนิคผ่อนคลายต่างๆ เช่น การนั่งสมาธิ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การผ่อนคลายโดยใช้เครื่องไบโอฟีดแบค (Biofeedback)

### การบริหารจัดการความเครียด

เมื่อเกิดความเครียดควรหาทางผ่อนคลายความเครียดเพื่อช่วยให้จิตใจสงบ ซึ่งวิธีการคลายเครียดมีหลายวิธี สามารถเลือกปฏิบัติได้ตามความเหมาะสมดังนี้

1. ทบทวนสาเหตุของความเครียด โดยอาจพิจารณาด้วยตนเองหรือปรึกษากับคนใกล้ชิดที่ไว้วางใจหรืออาจจะปรึกษาหารือกับผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิต เช่น จิตแพทย์เมื่อพบสาเหตุแล้วจะได้หาทางแก้ไขต่อไป

2. การออกกำลังกาย การออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาที่ตนเองถนัดเหมาะสมกับวัยและสภาพแวดล้อม เช่น การเดิน วิ่ง การขี่จักรยาน การว่ายน้ำ เป็นต้น ควรเลือกการออกกำลังกายกลางแจ้งร่วมกับเพื่อนๆ หรือสมาชิกในครอบครัวเพื่อความสนุกสนาน

3. รับประทานอาหารที่ดีมีประโยชน์ ในขณะที่เครียดอาจทำให้มีอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ อาหารไม่ย่อย จึงควรรับประทานอาหารที่ย่อยง่าย งดอาหารรสจัดและควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่

4. นอนหลับให้เพียงพอ คนที่มีความเครียดมักจะไม่หลับ หลับยากหรือหลับแล้วฝันร้าย ซึ่งจะส่งผลให้ร่างกายอ่อนเพลียได้ ถ้ามีอาการนอนไม่หลับ ควรปฏิบัติดังนี้

- พยายามอย่านอนกลางวัน เพราะถ้านอนกลางวันมาก กลางคืนก็จะไม่สงบและควรเข้านอนเป็นเวลา หากยังไม่สงบให้ทำกิจกรรมอื่นทำไปก่อน เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง เป็นต้น

- ออกกำลังกายในช่วงเย็น จะช่วยให้นอนหลับดีขึ้น

- ก่อนเข้านอนอย่าดื่มน้ำชา กาแฟ เพราะสิ่งเหล่านี้จะทำให้ระบบประสาทตื่นตัว ส่งผลให้นอนไม่หลับ และอย่าใช้ยานอนหลับหรือยาแก้ปวดประสาทเอง ควรปรึกษาแพทย์ก่อนเพื่อความปลอดภัย

5. ปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยใหม่ เช่น จัดข้าวของในบ้านให้เป็นระเบียบ ทำความสะอาดบ้านเรือนให้ดูงามตา

6. ทำงานอดิเรกที่ตนเองชื่นชอบ เช่น การปลูกต้นไม้ หรือสะสมสิ่งของที่ตนเองชอบ

7. หาความสนุกสนานเพลิดเพลินหรือเปลี่ยนบรรยากาศ เช่น การท่องเที่ยว การชมภาพยนตร์ ฟังเพลง เป็นต้น แต่ไม่ควรคลายเครียดด้วยการดื่มเหล้า สูบบุหรี่ ยาเสพติดอื่นๆ เพราะอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ

8. พยายามฝึกตนเองให้มีอารมณ์ขัน รู้จักยิ้มหรือหัวเราะเสียบ้างจะช่วยผ่อนคลายความเคร่งเครียดในชีวิตลงได้ ควรอยู่ใกล้คนที่มามีอารมณ์ขันและถ้ามีเวลาว่างควรหาหนังสือประเภทบันเทิงหรือหนังสือตลกบ้างเพื่อให้มีอารมณ์ขันซึ่งจะช่วยลดความเครียดได้

9. รู้จักให้อภัยคนอื่น ความโกรธที่อัดแน่นอยู่ในใจเป็นสาเหตุให้จิตใจขาดความสงบสุข ถ้าให้อภัยผู้อื่น จะทำให้จิตใจสงบขึ้น

10. การทำสมาธิ การทำสมาธิจะช่วยให้เรามีจิตใจที่สงบสุข ควรเลือกสถานที่ที่เงียบสงบไม่มีสิ่งรบกวน เช่น ห้องพระ ห้องนอน มุมสงบในบ้านหรือวัด นอกจากนี้การร่วมกิจกรรมทางศาสนาจะทำให้จิตใจสงบ ผ่อนคลายความเครียดได้ดียิ่ง เช่น การฟังเทศน์ การสวดมนต์ เป็นต้น

แนวทางการช่วยคลายเครียดที่ผู้สูงอายุควรรู้และนำไปปฏิบัติได้แก่

1. ฝึกแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเป็นเหตุเป็นผลโดยการพูดคุยกับผู้เกี่ยวข้องครอบครัว หรือผู้ใกล้ชิด สร้างความชัดเจนและตัดสินใจเลือกวิธีแก้ไขปัญหาด้วนเหตุผล หากยังมีความเครียดให้ ทบทวนและแสวงหาแนวทางใหม่

2. ร่วมกิจกรรมทางสังคมให้มากขึ้นและสม่ำเสมอ การออกกำลังกาย การทำกิจกรรม อุดิเรก จะช่วยที่ความตึงเครียดผ่อนคลายลงได้

3. ผู้สูงอายุควรฝึกทักษะคลายเครียด เช่น การทำสมาธิ การฝึกโยคะ การร้องรำทำ เพลง เพื่อคลายเครียด รวมทั้งการนวดเพื่อคลายเครียดก็ช่วยผ่อนคลายได้ดี

จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่มียประโยชน์ในการส่งเสริม สุขภาพของ ผู้สูงอายุ ซึ่งผู้ให้บริการควรส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมดังกล่าว โดยพิจารณาปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์ เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น

## 2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองในเรื่องสุขภาพของประชาชนนั้นการดูแลสุขภาพตนเองมีความสำคัญ มากเนื่องจากเป็นการปฏิบัติเพื่อสุขภาพและชีวิตของตนเองโดยลดการพึ่งพาคือคนอื่นและเป็นความ รับผิดชอบต่อตนเองเพราะการดูแลตนเองเป็นสิ่งที่จะทำให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีในปัจจุบันมีจำนวน ผู้ป่วยเรื้อรังมากขึ้น ระบบบริการสุขภาพได้เปลี่ยนไปเป็นการให้บริการเชิงรุกกระตุ้นให้ประชาชนหัน มาดูแลสุขภาพตนเองเป็นการป้องกันการเกิดโรคดีกว่าที่จะมาแก้ไขหรือทำการรักษาเมื่อเกิดการ เจ็บป่วยภายหลังประชาชนเริ่มมองว่าการรักษาทางการแพทย์อย่างเดียวมีส่วนที่จะทำให้ตนเอง สุขภาพดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ การมีสุขภาพที่ดีขึ้นอยู่กับวิถีการดำเนินชีวิตซึ่งมีความสัมพันธ์ กับเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมของประชาชน การศึกษาความรู้เรื่องสุขภาพอนามัยจากสื่อต่างๆมากขึ้น ทำให้ประชาชนเริ่มมองเห็นสิทธิของตนเองมากขึ้น ป้องกันสิทธิขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพและชีวิต ของตนเองประชาชนมีส่วนร่วมในการควบคุมดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น ทำให้หลายฝ่ายได้เริ่มให้ความ สนใจอย่างจริงจังกับแนวคิดการดูแลตนเองมากขึ้น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองจึงเป็นกิจกรรมที่

จำเป็นอย่างยิ่งต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นการกระทำที่พึงปรารถนาของแต่ละบุคคล ในส่วนของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

องค์การอนามัยโลก กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเองหมายถึงการดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงานและชุมชน โดยรวมถึงความคิด การตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมทั้งการรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค (รวมทั้งการใช้ยา) และการปฏิบัติตนหลังรับบริการ

คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (41) ได้กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเองหมายถึงการดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพในเชิงบวกของตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชนรวมถึงการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอันได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรคและการฟื้นฟูสภาพให้กลับสู่ภาวะที่จะอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ภายหลังการเจ็บป่วยหรือมีความพิการเกิดขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง การดูแลสุขภาพตนเองหมายถึงกิจกรรมใดก็ตามที่บุคคลได้เริ่มปฏิบัติด้วยตนเองโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อดำรงรักษาชีวิต ภาวะความมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตนเป็นการกระทำอย่างมีแบบแผนเป็นขั้นตอนมีความต่อเนื่องและเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสุดของแต่ละบุคคล ซึ่งการดูแลสุขภาพตนเองจะเกิดประโยชน์ต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนน่านับประการ (42) คือ

1. เป็นการส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของประชาชนให้เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเองเช่น การแปรงฟัน ล้างมืออาบน้ำ สระผม ตัดเล็บและการรับประทานอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสม เป็นต้น

2. เป็นการป้องกันตนเองไม่ให้เกิดโรคและความเจ็บป่วยที่สามารถป้องกันได้ เช่น โรคคอติบ โรคไอกรน บาดทะยักโรคหัวใจที่เกิดจากสารคอเลสเตอรอลในอาหารประเภทไขมันการได้รับภูมิคุ้มกันโรค การตรวจร่างกายประจำเป็นการรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น

3. เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงการประเมินสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชนได้ด้วยตนเอง การที่ประชาชนสามารถประเมินสภาวะสุขภาพตนเองได้นั้น ประชาชนจะต้องมีความรู้และความสามารถ บอกความแตกต่างระหว่างสุขภาพและความเจ็บป่วยภายใต้บรรทัดฐานทางสังคมเดียวกันโดยผ่านสื่อต่างๆ เช่น การเรียนการสอนในโรงเรียน บทความข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยในหนังสือพิมพ์วารสารวิทยุและโทรทัศน์ประชาชนจึงจะสามารถวิเคราะห์และทราบถึงความรุนแรงของโรคได้

4. เป็นการตัดแปลงการรักษาทางการแพทย์ให้เหมาะสมกับสภาวะการณ์เป็นจริง เช่นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ได้แก่ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรคไตระยะสุดท้ายซึ่งการรักษาทาง

การแพทย์ไม่สามารถรักษาได้ผู้ป่วยจะสามารถเลือกการปฏิบัติตนเองให้หายจากโรค แม้ว่าจะขัดต่อการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันก็ตาม

5. สามารถนำไปสู่การเคลื่อนไหวของกลุ่มที่จะช่วยกันดูแลในกระบวนการดูแลรักษา เช่น กลุ่มเลิกสุรา กลุ่มเลิกบุหรี่ กลุ่มเพื่อการลดน้ำหนัก กลุ่มดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จากข้อความดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า การดูแลตนเองนั้นประกอบไปด้วยการส่งเสริมสุขภาพตนเอง การป้องกันและการรักษาควบคู่กันไป

#### 2.4.1 วัตถุประสงค์ของการดูแลสุขภาพ

วัตถุประสงค์ของการดูแลสุขภาพหรือที่โอริเอม เรียกว่าการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-Care Requisites) ซึ่งเป็นความตั้งใจหรือเป็นผลที่เกิดขึ้นทันทีหลังจากการกระทำ แบ่งได้ 3 ประเภท ดังนี้

**2.4.1.1 การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self-Care Requisites)** เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกเพศทุกวัย แต่ปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์ของการดูแลสุขภาพตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมี ดังนี้

- 1) คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ
- 2) คงไว้ซึ่งการขับถ่ายตามปกติ
  - (1) จัดการให้มีการขับถ่ายตามปกติ
  - (2) จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขับถ่าย
  - (3) การดูแลสุขภาพวิทยาส่วนบุคคล
  - (4) ดูแลสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะ
- 3) การรักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน
  - (1) เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหว ออกกำลังกาย การตอบสนองทางอารมณ์ ทางสติปัญญาและมีการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอย่างเหมาะสม
  - (2) รับรู้และสนใจถึงความต้องการพักผ่อนและการออกกำลังกายของตนเอง
  - (3) ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยม และกฎเกณฑ์ ขนบธรรมเนียม ประเพณี เป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อนและการมีกิจกรรมของตนเอง
- 4) รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น

(1) คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็นในการพัฒนาเพื่อเป็นสิ่งที่พึงของตนและสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น

(2) การปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้าง เพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน

(3) ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเองและการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

5) ป้องกันอันตรายต่างๆต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ

(1) สนใจและรับรู้อันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น

(2) จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตรายได้

(3) หลีกเลียงหรือป้องกันตนเองจากอันตรายต่างๆ

(4) ควบคุมหรือจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ

ภาพ

6) ส่งเสริมการอยู่อย่างปกติสุข

(1) พัฒนาและรักษาไวซึ่งมโนทัศน์เป็นจริงของตนเอง

(2) ปฏิบัติในกิจกรรมส่งเสริมการพัฒนาการของตนเอง

(3) ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไวซึ่งโครงสร้างและหน้าที่

ของบุคคล

(4) ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้างและการทำหน้าที่ที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง

**2.4.1.2 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self- Care Requisites)** เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆของชีวิตและเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1) พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่สนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่างๆ

2) ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยการจัดการเพื่อบรรเทาความเครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจาก การขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทาง สังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บและการพิการ การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการตาย

**2.4.2.3 การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites)** เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โดยโครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วยและจากการวินิจฉัยและการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้มีดังนี้ คือ

- 1) แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้
- 2) รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ
- 3) ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ
- 4) รับรู้ สนใจดูแล และป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค
- 5) ปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยและการรักษา โดยรักษาไวซึ่งมีโน้ตัมและภาพลักษณ์ของตนเองที่ดี ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น
- 6) เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวิจัยและรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง

#### 2.4.2 ความสามารถในการดูแลตนเอง

ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency) หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่กระทำเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด เป็นความสามารถที่ซับซ้อนเพื่อให้กระบวนการของชีวิตเป็นไปตามปกติและคงไว้ซึ่งโครงสร้างการทำงานที่และพัฒนาการของบุคคล ตลอดจนส่งเสริมความผาสุก (Well-Being)

โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง มี 3 ส่วน คือ

**2.4.2.1 ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for Self-Care Operations)** เป็นความสามารถที่จำเป็นและต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้น ประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ ได้แก่

- 1) การคาดการณ์ เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง
- 2) การตัดสินใจ เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถควรและจะกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น
- 3) การลงมือปฏิบัติเป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

### 2.4.2.2 พลังความสามารถในการดูแลตนเอง (Power Components Enabling for Self-Care Operations) ไตแก

- 1) ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง
- 2) ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่มและการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องได้ตัดสินใจ
- 3) ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหว
- 4) ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง
- 5) มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง
- 6) มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และปฏิบัติตามที่
- 7) มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง
- 8) มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การกระทำ การติดต่อการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง
- 9) มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง
- 10) มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยสอดคล้องในแบบแผนการดำเนินชีวิต

### 2.4.2.3 ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน (Foundational Capabilities and Disposition) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการดูแลตนเองประกอบด้วย

- 1) ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ไตแก การรับความรู้สึก การรับรู้ ความจำความสามารถในการอ่าน เขียน ความสามารถในการหาและใช้เหตุผล
- 2) หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก
- 3) การรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆทั้งภายในและภายนอกตนเอง
- 4) การเห็นคุณค่าในตนเอง นิสัยส่วนตัว
- 5) ความตั้งใจ
- 6) ความเข้าใจในตนเอง
- 7) ความหวังใยในตนเอง
- 8) การยอมรับตนเอง
- 9) ระบบการจัดลำดับความสำคัญ
- 10) ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

### 2.4.3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง จำแนกออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ (Self Care in Health) และการรักษาดูแลสุขภาพตนเองในภาวะเจ็บป่วย (42)

**2.4.3.1 การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ (Self Care in health)** การดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อสุขภาพอนามัยเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเอง และสมาชิกในครอบครัวให้มีสุขภาพแข็งแรง สมบูรณ์อยู่เสมอ เป็นพฤติกรรมที่ทำในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง มี 2 ลักษณะ คือ

1) การดูแลสุขภาพส่งเสริมสุขภาพ (Health Maintenance) คือ พฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขและพยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่างๆที่จะส่งผลต่อสุขภาพ เป็นพฤติกรรมของประชาชนที่กระทำอย่างสม่ำเสมอในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง

2) การป้องกันโรค (Disease Prevention) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่างๆ เช่น การไปรับภูมิคุ้มกันโรคโดย แบ่งระบบการป้องกันโรคออกเป็น 3 ระดับ คือ การป้องกันโรคระดับเบื้องต้น (Primary Prevention) การป้องกันความรุนแรงของโรค (Secondary Prevention) เป็นระดับการป้องกันที่มุ่งขจัดให้โรคหมดไปก่อนที่อาการของโรคจะรุนแรงมากขึ้นและการป้องกันการแพร่ระบาดของ โรค (Tertiary Prevention) เป็นระดับการป้องกันที่มีเป้าหมายต้องการยับยั้งการแพร่กระจายของ โรคจากผู้ป่วยไปสู่คนอื่นๆ

**2.4.3.2 การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อยามเจ็บป่วย (Self Care in Illness)** เมื่อบุคคลรู้ว่าตนเองเจ็บป่วย ซึ่งอาจจะตัดสินใจด้วยตนเอง หรือครอบครัว หรือเครือข่ายสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย มีองค์ประกอบอยู่อย่างน้อย 4 ระดับด้วยกัน คือ การดูแลตนเองของแต่ละบุคคล (Individual Self Care) การดูแลสุขภาพของครอบครัว (Family Care) การดูแลสุขภาพโดยเครือข่ายสังคม (Care from the Extended Social Network) การดูแลสุขภาพโดยกลุ่ม หรือบุคคลในชุมชน (Mutual Aid or Self Help Group)

### 2.4.4 เป้าหมายของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

โอเร็มได้กำหนดเป้าหมายของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองว่า

2.4.4.1 เป็นไปเพื่อประคับประคองกระบวนการชีวิต (Life Processes) และสนับสนุนการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขต่างๆ

2.4.4.2 เพื่อผดุงไว้ซึ่งการเจริญเติบโต พัฒนาการ และวุฒิภาวะที่เหมาะสม

2.4.4.3 เพื่อป้องกัน ควบคุม บำบัดรักษาโรคภัยไข้เจ็บ และการได้รับภัยอันตราย

2.4.4.4 เพื่อป้องกันหรือปรับตัวให้สอดคล้องกับความบกพร่องของสมรรถนะ



## 2.5 แนวคิดและทฤษฎี PRECEDE Framework

PRECEDE Model เป็นทฤษฎีด้านพฤติกรรมพัฒนาโดยลอเรนซ์กรีน (61) มีวัตถุประสงค์เพื่อนำมาใช้ในการประเมินผลโครงสร้างงานสุขศึกษาต่างๆ เนื่องจากงานด้านสุขศึกษาได้รับการพัฒนาให้เจริญก้าวหน้ามาก วิธีการขั้นตอนในการดำเนินการวางแผนและการประเมินผลที่มีประสิทธิภาพกรีนและผู้ร่วมงานในมหาวิทยาลัยจอห์น ฮอปกินส์ (John Hopkins University) ได้พัฒนาPRECEDE สำหรับนำมาใช้ในการวินิจฉัยและประเมินผล 31 โครงการสุขศึกษาและโครงการส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ ซึ่งแนวคิดนี้ได้ให้ความสำคัญต่อปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 ปัจจัยคือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม และได้เสนอกระบวนการวิเคราะห์โดยเริ่มจากเป้าหมายและสภาพการณ์ของปัญหาสุขภาพที่เป็นอยู่ย้อน กลับไปยังสาเหตุว่าเป็นเพราะปัจจัยใดบ้าง หลังจากนั้นในปี ค.ศ.1980 กรีนได้ร่วมกับมาร์เชลล์ครูเตอร์ (Marshall Krueter) ได้พัฒนา PROCEED เพิ่มขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพที่เพิ่มไปจากงานสุขศึกษาดั้งเดิมที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ การวินิจฉัยด้านการบริหารเป็นขั้นตอนท้ายสุดของ PRECEDE ช่วยให้ปฏิบัติงานมีวิสัยทัศน์กว้างไกล นอกจากกิจกรรมทางด้านการศึกษาหรือสุขศึกษาแล้วยังจะสามารถก้าวไปถึงความจำเป็นเกี่ยวกับการปฏิบัติการทางการเมือง การจัดการและเศรษฐกิจซึ่งมีผลต่อระบบสังคม สิ่งแวดล้อม จนถึงครรลองการดำเนินชีวิตที่มีสุข (Healthful Lifestyles) และจะทำให้มีความสมบูรณ์ทางร่างกายจิตใจและสังคมมากยิ่งขึ้นหลังจากนั้นได้มีการพัฒนาปรับปรุง PRECEED-PROCEDE Model ต่อมาเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่องเพื่อที่จะสามารถอธิบายพฤติกรรมทางสุขภาพได้อย่างกระชับและสมบูรณ์มากขึ้นแบบจำลอง PRECEDE-PROCEED Model ประกอบด้วย ส่วน ประกอบ 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยปัญหา (Diagnostic Phase)

เรียกว่า PRECEDE (Predisposing Enabling and Reinforcing Causes in Educational Diagnosis and Evaluation) และส่วนที่สองเป็นระยะของการพัฒนาแผน ซึ่งจะต้องทำส่วนที่ 1 ให้เสร็จก่อนจึงจะวางแผนและนำไปสู่การดำเนินงานและการประเมินผลส่วนนี้เรียก PROCEED (Policy, Regulatory, and Organization Constructs in Education and Environmental Development) โดยแบ่งเป็นรายละเอียดขั้นตอนที่เริ่มต้นจากเป้าหมายสุดท้ายที่ต้องการให้เกิดขึ้นซึ่งตามทฤษฎี คือ คุณภาพชีวิตหรือการมีสุขภาพที่ดีมีขั้นตอนพื้นฐานในการวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพตั้งแต่การประเมินทางสังคม การประเมินทางระบาดวิทยา, พฤติกรรม, สภาพแวดล้อม การวิเคราะห์ทางการศึกษาและสิ่งแวดล้อม การวิเคราะห์ทางการบริหาร นโยบายและการปรับกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานตามแผนและการประเมินผล ซึ่งจะกล่าวโดยสรุป ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินทางสังคม (Phase 1: Social Assessment) เป็นการพิจารณาและประเมิน “คุณภาพชีวิต” ซึ่งถือว่าเป็นขั้นตอนแรกของการประเมินโดยการประเมินสิ่งที่เกี่ยวข้องหรือตัวกำหนดคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มเป้าหมายต่างๆ เช่นผู้ป่วยนักเรียน กลุ่มคนวัยทำงาน เป็นต้น โดยสิ่งที่ประเมินได้จะต้องเป็นตัวชี้วัดและเป็นตัวกำหนดคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มนั้น

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินทางระบาดวิทยา (Phase 2: Epidemiological Assessment) เป็นการประเมินว่ามีปัญหาสุขภาพที่สำคัญอะไรบ้าง ซึ่งปัญหาสุขภาพจะเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาสังคมหรือได้รับผลกระทบจากปัญหาสังคม ในขณะที่เดียวกันปัญหาสุขภาพก็มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเช่นกันรวมทั้งเรื่องเกี่ยวกับพันธุกรรม ซึ่งถึงแม้ว่ายังไม่มีข้อมูลยืนยันชัดเจนว่าพันธุกรรมมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ ข้อมูลทางระบาดวิทยาจะชี้ให้เห็นถึงการเจ็บป่วยการเกิดโรคและปัญหาสุขภาพตลอดจนปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและการกระจายของโรคการ วิเคราะห์ทางระบาดวิทยาจะช่วยให้สามารถจัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงาน สุขศึกษาได้อย่างเหมาะสมต่อไปนอกจากนี้ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาทางสุขภาพและองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นองค์ประกอบภายนอกตัวบุคคลซึ่งไม่สามารถควบคุมโดยใช้ตัวเองได้แต่เป็นสิ่งที่ช่วยปรับเปลี่ยนสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของบุคคลหรือบุคคลอื่นอิทธิพลต่อองค์ประกอบเหล่านี้ต่อพฤติกรรมมนุษย์โดยชี้ให้เห็นว่าแผนงานโครงการนี้เน้นเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคลเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้องและยังไม่สมบูรณ์จำเป็นต้องพิจารณาสิ่งผลักดันต่างๆ ในสังคมที่จะมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพด้วย ซึ่งสิ่งผลักดันเหล่านี้อาจเป็นระดับประเทศ ระดับภาค ระดับชุมชน หรือองค์กรที่เล็กลงมาก็ได้

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินทางการศึกษาและสิ่งแวดล้อม (Phase 3: Educational and Ecological Assessment) ในขั้นตอนนี้เป็นการประเมินเพื่อหาปัจจัยต่างๆ ทั้งที่เป็นปัจจัยภายในบุคคลและภายนอกบุคคลเพื่อนำข้อมูลมาแก้ไขปัญหา ประกอบด้วย 3 กลุ่มปัจจัยได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

1. ปัจจัยนำ (Predisposing Factor) หมายถึง ปัจจัยพื้นฐานที่เป็นคุณลักษณะของบุคคลที่ติดตัวมา ซึ่งก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลหรือในอีกด้านหนึ่งปัจจัยนี้จะเป็นความพอใจ (Preference) ของบุคคลที่ได้มาจากประสบการณ์การเรียนรู้ (Education Experience) ซึ่งมีผลทั้งการสนับสนุนและยับยั้งการแสดงพฤติกรรมทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล อาทิ เช่น ความรู้ทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงสภาพทางสังคม เศรษฐกิจ อายุ เพศ ระดับการศึกษา และขนาดของครอบครัว เป็นต้น

2. ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรหรือสิ่งแวดล้อมที่จำเป็นที่เกื้อกูลในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชนรวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้นๆ อาทิเช่น ราคาของบริการระยะทางเวลาที่ใช้สิ่งสำคัญคือการหาง่าย (Availability)

และความสามารถที่จะเข้าถึง (Accessibility) แหล่งทรัพยากรรวมทั้งทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรม และกฎหมายก็ถือว่าเป็นปัจจัยเอื้อเช่นกัน

3. ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) หมายถึง ปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติหรือพฤติกรรมสุขภาพได้รับการสนับสนุนหรือไม่เพียงใดลักษณะและแหล่งของปัจจัยเสริมจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัญหาในแต่ละเรื่อง เช่นการดำเนินงานสุขศึกษาในโรงเรียนหรือสถานศึกษาในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นนักเรียน ปัจจัยเสริมที่สำคัญได้แก่เพื่อนนักเรียน ครูอาจารย์หรือบุคคลในครอบครัว เป็นต้น ปัจจัยเสริม อาจเป็นการกระตุ้นเตือนการให้รางวัลที่เป็นสิ่งของคำชมเชย การยอมรับการเอาเป็นแบบอย่าง การลงโทษ การไม่ยอมรับการกระทำนั้นๆ หรืออาจเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้บุคคลนั้นๆ ปฏิบัติตามก็ได้ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเองและอิทธิพลของบุคคลต่างๆ นี้ก็จะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคลและสถานการณ์โดยอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ก็ได้

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินทางการบริหารนโยบายและการปรับกำหนดแนวทาง (Phase 4:Administrative Policy Assessment and Intervention Alignment) ขั้นนี้เป็นการประเมินความสามารถและทรัพยากรขององค์กรรวมทั้งด้านการบริหารเพื่อนำไปสู่การสร้างแผนงานและดำเนินงานตามแผน อาจจะมีปัญหาหลายประการที่ขัดขวางการวางแผนและดำเนินงาน เช่นการจำกัดของทรัพยากรการขาดนโยบายหรือนโยบายไม่เหมาะสม ปัญหาด้านเวลาเป็นต้น ซึ่งปัญหาเหล่านี้อาจจะแก้ไขได้ โดยการร่วมมือประสานงานกับหน่วยงานส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานระดับสูงขึ้นไปนอกจากนี้ในขั้นนี้จะเกี่ยวข้องกับการกำหนดกลยุทธ์และวิธีการต่างๆ ที่เหมาะสมโดยพิจารณาถึงสถานที่ที่จะมีโครงการส่งเสริมสุขภาพ เช่น ชุมชนสถานที่ประกอบการโรงงาน โรงเรียน คลินิกสุขภาพหรือสถานบริการสุขภาพ เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 5 การปฏิบัติงานตามแผน (Phase 5:Implementation) เป็นการดำเนินงานตามกลวิธีวิธีการและกิจกรรม โดยระบุผู้รับผิดชอบแต่ละเรื่องและประเด็นที่กำหนดไว้

ขั้นตอนที่ 6, 7, 8 การประเมินผล (Phase 6, 7, 8: Evaluation) ขั้นตอนนี้จะมีปรากฏอยู่ในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน

โดยทั้งนี้ต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการประเมินและดัชนีชี้วัดไว้ อย่างชัดเจนแล้ว การประเมินผลจะประกอบด้วย การประเมินใน 3 ระดับคือการประเมินโปรแกรมที่มีต่อปัจจัยทั้ง 3 ด้าน การประเมินผลกระทบของโครงการและท้ายสุดคือการประเมินผลลัพธ์ของโครงการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล

## 2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุได้มีผู้ศึกษาไว้พอสรุปได้ดังนี้

นพรัตน์ หนูบ้านยาง (43) ได้ศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้ากรมการแพทย์ทหารเรือ พบว่าการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในเกณฑ์การปฏิบัติค่อนข้างดีและการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามตัวแปรการศึกษาอาชีพ และรายได้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อริสา จิตต์วิบูลย์ (44) ได้ทำการศึกษา ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุบ้านท่านางหอม อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา พบว่าภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยเฉพาะภาวะสุขภาพด้านจิตใจอยู่ในระดับดีที่สุด ส่วนด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับไม่ดี ปัจจัยด้านอายุ สถานภาพสมรส รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อรชร โวทวี (25) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในอำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรีกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถทำนายพฤติกรรม การรับประทานอาหาร แรงแสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและ แรงแสนสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวสามารถทำนายพฤติกรรม การออกกำลังกาย การรับรู้ภาวะสุขภาพของวัยสูงอายุ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแรงแสนสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว สามารถทำนายพฤติกรรม การปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแรงแสนสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สุวรรณา ดีแสน (45) ศึกษาถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลป่าหุ่ง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดีและเมื่อจำแนกตามองค์ประกอบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 รายการ พบว่าด้าน ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านโภชนาการอยู่ในระดับดี แต่ด้านกิจกรรมทางกาย และด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง

จุรีย์ เลหาพงษ์ (46) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลชลประทาน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ผลการวิจัยที่สำคัญพบว่า 1) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลชลประทาน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 47.702) ปัจจัยทางชีวสังคมได้แก่ระดับการศึกษา และรายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

สุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .01 ตามลำดับ 3) ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพ ทักษะคิดต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองและการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .014) ปัจจัยอื่น ได้แก่ การมีและเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข และสถานบริการสุขภาพอื่นๆที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปใช้บริการได้อย่างสะดวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .015) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดและการได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อจากแหล่งต่างๆมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ 6) ตัวแปรที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมี 4 ตัวแปร ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด และการได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อจากแหล่งต่างๆ ทักษะคิดต่อการส่งเสริมสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพ การมีและเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข และสถานบริการสุขภาพอื่นๆที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปใช้บริการได้อย่างสะดวก สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 36.80 ตัวแปรทำนายที่ดีที่สุด คือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด และการได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อจากแหล่งต่างๆ สามารถทำนายได้ร้อยละ 22.10

พระสุรชัย อยู่สาโก (47) ได้ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองท่าเรือพระแท่น อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า 1) ปัจจัยที่สนับสนุนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองท่าเรือพระแท่น อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง การตระหนักสุขภาพของวัยผู้สูงอายุ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง 2) การศึกษาของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเทศบาลเมืองท่าเรือพระแท่น อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .053) แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวสามารถทำนายพฤติกรรมรับประทานอาหารของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .0014) แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุขและแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .0015) ความตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุและแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุขสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมด้านโรคยาของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .0016) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและแรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .0017) แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและความตระหนักในสุขภาพของ

ผู้สูงอายุสามารถร่วมทำน่ายพุดิกรรการดูแลตนเองตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง 6 อ. ของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ปริศนา สุวรรณราช และคณะ (48) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพุดิกรรการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลเกาะคา อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง พบว่าพุดิกรรการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในส่วนของระดับพุดิกรรการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุมีพุดิกรรการบริโภคอาหารโดยปฏิบัติถูกต้องอยู่ในระดับต่ำ และปฏิบัติถูกต้องอยู่ในระดับสูงใกล้เคียงกัน 2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับพุดิกรรการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในส่วนของปัจจัยนำพบว่าการอยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับพุดิกรรการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .0013) ทศนคติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์กับพุดิกรรการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .0014) ความเชื่อเรื่องอาหารเสีงต่อสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพุดิกรรการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .0015) ปัจจัยเอื้อได้แก่การเข้าถึงอาหารที่ถูกหลักโภชนาการมีความสัมพันธ์กับพุดิกรรการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .0166) ปัจจัยเสริมได้แก่การสนับสนุนทางสังคม พบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพุดิกรรการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

อังชัน จึงสกุลวัฒนา (49) ปัจจัยที่มีผลต่อพุดิกรรสุขภาพของผู้สูงอายุวัยท่ายในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังโตนด อำเภอ นายายอาม จังหวัดจันทบุรี การศึกษาครั้งนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะประชากรและพุดิกรรสุขภาพของผู้สูงอายุวัยท่ายที่อาศัยในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังโตนด จำนวน 123 คน ผลการศึกษาสรุปผลได้ดังนี้ 1) ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุวัยท่ายเป็นเพศหญิง 65.04%, มีอายุเฉลี่ย 79.9 ปี, 66.67% ของกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีคู่สมรส ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุวัยท่าย (86.99%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา, 60.98 % ระบุว่ารายได้ไม่เพียงพอ, 68.85% ไม่ได้ประกอบอาชีพ, ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุวัยท่าย (97.56%) อยู่กับคู่สมรสและลูกหลานและ 51.22% เป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคม 2) พุดิกรรสุขภาพของผู้สูงอายุวัยท่ายที่อยู่ในระดับไม่ดี คือ ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ 3) อายุมีความสัมพันธ์ ทางลบกับพุดิกรรสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับการศึกษาและการประกอบอาชีพ มีความสัมพันธ์กับพุดิกรรสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วณีย์ ปรีชาอนันต์ (50) ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและความต้องการของผู้สูงอายุ ที่เป็นเบาหวานและครอบครัวและพุดิกรรสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน โรงพยาบาล พันธ์นิคม การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพุดิกรรสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานและครอบครัว ความต้องการของผู้สูงอายุ ที่เป็นเบาหวานและครอบครัว กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานจำนวน 71 คน และครอบครัวของ

ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักจำนวน 71 คน ซึ่งคัดเลือกโดยวิธี สุ่มอย่างง่ายจากคลินิกเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพนัสนิคม และศูนย์สุขภาพชุมชน ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลพนัสนิคมจังหวัดชลบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบ สัมภาษณ์วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจัดเป็นหมวดหมู่ข้อมูล และวิเคราะห์เนื้อหาผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง มีการออกกำลังกายด้วยการเดินรอบบ้าน มีการจัดการความเครียดด้วยการปรึกษาสมาชิกในครอบครัว ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยการ รับประทานยา และใช้สมุนไพรร่วมด้วยมีการตรวจประเมินเท้าและบริหารเท้าเป็นประจำ ผู้สูงอายุ ที่เป็นเบาหวานและครอบครัวมีความเชื่อที่สอดคล้องกันคือ เชื่อว่าการเป็นเบาหวานไม่สามารถรักษา ให้หายได้ แต่สามารถควบคุมอาการป่วยได้ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาช่วยลดความทุกข์ ทรมานจากการเจ็บป่วย ผู้สูงอายุและครอบครัวมีความเชื่อที่ไม่สอดคล้องกันคือ ผู้สูงอายุเชื่อว่า เบาหวานมีสาเหตุมาจากกรรมพันธุ์ การเป็นเบาหวานมีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ แต่ ครอบครัวเชื่อว่าเบาหวานมีสาเหตุมาจากพฤติกรรม การเป็นเบาหวานไม่มีผลกระทบต่อครอบครัว ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานส่วนใหญ่ต้องการดูแลเรื่องการพักผ่อน ต้องการให้ครอบครัวพาไปตรวจ รักษา และช่วยสังเกตอาการผิดปกติ ต้องการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ต้องการข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับอาหารเบาหวานและการออกกำลังกาย ส่วนครอบครัวต้องการให้ผู้สูงอายุเบาหวาน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารและต้องการข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเบาหวาน

ปาณิศา ดีใหม่ (51) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุบ้านไร่ป่าคา ตำบลท่าตุ้ม อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน พบว่าปัจจัยอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ใน ระดับปานกลาง ) และปัจจัยอิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสมาชิก ชมรมผู้สูงอายุด้านกิจกรรมทางกาย ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูง ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ใน ระดับปานกลาง ปัจจัยอิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยอิทธิพลด้านสถานการณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อัญชลี นพรัตน์ (52) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลบ้านปรก อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า 1) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในตำบลบ้านปรก อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม อยู่ในระดับสูง 2) ปัจจัยส่วนบุคคล

ได้แก่ เพศ อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .053) ปัจจัยนำโดยร่วมได้แก่ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ 4) ปัจจัยเอื้อโดยร่วมได้แก่ที่เสริมสุขภาพด้านสถานที่ ระยะทาง ค่าใช้จ่าย ระยะเวลาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ 5) ปัจจัยเสริมโดยร่วมได้แก่การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและสื่อประชาสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทางสถิติที่ระดับ .01

ทรศณีย์ โกศยทิพย์ (53) ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพ ในผู้สูงอายุ ในอำเภอตำบลลานหอย จังหวัดสุโขทัย การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่เป็น สมาชิกของชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำบลลานหอย จังหวัดสุโขทัย จำนวน 100 คน โดยการสุ่ม อย่างง่ายแบบไม่แทนที่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพและแบบวัดภาวะสุขภาพ ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรง ด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและนำไปหาความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบัท ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ 0.93 และแบบวัดภาวะสุขภาพ 61 เท่ากับ 0.86 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีคะแนนในระดับต่ำและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมีคะแนนในระดับต่ำ พฤติกรรมด้านบริโภค อาหารในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย การจัดการความเครียดอยู่ในระดับน้อยและพฤติกรรมการ ออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลางการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ( $r=386$ ,  $P\text{-value}<0.001$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปราณิศา ศรีวิชัยและคณะ (54) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ กรณีศึกษาผู้สูงอายุของสถานีอนามัยโนนสว่าง ตำบลจำปาโมง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดอุดรธานี ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 59.88 ส่วนเพศชายร้อยละ 40.12 อายุระหว่าง 60-64 ปี ร้อยละ 34.88 สถานภาพสมรสร้อยละ 55.25 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74.41 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 66.86 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 500 บาท ร้อยละ 87.20 แหล่งที่มาของรายได้จากเบี้ยชราภาพ ร้อยละ 61.07 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 77.90 ไม่ได้ดื่มเครื่องดื่มชูกำลังร้อยละ 81.39 ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 86.04 ล้างมือก่อนและหลังรับประทานอาหารทุกครั้งร้อยละ 88.37 การดูแลตนเองของผู้สูงอายุพบว่า การช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ร้อยละ



ละ 95.93 การออกกำลังกาย 1-3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 97.67 เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 88.38 ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากกับเจ้าหน้าที่ทุกปี ร้อยละ 74.48 ถอนฟันแล้วไม่ยากใส่ฟันเทียมร้อยละ 90.12 และไปรับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการของรัฐ ร้อยละ 57.55 ได้รับการตรวจสุขภาพตามเกณฑ์ทุกปีร้อยละ 95.35 ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุจากการจราจร ร้อยละ 98.26 ไม่มี ความเครียด วิตกกังวล และทุกข์ใจร้อยละ 84.88 การผ่อนคลายความเครียดได้ด้วยตนเองทุกครั้ง ร้อยละ 59.88 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 93.03 ไม่มีปัญหาเรื่องการนอนไม่หลับร้อยละ 84.88 มีส่วน ร่วมในการตัดสินใจเรื่องสำคัญๆ ในครอบครัวร้อยละ 84.88 และมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนาใน ชุมชนร้อยละ 94.76

เพชรณี สุวรรณมาลีและคณะ (55) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและความผาสุก ของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ในแขวงสะหวันนะเขตประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว พบว่าพฤติกรรมการจัดการความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุก อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ( $P < 0.05$ ) ส่วนพฤติกรรมการป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์ทางลบกับความ ผาสุกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ ในระดับปานกลาง พฤติกรรม ด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับสูง พฤติกรรมด้านการควบคุม อาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพอนามัยโดยทั่วไป การใช้ยาและการติดตามการรักษาอยู่ใน ระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมการป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับต่ำ สำหรับความ ผาสุก อยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุก

วิไลพร ขำวงษ์ และคณะ (56) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุ พบว่า 1) ปัจจัยด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และฐานะ การเงินมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ครอบครัว และแรง สนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง

ขวัญดาว กล่ำรัตน์ (57) งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเขต ภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย โดยจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ศึกษาองค์ประกอบของ ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย และเสนอแนวทางใน การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย ผลการวิจัยพบว่า การร่วมกิจกรรมทางสังคม ความเชื่อวัฒนธรรมท้องถิ่น การเข้าถึงแหล่งเรียนรู้ และการชี้แนะตนเอง ของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ความรู้การดูแลสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพ แรง สนับสนุนทาง สังคม ความเชื่อประสิทธิภาพแห่งตน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ใน ระดับสูง ซึ่งพฤติกรรมของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย เมื่อจำแนกตามเพศ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน สภาพการดูแลผู้สูงอายุ และบทบาทในการชุมชน มีความ

แตกต่างกันอย่างนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 การวิเคราะห์องค์ประกอบปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าการร่วมกิจกรรมทางสังคม ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านการศึกษาและพัฒนาสังคม และศาสนา ความเชื่อทางวัฒนธรรมท้องถิ่น ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านการดูแลรักษาบาดแผล และด้านการดูแลรักษาโรคติดเชื้อ ความรู้การดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านการป้องกันโรคและการรับประทานอาหาร ความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านป้องกันโรค และด้านการ รับประทาน อาหาร แรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านอารมณ์ และข้อมูลข่าวสาร จากครอบครัว ด้านสิ่งของและบริการจากรัฐและด้านบริการจากครอบครัว ความเชื่อ ประสิทธิภาพ แห่งตนประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านการดูแลสุขภาพจิต ด้านการดูแล อนามัยส่วนบุคคล ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการป้องกันโรค การเข้าถึงแหล่งเรียนรู้ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งเรียนรู้ที่ให้ข้อมูลสุขภาพและศาสนาและ การเข้าถึงแหล่งเรียนรู้ที่ให้ข้อมูลการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่วนการชี้แนะตนเอง มีองค์ประกอบเดียว แบบจำลองปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลการวิจัย โดยปัจจัยที่ส่งผลทางบวกและมีนัยสำคัญทางสถิติต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การชี้แนะตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุน ทางสังคม การเข้าถึงแหล่งเรียนรู้ และความเชื่อประสิทธิภาพแห่งตน ส่วนปัจจัยที่ส่งผลทางลบ และมีนัยสำคัญทางสถิติต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความเชื่อวัฒนธรรมท้องถิ่น และความรู้การดูแลสุขภาพ

สุดารัตน์ จาดจีน (58) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านอุ้มลอง อำเภอลำปาง พบว่าผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับบุตรหลาน ร้อยละ 63.64 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 84.10 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 90.91 มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 81.82 และมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.09 โดยมีพฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการทานอาหาร พฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ และพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง

ธีระชัย พรหมคุณและคณะ (12) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่ามีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับดี ตัวแปรในกลุ่ม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุจังหวัดศรีสะเกษ มีความสัมพันธ์กัน ในระดับมาก ( $R=.75$ ) โดยตัวแปรทั้ง 3 กลุ่มนี้สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 56 และมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ 0.24 ตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ มี 4 ตัวแปร คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนและร่วมกัน



ส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูนและเป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนการ  
พัฒนางานผู้สูงอายุพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูนต่อไป



### บทที่ 3 วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม 2560 ถึงเมษายน 2560 โดยมีวิธีการศึกษาดังนี้

#### 3.1 ลักษณะของสถานที่ที่ใช้เก็บข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้จะดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลในพื้นที่ตำบลม่วงน้อย ซึ่งเป็นตำบลหนึ่งในจำนวน 9 ตำบล ของอำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน ตำบลม่วงน้อยตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกเฉียงของอำเภอป่าซาง ห่างจากที่ว่าการอำเภอป่าซางประมาณ 5 กิโลเมตร เนื้อที่ทั้งหมดมีจำนวน 4,433 ตารางกิโลเมตร มีจำนวน 8 หมู่บ้าน ประชากรทั้งสิ้น 4,747 คน โดยอยู่ภายใต้การดูแลของเทศบาลตำบลม่วงน้อย โดยประกอบด้วยหมู่บ้าน (บ้านไร่,บ้านแสม,บ้านสะปึ่ง,บ้านม่วงน้อย, บ้านป่าตาล,บ้านท่ากอม่วง,บ้านแกไร่้อยและบ้านสะปึ่งหลวง) โดยพื้นที่ดังกล่าวเป็นเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน ซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ

#### 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### 3.2.1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุ ตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเป็นชายและเพศหญิง จำนวน 1,025 คน

##### 3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ ตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเป็นชายและเพศหญิง จำนวน 1,025 คน ซึ่งกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคำนวณโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วน ที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน (63) โดยเก็บข้อมูลในช่วงเดือนเมษายน 2560 ด้วย

วิธีการเลือกตัวอย่างแบบสุ่มจากทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุ ตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

### สูตรคำนวณ

$$n = \frac{NZ^2 \alpha/2 p (1-p)}{d^2 (N-1) + Z^2 \alpha/2 p (1-p)}$$

n หมายถึง ขนาดตัวอย่าง จากการคำนวณ

$Z_{\alpha/2}$  หมายถึง สถิติ Z ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% จากการเปิดตารางค่าสถิติ = 1.96

p หมายถึง ค่าสัดส่วนที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมของกลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (8) ที่ได้สำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 พบว่ามีผู้สูงอายุเพียง ร้อยละ 24.5 ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ จึงใช้ค่าสัดส่วน 0.245

d หมายถึง ค่าคลาดเคลื่อนที่ยอมรับให้เกิดขึ้นได้ กำหนดโดยนักวิจัย (ไม่ควรเกิน 0.05)

N หมายถึง จำนวนประชากรที่ทราบ คือ จำนวนผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนทั้งสิ้น 1,025 ราย

### แทนค่าสูตรคำนวณ

$$Z_{\alpha/2} = 1.96$$

$$p = 0.245$$

$$d = 0.05$$

$$N = 1,025$$

$$\begin{aligned} n &= \frac{1,025(1.96)^2 0.245(1-0.245)}{(0.05)^2 (1,025-1) + (1.96)^2 0.245(1-0.245)} \\ &= 223 \end{aligned}$$

สำหรับการศึกษานี้ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน จำนวน 223 คน ทั้งนี้ กำหนด attrition rate ที่ร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จากผลการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 22 ราย ดังนั้นในการศึกษานี้ จะทำการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุ ตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน จำนวน 245 คน

**3.2.2.1 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง** โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการเทียบสัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้าน ตามตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 จำนวนขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนของผู้สูงอายุตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน

หมู่ที่	ชื่อหมู่บ้าน	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)	ขนาดตัวอย่าง
1	ไร่	136	32
2	แชนม	175	42
3	สะปุง	137	33
4	ม่วงน้อย	111	27
5	ป่าตาล	148	35
6	ท่ากอม่วง	83	20
7	แกไรร้อย	93	22
8	สะปุงหลวง	142	34
รวม (คน)		1,025	245

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ในผู้สูงอายุ ตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน ที่มีรายชื่อทะเบียนผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ.2559 โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่าง โดยเทียบตามสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ จากรายชื่อผู้สูงอายุตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน ในปี พ.ศ.2559 และทำการเลือกสุ่ม (Random Sampling) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS จนครบจำนวนที่ต้องการโดยปราศจากความลำเอียง

### 3.2.3 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินตามความสามารถในการประกอบชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ADL:Barthel Activities of Daily Living: ADL โดยมีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป
2. ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ พูดคุยสื่อสารรู้เรื่องและอ่านออกเขียนได้ไม่เป็นอุปสรรคต่อการสัมภาษณ์
3. ผู้สูงอายุที่ผ่านการทดสอบ แบบประเมินสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test: CMT โดยมีคะแนนมากกว่า 15 คะแนนขึ้นไป
4. เป็นผู้ที่สมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือตลอดเวลาในการศึกษา

### เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้)

1. ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพมีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน เช่น ภาวะการณั้เจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาล ได้รับการผ่าตัด หรือติดเชื้รุนแรง
2. ผู้สูงอายุที่ไม่ประสงค์เข้าร่วมการศึกษาต่อสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา

## 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

### 3.3.1 ลักษณะเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน โดยเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาพัฒนาจากการทบทวนเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

#### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยนำ

โดยประยุกต์ใช้เครื่องมือของจำเอกสถิต พงษ์เจตสุพรรณ ในส่วนของปัจจัยนำเพื่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามและเพื่อให้เครื่องมือมีคุณภาพสามารถวัดและเก็บข้อมูลได้ตามวัตถุประสงค์ โดยเป็นการสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้และความพอเพียงของรายได้ แหล่งที่มาของรายได้ การอยู่อาศัย และโรคประจำตัว ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบ (Check list) และเติมข้อความ (Open ended) จำนวน 9 ข้อ และเป็นข้อมูลของผู้สูงอายุ ได้แก่ การตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุ และความรู้สึกการมีคุณค่าของตนเอง จำนวน 6 ข้อ

โดยวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ประยุกต์มาจากมาตราการวัดของลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ โดยผู้ศึกษาประยุกต์มาใช้ 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย โดยให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบโดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	คะแนนข้อคำถามเชิงบวก	คะแนนข้อคำถามเชิงลบ
มาก	3	1
ปานกลาง	2	2
น้อย	1	3



### การแบ่งระดับ โดยอิงเกณฑ์ (73) ดังนี้

**ปัจจัยนำ :** การตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุ การแบ่งระดับโดยอิงเกณฑ์ (73) ดังนี้  
คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง การตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับน้อย  
คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง การตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปาน

กลาง

คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.00 หมายถึง การตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก

### ปัจจัยนำ : ความรู้ถึงการมีคุณค่าของตนเอง การแบ่งระดับโดยอิงเกณฑ์ (73) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง ความรู้ถึงการมีคุณค่าของตนเองของผู้สูงอายุ  
อยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง ความรู้ถึงการมีคุณค่าของตนเองของผู้สูงอายุ  
อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.00 หมายถึง ความรู้ถึงการมีคุณค่าของตนเองของผู้สูงอายุ  
อยู่ในระดับมาก

### ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยเอื้อ

โดยประยุกต์ใช้เครื่องมือของจำเริญสถิต พงษ์เจตสุพรรณ ในส่วนของปัจจัยเอื้อ เพื่อให้  
เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามและเพื่อให้เครื่องมือมีคุณภาพสามารถวัดและเก็บข้อมูลได้  
ตามวัตถุประสงค์ โดยเป็นการสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลของผู้สูงอายุ ได้แก่ การเข้าถึงสถานบริการ  
สุขภาพ ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบ (Check list) จำนวน 5 ข้อ (ด้าน  
บวก 4 ข้อ, ด้านลบ 1 ข้อ)

โดยวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ประยุกต์มาจากมาตรการวัด  
ของลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ โดยผู้ศึกษาประยุกต์มาใช้ 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย  
โดยให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบโดยมี  
เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	คะแนนข้อคำถามเชิงบวก	คะแนนข้อคำถามเชิงลบ
มาก	3	1
ปานกลาง	2	2
น้อย	1	3

### การแบ่งระดับ โดยอิงเกณฑ์ (73) ดังนี้

**ปัจจัยเอื้อ** : การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ การแบ่งระดับโดยอิงเกณฑ์ (73) ดังนี้  
 คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ อยู่ในระดับน้อย  
 คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง  
 คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.00 หมายถึง การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ อยู่ในระดับมาก

### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยเสริม

โดยประยุกต์ใช้เครื่องมือของจำเอกสถิต พงษ์เจตสุพรรณ ในส่วนของปัจจัยเสริม เพื่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามและเพื่อให้เครื่องมือมีคุณภาพสามารถวัดและเก็บข้อมูลได้ตามวัตถุประสงค์ โดยเป็นการสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลของผู้สูงอายุ ได้แก่

1.แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว บุคลากรสาธารณสุขและอสม. จำนวน 5 ข้อ (ด้านบวก 5 ข้อ)

2.การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ จำนวน 5 ข้อ (ด้านบวก 4 ข้อ, ด้านลบ 1 ข้อ)

ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบ (Check list)

โดยวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ประยุกต์มาจากมาตรการวัดของลิเคิร์ท (Likert Scale) 5 ระดับ โดยผู้ศึกษาประยุกต์มาใช้ 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย โดยให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบโดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	คะแนนข้อคำถามเชิงบวก	คะแนนข้อคำถามเชิงลบ
มาก	3	1
ปานกลาง	2	2
น้อย	1	3

### การแบ่งระดับ โดยอิงเกณฑ์ (73) ดังนี้

**ปัจจัยเสริม**: แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว บุคลากรสาธารณสุขและอสม. การแบ่งระดับโดยอิงเกณฑ์ (73) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง แรงสนับสนุนจากครอบครัว, บุคลากรสาธารณสุขและอสม.อยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง แรงสนับสนุนจากครอบครัว, บุคลากรสาธารณสุขและอสม.อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.00 หมายถึง แรงสนับสนุนจากครอบครัว, บุคลากรสาธารณสุขและอสม.อยู่ในระดับมาก

**ปัจจัยเสริม**: การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ การแบ่งระดับโดยอิงเกณฑ์ (73) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับน้อย  
คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปาน

กลาง

คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.00 หมายถึง การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก

#### ส่วนที่ 4 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

โดยประยุกต์ใช้เครื่องมือของธีรชัย พรหมคุณ ในส่วนของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามและเพื่อให้เครื่องมือมีคุณภาพสามารถวัดและเก็บข้อมูลได้ตามวัตถุประสงค์ โดยเป็นการสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพในด้าน การรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการกับความเครียด โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน

1. ด้านการบริโภคอาหาร จำนวน 7 ข้อ (ด้านบวก 5 ข้อ, ด้านลบ 2 ข้อ)
2. ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 7 ข้อ (ด้านบวก 5 ข้อ, ด้านลบ 2 ข้อ)
3. ด้านการจัดการความเครียด จำนวน 6 ข้อ (ด้านบวก 5 ข้อ, ด้านลบ 1 ข้อ)

โดยวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ประยุกต์มาจากมาตราการวัดของลิเคิร์ท (Likert Scale) 5 ระดับ โดยผู้ศึกษาประยุกต์มาใช้ 3 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย โดยให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบโดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	คะแนนข้อคำถามเชิงบวก	คะแนนข้อคำถามเชิงลบ
ปฏิบัติทุกครั้ง	3	1
ปฏิบัติบางครั้ง	2	2
ไม่เคยปฏิบัติเลย	1	3

ลักษณะคำถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ คือ

ปฏิบัติทุกครั้ง	หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นเป็นประจำวันหรือตามที่กำหนด (5 วันขึ้นไปต่อสัปดาห์)
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นเป็นบางวัน หรือบางครั้ง (2-4 วันต่อสัปดาห์ )
ไม่เคยปฏิบัติเลย	หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นนานๆ ครั้ง หรือไม่เคยปฏิบัติเลย (1 วันหรือไม่ปฏิบัติเลย )

### การแบ่งระดับพฤติกรรม โดยอิงเกณฑ์ (73) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับที่น้อย

ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 2.51-3.00 หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก

## 3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงของเครื่องมือ (Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นจากการดัดแปลง และปรับปรุงขึ้นมาให้สอดคล้องกับขอบเขตการศึกษามาตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ โดยมีการตรวจสอบ ดังนี้

**3.4.1 ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)** เป็นการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาคำถามกับเนื้อหาเดิมของตัวแปร ซึ่งพิจารณาความสอดคล้องระหว่างสาระคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการและแนวคิดทฤษฎีของตัวแปร โดยนำเครื่องมือที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระ ให้ผู้เชี่ยวชาญในเรื่อง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำค่าความตรงเชิงเนื้อหาที่ผู้ทรงคุณวุฒิประเมิน มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index=CVI) ค่าที่ยอมรับได้ คือ 0.80 ขึ้นไปได้ดัชนีความเที่ยงตรง (Content validity index: CVI) เป็นการประเมินความตรงตามเนื้อหาโดยพิจารณาทีละข้อความว่าสอดคล้องกับทฤษฎีหรือเนื้อหาหรือไม่ เน้นที่ระดับความเห็นด้วยของผู้เชี่ยวชาญต่อข้อความนั้น ๆ แล้วนำมาคำนวณ ค่า CVI ซึ่ง Polit & Beck (21) เรียกว่า I-CVI (ค่า CVI ที่ได้จากการพิจารณารายข้อ: Item) ค่า CVI ที่ดีควรมีค่า >.80 แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ ค่า CVI จะเท่ากับ 1การกำหนดระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อข้อความแต่ละข้อโดยใช้มาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ คือ

ไม่สอดคล้อง ให้	1 คะแนน
สอดคล้องน้อย ให้	2 คะแนน
สอดคล้องค่อนข้างมาก ให้	3 คะแนน
สอดคล้องมาก ให้	4 คะแนน

เมื่อผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนให้คะแนนมา ให้นักวิจัยนับจำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญให้คะแนน 3-4 คะแนนเท่านั้น มาคำนวณหาค่า CVI ดังนี้

$$\text{CVI} = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

ค่าชะนี้ความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน คำนวณได้จากค่าเฉลี่ยของดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ดังนี้

สัดส่วนความสอดคล้องของข้อคำถามของผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1	=	48/49	=	0.98
สัดส่วนความสอดคล้องของข้อคำถามของผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 2	=	45/49	=	0.92
สัดส่วนความสอดคล้องของข้อคำถามของผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 3	=	45/49	=	0.92
			รวม	= 2.82

ดังนั้นค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิ (scale-level CVI/Ave) = 2.82 /3=0.94

### 3.4.2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้ศึกษานำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขความเที่ยงตรงของเนื้อหาไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 30 ราย ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ใกล้เคียงกับพื้นที่ที่ดำเนินการศึกษาโดยมีลักษณะทางภูมิศาสตร์ ประเพณีวัฒนธรรม การดำรงชีวิตคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในเขตตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน จากนั้นนำแบบสอบถามมาหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ในส่วนของความรู้หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตร KR-20 ของคูเดออร์-ริชชาดสัน (Kuder-Richardson) ได้เท่ากับ 0.75

## 3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากโครงร่างงานวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยและผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอนดังนี้

**3.5.1 ส่งโครงร่างวิจัยเลขที่ 020/2560** เพื่อขอรับการพิจารณาวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พิจารณาให้ความเห็นชอบในการดำเนินงานวิจัย

**3.5.2 นำแจ้งหนังสือจากคณะกรรมการสาธารณสุขศาสตร์** มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เข้าพบ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำพูน สาธารณสุขอำเภอป่าซาง เพื่อประสานงานชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

**3.5.3** หลังจากได้รับการอนุญาตจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำพูนและสาธารณสุขอำเภอป่าซาง ผู้ศึกษาดำเนินการติดต่อประสานงานผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนหลวง อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน เพื่อดำเนินการทดสอบแบบสอบถาม (Try Out) โดยจะทำการทดสอบในผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน

**3.5.4** เมื่อได้รับการอนุญาตจากสาธารณสุขอำเภอป่าซาง ผู้ศึกษาได้ติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา

**3.5.5** ผู้ศึกษาอบรมแก่ผู้ช่วยวิจัย โดยเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่ผ่านการอบรม Care Giver และมีความเชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ บ้านละ 2 ท่าน จำนวน 8 หมู่บ้าน รวม 16 คน ก่อนดำเนินการลงเก็บข้อมูลในพื้นที่ เพื่อทำความเข้าใจในโครงการ และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการเก็บข้อมูล การตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถาม และทดสอบผู้ร่วมวิจัยในการใช้แบบสอบถามเพื่อให้เข้าใจตรงกัน และได้คำตอบที่ตรงกันกับผู้ศึกษาและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

**3.5.6** ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน ตามเกณฑ์การคัดเลือกเบื้องต้น

**3.5.7** จัดทำแผนดำเนินการเก็บข้อมูล โดยเก็บพร้อมกันทุกหมู่บ้านตามขนาดกลุ่มตัวอย่างเก็บจนครบตามจำนวนขนาดตัวอย่างใช้เวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 1 เดือน

**3.5.8** ทำการชี้แจงผู้ที่เกี่ยวข้อง คือผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพยาบาลวิชาวชิพ และชี้แจงแบบสอบถามแก่ผู้ช่วยวิจัย และเดินทางเก็บข้อมูลที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างตามแผนดำเนินการเก็บข้อมูล

**3.5.9** ผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน และรวบรวมแบบสอบถามให้ผู้วิจัยเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

### 3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์โดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ปัจจัยนำ (เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, สถานภาพ, อาชีพ, รายได้ และความเพียงพอของรายได้, โรคประจำตัว, การดูแลสุขภาพของตนเอง, การอยู่อาศัย, การตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุ และความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองของผู้สูงอายุ) ปัจจัยเอื้อ (การเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข หรือสถานบริการสุขภาพทั้งของรัฐ และเอกชน) และปัจจัยเสริม (การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล, การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขจากแหล่งต่างๆ) ของผู้สูงอายุในตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูนและเพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (ด้านการบริโภคอาหาร, ด้านการออกกำลังกายและด้านการจัดการความเครียด) ของผู้สูงอายุ ในตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในเดือนเมษายน พ.ศ.2560 โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 245 คน ไม่มีกลุ่มตัวอย่างปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากการศึกษาครั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยผู้ศึกษานำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

#### 4.1 ผลการศึกษา

##### 4.1.1 ปัจจัยนำ ประกอบด้วย

###### 4.1.1.1 ข้อมูลทั่วไป

###### 4.1.1.2 การตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุ

###### 4.1.1.3 ความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองของผู้สูงอายุ

##### 4.1.2 ปัจจัยเอื้อ

###### 4.1.2.1 การเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขหรือสถานบริการสุขภาพ

##### 4.1.3 ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย

###### 4.1.3.1 แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว, เจ้าหน้าที่

สาธารณสุข, อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

###### 4.1.3.2 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ

##### 4.1.4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

###### 4.1.4.1 พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร

###### 4.1.4.2 พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย

###### 4.1.4.3 พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด

## 4.2 อภิปรายผลการศึกษา

### 4.2.1 ปัจจัยนำ ประกอบด้วย

#### 4.2.1.1 ข้อมูลทั่วไป

#### 4.2.1.2 การตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุ

#### 4.2.1.3 ความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองของผู้สูงอายุ

### 4.2.2 ปัจจัยเอื้อ

#### 4.2.2.1 การเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขหรือสถานบริการสุขภาพ

### 4.2.3 ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย

4.2.3.1 แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.)

#### 4.2.3.2 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ

### 4.2.4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

#### 4.2.4.1 พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร

#### 4.2.4.2 พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย

#### 4.2.4.3 พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด

## 4.1 ผลการศึกษา

### 4.1.1 ปัจจัยนำ

#### ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.5 มีอายุระหว่าง 60-69 ปีมากที่สุดร้อยละ 68.8 อายุมากที่สุด 88 ปี อายุต่ำที่สุด 60 ปี อายุเฉลี่ย  $67.98 \pm 5.95$  ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 92.7 รองลงมาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 3.3 สถานภาพสมรสคู่มากที่สุดร้อยละ 69.4 รองลงมาคือสถานภาพหม้ายร้อยละ 23.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุดร้อยละ 46.9 รองลงมาคือ ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 23.3 รายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 61.2 รองลงมาคือ รายได้ 3,001-6,000 บาท ร้อยละ 29.8 และเมื่อเทียบรายได้กับรายจ่ายพบว่า รายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บมากที่สุด ร้อยละ 47.3 รองลงมาคือ ไม่เพียงพอ ร้อยละ 32.2 และได้รับเงินจากตัวเองมากที่สุดร้อยละ 80 รองลงมา คือ จากบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 58.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับสามีหรือภรรยามากที่สุด ร้อยละ 70.2 รองลงมาคืออยู่กับลูกหลาน ร้อยละ 59.6 กลุ่มตัวอย่าง



พบว่าไม่มีโรคประจำตัวมากที่สุด ร้อยละ 46.9 ส่วนที่มีโรคประจำตัวพบว่าเป็นความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 43.3 ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=245)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=245)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
หญิง	136	55.5
ชาย	109	44.5
<b>อายุ(ปี)</b>		
60-69 ปี	168	68.8
70-79 ปี	59	24.1
80 ปีขึ้นไป	18	7.3
Mean = 67.98 , SD = 5.95 , Min = 60, Max = 88		
<b>การศึกษา</b>		
ไม่ได้ศึกษา	5	2.0
ชั้นประถมศึกษา	227	92.7
ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น	8	3.3
ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	2	0.8
อนุปริญญา/ปวส.	2	0.8
ปริญญาตรี	1	0.4
<b>สถานภาพสมรส</b>		
สมรส	170	69.4
หม้าย	57	23.3
โสด	13	5.3
หย่า/อยู่แยกกัน	5	2.0
<b>อาชีพ</b>		
รับจ้าง	115	46.9
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	57	23.3
เกษตรกรกรรม	40	16.3
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	28	11.4
อื่นๆ	4	1.6
ข้าราชการ	1	0.4

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=245) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=245)	ร้อยละ
รายได้ (บาท)		
ต่ำกว่า 3,000 บาท	150	61.2
3,001 - 6,000 บาท	73	29.8
6,001 - 9,000 บาท	14	5.7
9,0001 - 12,000 บาท	2	0.8
12,0001 - 15,000 บาท	3	1.2
มากกว่า 15,001 บาท ขึ้นไป	3	1.2
รายได้เมื่อเทียบกับรายจ่าย		
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	116	47.3
ไม่เพียงพอ	79	32.2
เพียงพอและเหลือเก็บ	50	20.4
แหล่งรับเงิน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
จากตัวเอง	196	80
จากบุคคลในครอบครัว	144	58.8
จากที่อื่นๆ	105	42.9
การอาศัยอยู่ในครอบครัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
อยู่กับสามี/ภรรยา	172	70.2
อยู่กับลูกหลาน	146	59.6
อยู่คนเดียว	23	9.4
อยู่กับคนอื่นๆ	5	2.0
โรคประจำตัวที่แพทย์วินิจฉัย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ไม่มีโรคประจำตัว	115	46.9
มีโรคประจำตัว		
ความดันโลหิตสูง	106	43.3
ไขมันในเลือดสูง	28	11.4
เบาหวาน	27	11
อื่นๆ เช่น หอบหืด,เกาท์	24	9.8

#### 4.1.1.2 การตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน

ผลการศึกษาการตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมากร้อยละ 93.9 รองลงมาคือระดับปานกลางร้อยละ 6.1 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  $2.93 \pm 0.15$  ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ระดับการตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน (n=245)

การตระหนักในสุขภาพ	จำนวน (n=245)	ร้อยละ
ระดับน้อย (คะแนน 1.00-1.50)	-	-
ระดับปานกลาง (คะแนน 1.51-2.50)	15	6.1
ระดับมาก (คะแนน 2.51-3.00)	230	93.9

Mean = 2.93, SD = .15, Min = 2, Max = 3

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก คือ คิดว่าการตรวจสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็น ร้อยละ 94.3 รองลงมาคือ เมื่ออายุมากขึ้นการเคลื่อนไหวจะช้าลง ร้อยละ 91.8 และผู้สูงอายุมักหลงลืมเรื่องราวต่างๆ ได้ง่าย ร้อยละ 86.5 กลุ่มตัวอย่างมีการตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุ ในระดับปานกลาง คือ การช่วยเหลือตนเองได้ดีจะไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่น ร้อยละ 24.1 ดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละการตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน จำแนกรายข้อ (n=245)

ข้อคำถาม	จำนวน (n=245)	ร้อยละ
ท่านคิดว่าการตรวจสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็น		
ระดับปานกลาง	14	5.7
ระดับมาก	231	94.3
ท่านคิดว่าเมื่อท่านอายุมากขึ้นการเคลื่อนไหวจะช้าลง		
ระดับปานกลาง	20	8.2

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละการตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน จำแนกรายข้อ (n=245) (ต่อ)

ข้อคำถาม	จำนวน (n=245)	ร้อยละ
ระดับมาก	225	91.8
ท่านคิดว่าผู้สูงอายุมักมีผิวหนังบาง เกิดแผลได้ง่าย		
ระดับปานกลาง	34	13.9
ระดับมาก	211	86.1
ท่านคิดว่าผู้สูงอายุมักหลงลืมเรื่องต่างๆได้ง่าย		
ระดับน้อย	1	0.4
ระดับปานกลาง	32	13.1
ระดับมาก	212	86.5
ท่านคิดว่าความช่วยเหลือตนเองได้ดี จะไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่น		
ระดับปานกลาง	59	24.1
ระดับมาก	186	75.9

#### 4.1.1.3 ความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน

ผลการศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองของผู้สูงอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมากร้อยละ 94.3 รองลงมาคือระดับปานกลางร้อยละ 5.3 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  $2.94 \pm 0.01$  ดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ระดับความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน (n=245)

ความรู้สึกมีคุณค่าของตนเอง	จำนวน (n=245)	ร้อยละ
ระดับน้อย (คะแนน 1.00-1.50)	1	0.4
ระดับปานกลาง (คะแนน 1.51-2.50)	13	5.3
ระดับมาก (คะแนน 2.51-3.00)	231	94.3

Mean = 2.94, SD = .01, Min = 1, Max = 3

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ท่านเป็นที่เคารพนับถือของลูกหลาน อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 94.3 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 5.3 และระดับน้อย ร้อยละ 0.4 ดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน จำแนกรายข้อ (n=245)

ข้อคำถาม	จำนวน(n=245)	ร้อยละ
<b>ท่านเป็นที่เคารพนับถือของลูกหลาน</b>		
ระดับน้อย	1	0.4
ระดับปานกลาง	13	5.3
ระดับมาก	231	94.3

#### 4.1.2 ปัจจัยเอื้อ

##### 4.1.2.1 การเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขหรือสถานบริการสุขภาพ

ผลการศึกษาคำตอบการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขหรือสถานบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูนพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขหรือสถานบริการสุขภาพอยู่ในระดับมากร้อยละ 95.9 และอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 4.1 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  $2.88 \pm 0.19$  ดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 ระดับการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขหรือสถานบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน (n=245)

การเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข	จำนวน (n=245)	ร้อยละ
ระดับปานกลาง (คะแนน 1.51-2.50)	10	4.1
ระดับมาก (คะแนน 2.5-3.00)	235	95.9

Mean = 2.88 , SD = 0.19 , Min = 1.80, Max = 3

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขหรือสถานบริการสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก คือ มีความพึงพอใจต่อการรับบริการในสถานบริการสุขภาพมากที่สุดร้อยละ 94.7 รองลงมาคือ สถานบริการให้ความสะดวกสบายในการติดต่อขอรับ

บริการ ร้อยละ 93.9 ท่านได้รับการตรวจบริการสุขภาพตามความต้องการของท่าน ร้อยละ 91.4 และ 84.5 ตามลำดับ ส่วนการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขหรือสถานบริการสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับน้อย คือ ท่านไม่มีความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาล/คลินิก/สถานบริการสุขภาพร้อยละ 80.0 ดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขหรือสถานบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน (n=245)

ข้อความ	จำนวน(n=245)	ร้อยละ
<b>ท่านไม่มีความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาล/คลินิก/สถานบริการสุขภาพ*</b>		
ระดับน้อย	196	80.0
ระดับปานกลาง	41	16.7
ระดับมาก	8	3.3
<b>สถานบริการให้ความสะดวกสบายในการติดต่อขอรับบริการ</b>		
ระดับปานกลาง	15	6.1
ระดับมาก	230	93.9
<b>ท่านได้รับการตรวจบริการสุขภาพตามความต้องการของท่าน</b>		
ระดับปานกลาง	21	8.6
ระดับมาก	224	91.4
<b>ท่านพอใจกับสิ่งอำนวยความสะดวกในการเข้ารับบริการ</b>		
ระดับปานกลาง	38	15.5
ระดับมาก	207	84.5
<b>ท่านมีความพึงพอใจต่อการรับบริการในสถานบริการสุขภาพ</b>		
ระดับปานกลาง	13	5.3
ระดับมาก	232	94.7

\*คำถามเชิงลบ

#### 4.1.3 ปัจจัยเสริม

4.1.3.1 แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.)

ผลการศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ของผู้สูงอายุตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.)ของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมากร้อยละ95.9 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ4.1 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  $2.95 \pm 0.19$  ดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.8 ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ของผู้สูงอายุตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน (n=245)

แรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (n=245)	ร้อยละ
ระดับปานกลาง (คะแนน 1.51-2.50)	10	4.1
ระดับมาก (คะแนน 2.51-3.00)	235	95.9

Mean = 2.95, SD = 0.19, Min = 2, Max = 3

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อยู่ในระดับมาก คือ เมื่อท่านเจ็บป่วยหรือนอนโรงพยาบาล บุคคลในครอบครัวคอยดูแลปรนนิบัติท่าน ร้อยละ 96.7 รองลงมาคือเมื่อเจ็บป่วยท่านได้รับคำแนะนำเรื่องการพักผ่อน การรับประทานอาหารและการใช้ยาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 95.5 ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) น้อย คือ บุคคลในครอบครัวเป็นคนเตรียมอาหารให้ท่านรับประทาน ร้อยละ 73.9 ดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว,เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ของผู้สูงอายุตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน จำแนกรายข้อ (n=245)

ข้อคำถาม	จำนวน (n=245)	ร้อยละ
เมื่อท่านเจ็บป่วยหรือนอนโรงพยาบาล บุคคลในครอบครัวคอยดูแลปรนนิบัติท่าน		
ระดับน้อย	2	0.8
ระดับปานกลาง	6	2.4
ระดับมาก	237	96.7
บุคคลในครอบครัวเป็นคนเตรียมอาหารให้ท่านรับประทาน		
ระดับน้อย	5	2.0

ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว,เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ของผู้สูงอายุตำบลม่วงน้อย อำเภอบ้านคา จังหวัดลำพูน จำแนกรายข้อ (n=245) (ต่อ)

ข้อคำถาม	จำนวน (n=245)	ร้อยละ
ระดับปานกลาง	59	24.1
ระดับมาก	181	73.9
เมื่อท่านรู้สึกท้อแท้จากปัญหาต่างๆ บุคคลในครอบครัวจะให้กำลังใจแก่ท่าน		
ระดับปานกลาง	15	6.1
ระดับมาก	230	93.9
เมื่อเจ็บป่วยท่านได้รับคำแนะนำเรื่องการพักผ่อน การรับประทานอาหารและการใช้ยาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
ระดับปานกลาง	11	4.5
ระดับมาก	234	95.5
อสม.ได้ออกเยี่ยมบ้าน แนะนำความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพแก่ท่าน		
ระดับปานกลาง	16	6.5
ระดับมาก	229	93.5

#### 4.1.3.2 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษารับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุตำบลม่วงน้อย อำเภอบ้านคา จังหวัดลำพูน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับมากร้อยละ 75.1 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 24.9 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  $2.75 \pm 0.43$  ดังตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 ระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุตำบลม่วงน้อย อำเภอบ้านคา จังหวัดลำพูน (n=245)

การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร	จำนวน (n=245)	ร้อยละ
ระดับปานกลาง ( คะแนน 1.51-2.50 )	61	24.9
ระดับมาก ( คะแนน 2.51- 3.00 )	184	75.1

Mean = 2.75 , SD = 0.43 , Min = 2, Max = 3



เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุในระดับมาก คือ ท่านได้รับข่าวสารมีความชัดเจน ถูกต้อง และเข้าใจได้ง่าย ร้อยละ 81.6 รองลงมา คือ ท่านได้รับข่าวสารที่มีความรวดเร็ว ทันต่อสถานการณ์ของโรค ร้อยละ 77.6 ส่วนการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุจำนวนน้อย คือ ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จาก อสม. ร้อยละ 65.7 ดังตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 จำนวนและร้อยละการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ของผู้สูงอายุตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน จำแนกรายชื่อ (n=245)

ข้อความ	จำนวน(n=245)	ร้อยละ
ท่านไม่ได้รับข่าวสารต่างๆ จากสื่อวิทยุ/โทรทัศน์/หนังสือพิมพ์/เสียงตามสาย เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ *		
ระดับน้อย	9	3.7
ระดับปานกลาง	60	24.5
ระดับมาก	176	71.8
ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จากอสม.		
ระดับน้อย	32	13.1
ระดับปานกลาง	52	21.2
ระดับมาก	161	65.7
ท่านได้รับข่าวสารที่มีความน่าสนใจและเป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน		
ระดับปานกลาง	65	26.5
ระดับมาก	180	73.5
ท่านได้รับข่าวสารที่มีความรวดเร็ว ทันต่อสถานการณ์ของโรค		
ระดับน้อย	1	0.4
ระดับปานกลาง	54	22.0
ระดับมาก	190	77.6
ท่านได้รับข่าวสารมีความชัดเจน ถูกต้อง และเข้าใจได้ง่าย		
ระดับปานกลาง	45	18.4
ระดับมาก	200	81.6

\*คำถามเชิงลบ

#### 4.1.4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ของผู้สูงอายุตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับ มากร้อยละ 71 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 29 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  $2.71 \pm 0.45$  ดังตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน (n=245)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	จำนวน (n=245)	ร้อยละ
ระดับปานกลาง (คะแนน 1.51-2.50)	71	29.0
ระดับมาก (คะแนน 2.51-3.00)	174	71.0

Mean = 2.71, SD = 0.45, Min = 2, Max = 3

##### 4.1.4.1 พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร

ผลการศึกษาพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 70.2 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 29.8 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  $2.70 \pm 0.45$  ดังตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 ระดับพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน (n=245)

พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร	จำนวน(n=245)	ร้อยละ
ระดับปานกลาง (คะแนน 1.51-2.50)	73	29.8
ระดับมาก (คะแนน 2.51-3.00)	172	70.2

Mean = 2.70 , SD = 0.45 , Min = 2, Max = 3

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร รายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมี ปฏิบัติทุกครั้ง (5-7วัน) คือ ทานดื่มน้ำประมาณวันละ 6-8 แก้วต่อวัน ร้อยละ 85.3 ส่วนพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่าง ปฏิบัติบางครั้ง (2-4วัน) คือ ทานบริโภคข้าวกล้องธัญพืช (ถั่วเหลือง, งาขาว, งาดำ) ร้อยละ 78.8 ส่วนพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่าง ไม่เคยปฏิบัติ (1วันหรือไม่ปฏิบัติเลย) คือ ทานดื่มสุรา และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 84.9 ดังตารางที่ 4.14

ตารางที่ 4.14 จำนวนและร้อยละพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน จำแนกรายข้อ (n=245)

ข้อคำถาม	ปฏิบัติทุกครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
	(5-7วัน/สัปดาห์)	(2-4วัน/สัปดาห์)	(1วันหรือไม่ปฏิบัติเลย)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ทานบริโภคข้าวกล้องธัญพืช (ถั่วเหลือง, งาขาว, งาดำ)	46 (18.8)	193 (78.8)	6 (2.4)
ทานรับประทานอาหารที่ย่อย ง่ายเช่น ปลา, ไข่	152 (62)	93 (38)	0 (0)
ทานรับประทานผักและผลไม้	196 (80)	49 (20)	0 (0)
ทานขอรับประทานอาหารรส เค็มจัด หวานจัด*	1 (0.4)	51 (20.8)	193 (78.8)
ทานหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมัน เป็นส่วนประกอบ (กะทิ, น้ำมัน พืช)	50 (20.4)	177 (72.2)	18 (7.3)
ทานดื่มสุรา และเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์*	0 (0)	37 (15.1)	208 (84.9)
ทานดื่มน้ำประมาณวันละ 6- 8 แก้วต่อวัน	209 (85.3)	27 (11.0)	9 (3.7)

\*คำถามเชิงลบ

#### 4.1.4.2 พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย

ผลการศึกษาพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 77.6 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 22.4 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  $2.77 \pm 0.41$  ดังตารางที่ 4.15

ตารางที่ 4.15 ระดับพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน (n=245)

พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย	จำนวน (n=245)	ร้อยละ
ระดับปานกลาง (คะแนน 1.51-2.50)	55	22.4
ระดับมาก (คะแนน 2.51-3.00)	190	77.6

Mean = 2.77 , SD = 0.41 , Min = 2, Max = 3

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกายรายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปฏิบัติทุกครั้ง (5-7วัน) มากที่สุด คือ ท่านไม่ออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารทันที ร้อยละ 99.2

ส่วนกลุ่มตัวอย่างมีปฏิบัติบางครั้ง (2-4วัน) คือ ท่านออกกำลังกาย เช่น ปั่นจักรยาน เดิน วิ่งเหยาะๆ ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ หรืออื่นๆ ร้อยละ 62.4 ส่วนกลุ่มตัวอย่างมี ไม่เคยปฏิบัติ (1วันหรือไม่ปฏิบัติเลย) คือ ท่านออกกำลังกาย เช่น ปั่นจักรยาน เดิน วิ่งเหยาะๆ ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ หรืออื่นๆ และท่านออกกำลังกายครั้งละ 20 นาทีขึ้นไปร้อยละ 18.4 ดังตารางที่ 4.16

ตารางที่ 4.16 จำนวนและร้อยละพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน จำแนกรายข้อ (n=245)

ข้อคำถาม	ปฏิบัติทุกครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
	(5-7วัน/สัปดาห์)	(2-4วัน/สัปดาห์)	(1วันหรือไม่ปฏิบัติเลย)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ท่านออกกำลังกาย เช่น ปั่นจักรยาน เดิน วิ่งเหยาะๆ ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ หรืออื่นๆ	47 (19.2)	153 (62.4)	45 (18.4)

ตารางที่ 4.16 จำนวนและร้อยละพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน จำแนกรายข้อ (n=245) (ต่อ)

ข้อคำถาม	ปฏิบัติทุกครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
	(5-7วัน/สัปดาห์)	(2-4วัน/สัปดาห์)	(1วันหรือไม่ปฏิบัติเลย)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ทำนออกกำลังกายครั้งละ 20 นาที ขึ้นไป	60 (24.5)	140 (57.1)	45 (18.4)
ทำนออกกำลังกายในที่ที่มีอากาศอบอุ่น อ้าว หรือมีแดดจ้า*	0 (0)	4 (1.6)	241 (98.4)
ก่อนและหลัง ออกกำลังกายทุกครั้ง	88	128	29
ทำนอบอุ่นร่างกายและผ่อนคลาย ร่างกายด้วยการเดินหรือทำท่ากาย บริหารอย่างน้อยครั้งละ 5 - 10 นาที	(35.9)	(52.2)	(11.8)
ทำนไม่เคยออกกำลังกายที่ต้องออก แรงเกร็งหรือเบ่ง เช่นยกน้ำหนัก	238 (97.1)	7 (2.9)	0 (0)
ทำนไม่ออกกำลังกาย หลัง รับประทานอาหารทันที	243 (97.1)	2 (2.9)	0 (0)
ทำนออกกำลังกาย ที่ต้องใช้ความเร็ว สูง แร้งๆ เพื่อให้เหงื่อออกมากๆ*	0 (0)	16 (6.5)	229 (93.5)

\*คำถามเชิงลบ

#### 4.1.4.3 พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด

ผลการศึกษาพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดของผู้สูงอายุตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 52.7 และอยู่ในระดับมาร้อยละ 47.3 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  $2.47 \pm 0.50$  ดังตารางที่ 4.17

ตารางที่ 4.17 ระดับพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดของผู้สูงอายุตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน (n=245)

พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด	จำนวน (n=245)	ร้อยละ
ระดับปานกลาง (คะแนน 1.51-2.50)	129	52.7
ระดับมาก (คะแนน 2.51-3.00)	116	47.3

Mean = 2.47, SD = 0.50, Min = 2, Max = 3

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการจัดการความเครียดรายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติทุกครั้ง (5-7วัน) มากที่สุดคือ ท่านไม่เปรียบเทียบเรื่องของตนเองกับผู้อื่นให้เกิดความทุกข์ ร้อยละ 73.9 ส่วนกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติบางครั้ง (2-4วัน) คือ เมื่อรู้สึกเครียด ท่านมักจะออกกำลังกาย เพื่อความผ่อนคลาย ร้อยละ 59.6 และกลุ่มตัวอย่างมีการไม่เคยปฏิบัติ (1วันหรือไม่ปฏิบัติเลย) คือ ท่านไม่พูดคุยกับคนอื่นเลย เมื่อมีความทุกข์ร้อยละ 63.7 ดังตารางที่ 4.18

ตารางที่ 4.18 จำนวนและร้อยละพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดของผู้สูงอายุ ตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน จำแนกรายข้อ (n=245)

ข้อคำถาม	ปฏิบัติทุกครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
	(5-7วัน/สัปดาห์)	(2-4วัน/สัปดาห์)	(1วันหรือไม่ปฏิบัติเลย)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
เมื่อรู้สึกเครียด ท่านมักจะออกกำลังกาย เพื่อความผ่อนคลาย	80 (32.7)	146 (59.6)	19 (7.8)
เมื่อรู้สึกเครียด ท่านจะสวดมนต์ ไหว้พระและนั่งสมาธิ	127 (51.8)	115 (46.9)	3 (1.2)
ท่านไม่พูดคุยกับคนอื่นเลย	1	188	156
เมื่อมีความทุกข์*	(0.4)	(35.9)	(63.7)
เมื่อท่านรู้สึกเครียด ท่านอ่านหนังสือฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์	143 (58.4)	102 (41.6)	0 (0)
ท่านไม่เปรียบเทียบเรื่องของตนเองกับผู้อื่นให้เกิดความทุกข์	181 (73.9)	64 (26.1)	0 (0)
ท่านสามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้	172 (70.2)	73 (29.8)	0 (0)

\*คำถามเชิงลบ

## 4.2 อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ปัจจัยนำ (เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, สถานภาพ, อาชีพ, รายได้ และความเพียงพอของรายได้, โรคประจำตัว, การดูแลสุขภาพของตนเอง, การอยู่อาศัย, การตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุ และความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองของผู้สูงอายุ) ปัจจัยเอื้อ (การเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข หรือสถานบริการสุขภาพทั้งของรัฐ และเอกชน) และปัจจัยเสริม (การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล, การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขจากแหล่งต่างๆ) ของผู้สูงอายุในตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน และศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (ด้านการบริโภคอาหาร, ด้านการออกกำลังกายและด้านการจัดการความเครียด) ของผู้สูงอายุ ในตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน โดยอภิปรายผลเป็นรายด้านดังนี้

### 4.2.1 ปัจจัยนำ ประกอบด้วย

**4.2.1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง** พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.5 มีอายุเฉลี่ย  $67.98 \pm 5.95$  ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 92.7 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุดร้อยละ 69.4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุดร้อยละ 46.9 และเมื่อเทียบรายได้กับรายจ่ายพบว่า รายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บมากที่สุด ร้อยละ 47.3 และได้รับเงินโดยการหาเงินด้วยตัวเองมากที่สุดร้อยละ 80 อาศัยอยู่กับสามีหรือภรรยามากที่สุด ร้อยละ 70.2 กลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัวมากที่สุด ร้อยละ 46.9 และสำหรับผู้ที่มีการเจ็บป่วยเป็นประจำพบว่า เป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 43.3 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วัชรพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว(16) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 62.56 โดยมีอายุระหว่าง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 62.11 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 67.84 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 55.51 และเมื่อเทียบรายได้กับรายจ่าย พบว่ารายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บมากที่สุด ร้อยละ 40.53 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อิดเรส อาบู (64) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมในตำบลกะมียอ อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานีที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 58.3 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-70 ปี ร้อยละ 64.4 ส่วนใหญ่จะมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 3,000 บาทร้อยละ 78.9 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 61.9 อาศัยอยู่กับสามี/ภรรยา ร้อยละ 59.2 แม้จะเป็นพื้นที่ห่างไกลกันกับตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน แต่ก็มีผลการศึกษาที่คล้ายกันและสอดคล้องกับผลการศึกษาของวิภาพร สิทธิศาสตร์ (65)

ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยเสาหิน ตำบล วัดพริก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.93 อายุเฉลี่ย 60-69 ปี ร้อยละ 51.37 ส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 66.26 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 68.39 และเมื่อเทียบรายได้กับรายจ่ายพบว่า รายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บมากที่สุด ร้อยละ 83.28

**4.2.1.2 การตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุ** พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 93.9 เมื่อพิจารณารายข้อคำถาม พบว่าการตรวจสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็น อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 94.3 อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จึงมีความสนใจในเรื่องของสุขภาพเป็นอย่างมาก มีความรู้และเกิดความตระหนักในเรื่องการดูแลสุขภาพและรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสถิตย์ พงษ์เจตสุพรรณ (59) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลท่าตอน อำเภอแม่เมาะ จังหวัดเชียงใหม่ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ พบว่าการตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.83 เมื่อพิจารณารายข้อคำถามพบว่า การตรวจสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็น อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 69.2 และเมื่ออายุมากขึ้นการเคลื่อนไหวจะช้าลง คิดเป็นร้อยละ 87.6 3 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ พระสุรัชย์ อยู่สาโก (47) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเทศบาลเมืองท่าเรือ-พระแพ่ง อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พบว่า การตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.48

**4.2.1.3 ความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองของผู้สูงอายุ** พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 94.3 เมื่อพิจารณารายข้อคำถามพบว่า ท่านเป็นที่เคารพนับถือของลูกหลาน อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 94.3 อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวที่มีลูกหลาน มีวัฒนธรรมการสอนลูกหลานให้เคารพ อ่อนน้อม ถ่อมตน และกราบไหว้ผู้ใหญ่ที่ใจกว้าง จึงทำให้ลูกหลานคอยให้การช่วยเหลือ และเกื้อกูลในด้านต่างๆ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงความสัมพันธ์ สนิทสนมและผูกพัน มีความเคารพนับถือผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสถิตย์ พงษ์เจตสุพรรณ (59) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลท่าตอน อำเภอแม่เมาะ จังหวัดเชียงใหม่ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.42 เนื่องจากพื้นที่เป็นเขตภาคเหนือ อาจจะมีวัฒนธรรมที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งมีวิถีชีวิตที่เรียกว่า “อ้อยสอนหลาน” หรือ “ผู้สูงอายุสอนลูกสอนหลาน” จึงทำให้มีความรักความผูกพันกันมาโดยตลอด และเป็นที่ยอมรับของลูกหลาน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ พระสุรัชย์ อยู่สาโก (47) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเทศบาลเมืองท่าเรือ-พระแพ่ง อำเภอท่ามะกา จังหวัด



กาญจนบุรี ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.37

#### 4.2.2 ปัจจัยเอื้อ

**4.2.2.1 การเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขหรือสถานบริการสุขภาพ** ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขหรือสถานบริการสุขภาพอยู่ในระดับมากร้อยละ 95.9 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขหรือสถานบริการสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก คือ มีความพึงพอใจต่อการรับบริการในสถานบริการสุขภาพมากที่สุดร้อยละ 94.7 รองลงมาคือ สถานบริการให้ความสะดวกสบายในการติดต่อขอรับบริการ ร้อยละ 93.9 ท่านได้รับการตรวจบริการสุขภาพตามความต้องการของท่าน ร้อยละ 91.4 และ 84.5 ตามลำดับ อาจเนื่องจากสถานพยาบาลเช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตั้งอยู่กลางชุมชน และการคมนาคมเป็นเส้นทางในชุมชน มีรถสัญจรจำนวนไม่มาก โดยส่วนใหญ่จะเดินทางด้วยรถจักรยานมาด้วยตนเอง และมีญาติมาส่งด้วยรถจักรยานยนต์เป็นส่วนมาก ทำให้มีความปลอดภัยทางท้องถนน รวมทั้งตัวสถานบริการยังจัดบริการและสถานที่ที่เอื้ออำนวยแก่ผู้สูงอายุเป็นอย่างดี เช่น ลานจอดรถผู้สูงอายุ อุปกรณ์ช่วยเหลือผู้สูงอายุ เช่นรถเข็น ห้องน้ำผู้สูงอายุ รวมไปถึงสิทธิการรับบริการของผู้สูงอายุ จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในสถานบริการและเข้าถึงสถานบริการทางสุขภาพได้เป็นเป็นอย่างมาก ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เนตรดาว จิตโสภากุล (72) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ที่ 6 ในตำบลบึงศาล อำเภอองค์รักษ์ จังหวัดนครนายก ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พบว่าการมีและการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปใช้บริการได้อย่างสะดวกของผู้สูงอายุในชุมชนพบว่า มีพฤติกรรมการใช้ระดับปานกลาง ร้อยละ 39 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของสถิตย์ พงษ์เจตสุพรรณ (59) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลท่าตอน อำเภอแม่เมาะ จังหวัดเชียงใหม่ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พบว่า การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.34 เมื่อพิจารณารายข้อคำถามพบว่า มีความสะดวกในการเข้ารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาล อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 46.7 อาจเนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขหรือสถานที่ราชการ มีนโยบายให้จัดบริการแก่ผู้สูงอายุ ด้านต่างๆ เช่น สถานที่ กายอุปกรณ์ และขั้นตอนการรับบริการต่างๆ ที่เอื้ออำนวยต่อการรับบริการของผู้สูงอายุ จึงทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ง่ายและรวดเร็ว

#### 4.2.3 ปัจจัยเสริม แบ่งเป็น

**4.2.3.1 แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว,เจ้าหน้าที่สาธารณสุข,อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)** ของกลุ่มตัวอย่างพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุน

ทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อยู่ในระดับมากร้อยละ 78.4 อาจเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/คู่ และมีสามี/ภรรยา และลูกหลาน ซึ่งจะคอยดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้สูงอายุได้รับความรักความอบอุ่นจากบุคคลในครอบครัว ทำให้ได้รับการดูแลเป็นอย่างดีจากบุคคลในครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และเจ้าหน้าที่ที่มีการดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างดี ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องให้มีการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ที่มีนโยบายส่งเสริมและสนับสนุนให้ชุมชนมีบทบาทสำคัญในการจัดสวัสดิการและบริการแก่ผู้สูงอายุ และให้โอกาสแก่ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆอย่างเหมาะสมและเกิดประโยชน์แก่ผู้สูงอายุและสังคม โดยมีเจ้าหน้าที่ (Care Manager) ในการวางแผนในการดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียง และส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม และมีอาสาสมัครสาธารณสุข (Care Giver) ที่รับหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เนตรดาว จิตโสภาคกุล (72) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ที่ 6 ในตำบลบึงศาล อำเภอองค์รักษ์ จังหวัดนครนายก ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 40 การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมจะทำให้บุคคลได้รับความช่วยเหลือในด้านวัตถุมิความรักใคร่ผูกพันรู้เป็นเพื่อนและมีการแลกเปลี่ยนแนวคิดต่างๆ ที่จะช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองและสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิลาวัลย์ รัตนา (66) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมทุกด้าน ยกเว้นด้านสิ่งอำนวยความสะดวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.01

**4.2.3.2 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ**ของกลุ่มตัวอย่างพบว่าการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูนพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับมากร้อยละ 75.1 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ ในระดับมาก คือ ท่านได้รับข่าวสารมีความชัดเจน ถูกต้อง และเข้าใจได้ง่าย ร้อยละ 81.6 รองลงมาคือ ท่านได้รับข่าวสารที่มีความรวดเร็ว ทันต่อสถานการณ์ของโรค ร้อยละ 77.6 อาจเนื่องจากผู้สูงอายุมีกิจกรรมต่างๆ เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุในชุมชน ที่ต้องไปร่วมในชุมชน ผู้สูงอายุมีโอกาสได้พบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารหรือทำกิจกรรมสัมพันธ์ร่วมกันเป็นประจำ และผู้สูงอายุจะเข้าวัดเป็นประจำ มีการพบปะพูดคุยกันเป็นประจำ และได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆมากมาย และผู้สูงอายุไม่ได้รับข่าวสารต่างๆจากสื่อวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์และเสียงตามสาย ดังนั้นผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ควรจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องสุขภาพผู้สูงอายุตาม

สายในชุมชน และสนับสนุนวิทยุชุมชนให้มีการจัดรายการเพื่อเป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสถิตย์ พงษ์เจตสุพรรณ (59) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลท่าตอน อำเภอแม่เมาะ จังหวัดเชียงใหม่ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของกลุ่มผู้สูงอายุในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.20 เมื่อพิจารณารายข้อคำถาม พบว่ามีความสะดวกในการเข้ารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาล อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 46.7 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เนตรดาว จิตโสภาคกุล (72) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ที่ 6 ในตำบลบึงศาล อำเภอองค์รักษ์ จังหวัดนครนายก ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อจากแหล่งต่างๆของผู้สูงอายุในชุมชนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 43 การได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อจากแหล่งต่างๆมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

#### 4.2.4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุของผู้สูงอายุตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูนพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมากร้อยละ 71 อาจเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ทำให้มีความตระหนักและสนใจที่จะดูแลสุขภาพและความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัว และผู้สูงอายุในเขตตำบลม่วงน้อย เป็นพื้นที่ที่ได้รับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) จึงได้รับการให้ความรู้และเกิดความตระหนักในสุขภาพ โดยได้รับการสนับสนุนจากเทศบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กลุ่มแกนนำในชุมชนและภาคีเครือข่ายอื่นๆ ส่งเสริมและสนับสนุนให้ชุมชนมีบทบาทสำคัญในการจัดสวัสดิการและบริการแก่ผู้สูงอายุ และให้โอกาสแก่ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆอย่างเหมาะสมและเกิดประโยชน์แก่ผู้สูงอายุและสังคม ทำให้ผู้สูงอายุได้รับโอกาสจนส่งผลทำให้มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเป็นอย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุวรรณา ดีแสน(45) ที่ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลป่าหุง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี อาจเนื่องจาก ที่อยู่อาศัยอยู่ในเขตภาคเหนือ มีวัฒนธรรม ประเพณี ลักษณะการอยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมที่คล้ายคลึงกันมาก จึงส่งผลให้ระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับที่ดีและสอดคล้องกับผลการศึกษาของปาณิศา ดีใหม่ (51) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุบ้านไร่ป่าคา ตำบลท่าต๋ม อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง เพราะผู้สูงอายุพื้นที่นี้ เป็นพื้นที่ใกล้เคียงกับตำบลม่วงน้อย อาจจะมีบริบททางชุมชน วัฒนธรรม ประเพณี ที่คล้ายคลึงกันจึงมีระดับพฤติกรรมที่คล้ายกันและสอดคล้องกับผลการศึกษาของส่วนส่งเสริมพลศึกษา สุขภาพและนันทนาการ (68) ที่ศึกษาพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้สูงอายุใน

ประเทศไทย ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่าง โดยภาพรวมมีพฤติกรรมด้านสุขภาพในทางบวก คือจัดว่าอยู่ในเกณฑ์ดี และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ จิราภรณ์ ใจสบายและคณะ (70) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี ส่วนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชนากาน สิงห์หลงและคณะ (69) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลเวียงคำ อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 2.7

#### 4.2.4.1 พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร

ผลการศึกษาพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูนพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 70.2 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร รายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมี ปฏิบัติทุกครั้ง (5-7วัน) คือ ทานดื่มน้ำประมาณวันละ 6-8 แก้วต่อวัน ร้อยละ 85.3 ส่วนพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่าง ปฏิบัติบางครั้ง (2-4 วัน) คือ ทานบริโภคข้าวกล้องธัญพืช (ถั่วเหลือง, งาขาว, งาดำ) ร้อยละ 78.8 ส่วนพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่าง ไม่เคยปฏิบัติ (1 วันหรือไม่ปฏิบัติเลย) คือ ทานดื่มสุรา และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 84.9 อาจเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้จากอาชีพรับจ้าง ซึ่งได้เงินมาก็จะนำไปใช้จ่ายใช้สอย ในการหาอาหารและมีความสนใจในการบริโภคอาหารเป็นอย่างดี และผู้สูงอายุบางส่วนป่วยเป็นโรคเรื้อรัง จึงต้องมีการเฝ้าระวัง ลดหวาน มัน เค็ม หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันเป็นส่วนประกอบ และทานผักและผลไม้เป็นจำนวนมาก ที่ไม่ส่งผลต่อโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่และเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังอื่นที่ด้วย ซึ่งได้รับการส่งเสริมความรู้ภายใต้โครงการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จึงส่งผลให้พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิภาพร สิทธิศาสตร์ (65) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยเสาหิน ตำบลวัดพริก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านโภชนาการอาหารอยู่ในระดับดี และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ จารุณี จันทร์เปล่ง (67) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดปทุมธานี ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหารโดยรวมอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 3.02 โดยมีพฤติกรรมการดื่มนมและเครื่องดื่มบำรุงกำลังมากที่สุด เฉลี่ย 2.29 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชนากาน สิงห์หลงและคณะ(69) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลเวียงคำ อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการโภชนาการอาหาร อยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 2.7 เนื่องจากบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ที่จัดอาหารให้แก่ผู้สูงอายุ จึงคัดสรร เมนูอาหารที่มีประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุ

#### 4.2.4.2 พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย

ผลการศึกษาพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูนพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับมากร้อยละ 77.6 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกายรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมี ปฏิบัติทุกครั้ง (5-7วัน) มากที่สุด คือ ท่านไม่ออกกำลังกาย หลังรับประทานอาหารเช้า ร้อยละ 99.2 ส่วนกลุ่มตัวอย่างมี ปฏิบัติบางครั้ง (2-4 วัน) คือ ท่านออกกำลังกาย เช่น ปั่นจักรยาน เดิน วิ่งเหยาะๆ ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ หรืออื่นๆ ร้อยละ 62.4 ส่วนกลุ่มตัวอย่างไม่เคยปฏิบัติ (1วัน หรือไม่ปฏิบัติเลย) คือ ท่านออกกำลังกาย เช่น ปั่นจักรยาน เดิน วิ่งเหยาะๆ ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ หรืออื่นๆ และท่านออกกำลังกายครั้งละ 20 นาทีขึ้นไปร้อยละ 18. และซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ บรรลุ ศิริพานิช (20) ที่กล่าวว่าการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ฝึกปฏิบัติมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้ดำรงชีวิตอยู่ด้วยความสุข ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชนากาน สิ่งหลงและคณะ(69) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลเวียงคำ อำเภอกุมวาปี จังหวัดอุดรธานี ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการจัดการออกกำลังกายอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 2.5 4 อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้นอายุ 60-69 ปี ซึ่งมีสุขภาพที่แข็งแรงและมีแรงในการออกกำลังกายได้เป็นอย่างดี ประกอบกับในชุมชนมีลานออกกำลังกาย มีอุปกรณ์ เครื่องออกกำลังกายทุกหมู่บ้าน โดยได้รับการสนับสนุนจากเทศบาล และชมรมผู้สูงอายุในชุมชนมีกิจกรรมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ชมรมเปตอง ชมรมรำไม้พอง ชมรมรำย้อนยุคและชมรมแอโรบิค ทำให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีความสนใจและออกกำลังกายมากขึ้น และกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ซึ่งมีความสนใจในการออกกำลังกาย ชอบเต้นรำ เสียงเพลง จึงหันมารำย้อนยุค และรำไม้พองเป็นจำนวนมาก และผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังจึงต้องมีการออกกำลังกายเพื่อลดและป้องกันโรคต่างๆ ที่สำคัญให้ร่างกายมีความแข็งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ และอาจจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลเช่น เจ้าหน้าที่ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการสาธิตการออกกำลังกายแก่ผู้สูงอายุและที่สำคัญผู้สูงอายุเกิดความตระหนักต่อสุขภาพเอง ที่จะต้องให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งต่างกับผลการศึกษาของ พระสุรชัย อยู่สาโก (47) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเทศบาลเมืองท่าเรือ-พระแพ่ง อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน มีสถานที่ออกกำลังกาย อุปกรณ์ และชมรมผู้สูงอายุครบทุกหมู่บ้าน ที่เอื้ออำนวยต่อความสะดวกสบาย และการออกกำลังกายอย่างมาก

#### 4.2.4.3 พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด

ผลการศึกษาพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดของผู้สูงอายุ ตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูนพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 52.7 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการจัดการความเครียดรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติทุกครั้ง (5-7วัน) มากที่สุดคือ ท่านไม่เปรียบเทียบเรื่องของตนเองกับผู้อื่นให้เกิดความทุกข์ ร้อยละ 73.9 ส่วนกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติบางครั้ง (2-4วัน) คือ เมื่อรู้สึกเครียด ท่านมักจะออกกำลังกาย เพื่อความผ่อนคลาย ร้อยละ 59.6 และกลุ่มตัวอย่างมีการไม่เคยปฏิบัติ (1วันหรือไม่ปฏิบัติเลย) คือ ท่านไม่พูดคุยกับคนอื่นเลย เมื่อมีความทุกข์ร้อยละ 63.7 อาจเนื่องจากผู้สูงอายุยังมีรายได้ที่ต่ำ และมีรายจ่ายที่เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ซึ่งวัยผู้สูงอายุควรจะเป็นวัยที่พักผ่อน ไม่ทำงานหนัก แต่ยังคงมีภาระที่หารายได้และนำเงินมาใช้ในการดูแลตนเองทั้งในด้านการบริโภคอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ซึ่งไม่มีเงินเก็บที่จะใช้ต่อไปในอนาคต จึงจำเป็นต้องหารายได้เพิ่มเติมอีก ส่งผลให้เกิดปัญหาและความเครียดในผู้สูงอายุ และยังมีวิธีการจัดการกับความเครียดยังไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของจารุณี จันทร์เปล่ง (67) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดปทุมธานี ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการจัดการความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.56 โดยยกเว้นเรื่องทุกข์ยากเดือนร้อนไม่โทษว่าเป็นเวรกรรม และไม่ใช้ยานอนหลับหรือสูบบุหรี่หรือดื่มสุราเมื่อมีปัญหาไม่สบายใจ อยู่ในระดับสูง ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุวรรณา ดีแสน (45) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลป่าหุง อำเภอพาน จังหวัดเชียงรายพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลางและสอดคล้องกับผลการศึกษาของสถิตย์ พงษ์เจตสุพรรณ (59) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลท่าตอน อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงใหม่ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พบว่า มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการจัดการความเครียด ของกลุ่มผู้สูงอายุในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากอาศัยอยู่ในเขตภาคเหนือ และเป็นจังหวัดที่ใกล้เคียงกัน อาจจะมีจิตใจที่อ่อนไหว อ่อนโยน จึงทำให้เกิดความเครียดได้อย่างง่ายแต่ก็ยังไม่สามารถจัดการปัญหาด้านความเครียดได้ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วัชรพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว (16) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการจัดการความเครียด มีค่าปฏิบัติการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.34 โดยมีการจัดการความเครียดสูงสุด 3 อันดับคือ มักจะพบปะพูดคุยและปรับทุกข์กับเพื่อนวัยเดียวกัน และเมื่อต้องการพักผ่อนหย่อนใจ จะใช้วิธีการพูดคุยกับเพื่อนบ้าน และสุดท้ายเมื่อต้องการพักผ่อนหย่อนใจ จะใช้วิธีการพูดคุยกับคนในบ้าน และสอดคล้องกับผล

การศึกษาของชรินทร์ งามแสง (71) ที่ศึกษาการจัดการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตตำบลไค้้น อำเภอยะผิง จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการจัดการความเครียด โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.22 แม้ผู้สูงอายุส่วนมากจะเข้าวัดทำพิธีทางศาสนา เพื่อหาหนทางแห่งความสงบ แต่ผู้สูงอายุก็ไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้ ดังนั้น ควรมีการส่งเสริมความรู้และฝึกการปฏิบัติในการจัดการกับปัญหาและความเครียดอย่างเร่งด่วน ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายในอนาคตได้ ซึ่งสอดคล้องกับจังหวัดลำพูนที่มีปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นอันดับต้นของประเทศที่ต้องให้ความสำคัญกับปัญหาดังกล่าว เพื่อให้ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความสุข



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน ครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ปัจจัยนำ (เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, สถานภาพ, อาชีพ, รายได้และความเพียงพอของรายได้, โรคประจำตัว, การดูแลสุขภาพของตนเอง, การอยู่อาศัย, การตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุ และความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองของผู้สูงอายุ) ปัจจัยเอื้อ (การเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข หรือสถานบริการสุขภาพทั้งของรัฐ และเอกชน) และปัจจัยเสริม (การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล, การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขจากแหล่งต่างๆ) ของผู้สูงอายุ ในตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูนและเพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (ด้านการบริโภคอาหาร, ด้านการออกกำลังกายและด้านการจัดการความเครียด) ของผู้สูงอายุ ในตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน จำนวน 245 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน คือแบบสอบถาม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ซึ่งผลการศึกษาสรุปลงได้ดังนี้

#### 5.1 สรุปผลการศึกษา

##### 5.1.1 ปัจจัยนำ

###### 5.1.1.1 ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.5 มีอายุระหว่าง 60-69 ปีมากที่สุดร้อยละ 68.8 อายุเฉลี่ย  $67.98 \pm 5.95$  ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 92.7 สถานภาพสมรสคู่มากที่สุดร้อยละ 69.4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุดร้อยละ 46.9 รายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง ต่ำกว่า 3,000บาท ร้อยละ 61.2 และเมื่อเทียบรายได้กับรายจ่ายพบว่า รายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บมากที่สุด ร้อยละ 47.3 และได้รับเงินโดยหาเงินจากตัวเองมากที่สุดร้อยละ 80 อาศัยอยู่กับสามีหรือภรรยามากที่สุด ร้อยละ 70.2 กลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัวมากที่สุด ร้อยละ 46.9



### 5.1.1.2 การตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาคำตอบการตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมากร้อยละ 93.9 โดยคิดว่าการตรวจสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็น ร้อยละ 94.3 รองลงมาคือ เมื่ออายุมากขึ้น การเคลื่อนไหวจะช้าลง ร้อยละ 91.8 และผู้สูงอายุมักหลงลืมเรื่องราวต่างๆได้ง่าย ร้อยละ 86.5

### 5.1.1.3 ความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษา ความรู้สึกมีคุณค่าของตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมากร้อยละ 94.3 โดยคิดว่าเป็นที่เคารพของลูกหลาน ร้อยละ 94.3

## 5.1.2 ปัจจัยเอื้อ

### 5.1.2.1 การเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขหรือสถานบริการสุขภาพ

ผลการศึกษาคำตอบการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขหรือสถานบริการสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขหรือสถานบริการสุขภาพอยู่ในระดับมากร้อยละ 95.9 คะแนน โดยมีความพึงพอใจต่อการรับบริการในสถานบริการสุขภาพมากที่สุดร้อยละ 94.7 รองลงมาคือ สถานบริการให้ความสะดวกสบายในการติดต่อขอรับบริการ ร้อยละ 93.9 และได้รับการตรวจบริการสุขภาพตามความต้องการของท่าน ร้อยละ 91.4 และ 84.5 ตามลำดับ

## 5.1.3 ปัจจัยเสริมประกอบด้วย

### 5.1.3.1 แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว,เจ้าหน้าที่สาธารณสุข,อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

ผลการศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมากร้อยละ 78.4 โดยเมื่อเจ็บป่วยหรือนอนโรงพยาบาล บุคคลในครอบครัวคอยดูแลปรนนิบัติ ร้อยละ 96.7 รองลงมา คือ เมื่อเจ็บป่วยได้รับคำแนะนำเรื่องการพักผ่อน การรับประทานอาหารและการใช้ยาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 95.5 ส่วนบุคคลในครอบครัวเป็นคนเตรียมอาหารให้รับประทาน มีเพียงร้อยละ 73.9

### 5.1.3.2 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาคำตอบการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับมากร้อยละ 75.1 โดยได้รับข่าวสารมีความชัดเจนถูกต้อง และเข้าใจได้ง่าย ร้อยละ 81.6 รองลงมาคือ ได้รับข่าวสารที่มีความรวดเร็ว ทันต่อสถานการณ์ของโรค ร้อยละ 77.6 ส่วนได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากอสม. ร้อยละ 65.7

#### 5.1.4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย

ผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมากร้อยละ 71

##### 5.1.4.1 พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร

ผลการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับมากร้อยละ 70.2 โดยดื่มน้ำประมาณวันละ 6-8 แก้วต่อวัน ปฏิบัติทุกครั้ง (5-7 วัน) ร้อยละ 85.3 ไม่ดื่มสุรา และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 84.9 ส่วนบริโภคข้าวกล้องธัญพืช (ถั่วเหลือง, งาขาว, งาดำ) ปฏิบัติบางครั้ง (2-4 วัน) ร้อยละ 78.8 และยังมีพฤติกรรมที่ไม่ดี คือ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันเป็นส่วนประกอบ (กะทิ, น้ำมันพืช) และรับประทานอาหารรสเค็มจัด หวานจัด ปฏิบัติบางครั้ง (2-4 วัน) ร้อยละ 72.2 และ 20.8 ตามลำดับ

##### 5.1.4.2 พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย

ผลการศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการออกกำลังกาย อยู่ในระดับมากร้อยละ 77.6 โดยไม่ออกกำลังกาย หลังรับประทานอาหารทันทีและไม่ออกกำลังกายในที่ที่มีอากาศอบอ้าว หรือมีแดดจ้า ร้อยละ 99.2 และ 98.4 ตามลำดับ และมีการออกกำลังกายเช่น ปั่นจักรยาน เดิน วิ่งเหยาะๆ ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ หรืออื่นๆ และออกกำลังกายครั้งละ 20 นาทีขึ้นไป ปฏิบัติทุกครั้ง (5-7 วัน) เพียงร้อยละ 19.2 และ 24.5 ตามลำดับ

##### 5.1.4.3 พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด

ผลการศึกษาพฤติกรรมการจัดการความเครียด พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 52.7 โดยไม่เปรียบเทียบเรื่องของตนเองกับผู้อื่นให้เกิดความทุกข์ และสามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ เมื่อรู้สึกโกรธหรือโมโห ร้อยละ 73.9 และ 70.2 ตามลำดับ และเมื่อรู้สึกเครียด มักจะออกกำลังกายเพื่อความผ่อนคลาย และเมื่อรู้สึกเครียดจะสวดมนต์ ไหว้พระและนั่งสมาธิ เพียงร้อยละ 32.7 และ 51.8 ตามลำดับ

## 5.2 ข้อเสนอแนะ

### 5.2.1 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา

5.2.1.1 จากผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีรายได้ในช่วง ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน เป็นจำนวนมาก และรายได้เมื่อเทียบกับรายจ่ายเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ดังนั้นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น เทศบาล กองสวัสดิการ การศึกษานอกระบบ (กศน.) หรือหน่วยงานอื่นๆ ควรจัดทำแผนงานโครงการส่งเสริมให้ความรู้และฝึกอาชีพในการทำงานให้แก่

ผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถประกอบอาชีพและสร้างรายได้เพิ่มขึ้นให้กับผู้สูงอายุต่อไป เพื่อนำเงินที่ได้มาดูแลและบำรุงสุขภาพในช่วงวัยสูงอายุอย่างมีคุณค่า และพบว่ากลุ่มตัวอย่างป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ดังนั้น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาล ควรจัดทำโครงการส่งเสริมความรู้ เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม3อ.2ส. และส่งเสริมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคและวัยผู้สูงอายุ เพื่อดำรงชีวิตในวัยผู้สูงอายุอย่างมีความสุขและสุขภาพที่ดี

5.2.1.2 เนื่องจากผลการศึกษา พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในด้านการจัดการความเครียด พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมที่อยู่ในระดับปานกลางเช่น มีการออกกำลังกายเวลาเครียดแค่บางครั้ง และไม่พูดคุยกับคนอื่น เก็บตัวอยู่คนเดียวเวลาที่มีความทุกข์ แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุเวลาเกิดความทุกข์หรือความเครียด ยังมีการจัดการความเครียด การผ่อนคลายความเครียดที่ยังไม่ถูกต้อง หรือเหมาะสมกับสถานการณ์ อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ ดังนั้น ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะภาครัฐและภาคีเครือข่ายอื่นๆ ควรประสานความร่วมมือ ร่วมแรงสนับสนุนการเพิ่มอาชีพที่สนับสนุนรายได้แก่ผู้ดูแลและผู้สูงอายุให้มีอาชีพ สามารถทำงานที่บ้านได้ เพื่อเป็นการป้องกันความเครียด ไม่รู้สึกเหงา รู้สึกผ่อนคลายแก่ผู้สูงอายุได้ระดับหนึ่ง ลดความกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายภายในบ้านและทำให้ผู้ดูแลมีเวลาดูแลผู้สูงอายุได้อย่างใกล้ชิด และมีสุขภาพจิตที่ดีมากขึ้น และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรให้คำแนะนำส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองและมีการปฏิบัติตัวในการจัดการความเครียดและด้านอื่นๆอย่างเหมาะสม ทำกิจกรรมร่วมกันโดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุทุกคน รวมถึงมีการส่งเสริมให้เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ เพื่อให้พบเจอ พูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น กับเพื่อนวัยเดียวกันสร้างสัมพันธ์ภาพและกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุด้วยกัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี

## 5.2.2 ข้อเสนอแนะในงานวิจัยครั้งต่อไป

15.2.2.1 ควรมีการศึกษาเพิ่มเติม ในเรื่องปัญหาและอุปสรรคในเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน เพื่อหาแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

5.2.2.2 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง และผู้สูงอายุในเขตอำเภออื่นในเขตจังหวัดลำพูน

5.2.2.3 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้ทราบรายละเอียดเชิงลึก และนำมาถอดบทเรียนเพื่อพัฒนาเป็นระบบดูแลสุขภาพ (District Health System) และสามารถนำบทเรียนที่ได้ไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆได้ต่อไป

## รายการอ้างอิง

1. นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยพ.ศ.2553.วารสาร. กรุงเทพฯ:บริษัท ที คิว พี จำกัด;2553: หน้า 2.
2. ศูนย์อนามัยที่ 1. รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุภาคเหนือตอนบน; 2559.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน. รายงานประจำปี รายงานผู้สูงอายุจังหวัดลำพูนพ.ศ. 2559; 2559.
4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอป่าซาง. รายงานประจำปี รายงานผู้สูงอายุพ.ศ.2559; 2559.
5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงน้อย. รายงานการคัดกรองผู้สูงอายุประจำปี; 2559.
6. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย(มส.ผส.). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยพ.ศ.2557. วารสาร.กรุงเทพฯ:อัมรินทร์ปริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด มหาชน.ครั้งที่1 ;2557: หน้า40.
7. สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. รายงานวิจัย การสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยปี2557 ภายใต้อาณัติส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ.วารสาร. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์วัชรินทร์พี.พี; 2557.
8. กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานวิจัย การสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยปี 2556 ภายใต้อาณัติส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ.วารสาร. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์วัชรินทร์พี.พี.; 2556.
9. สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. วิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพ(อินเตอร์เน็ต). นนทบุรี;2551 (เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ย. 2559). เข้าถึงได้จาก <http://www.hiso.or.th/hiso/center.php>
10. สำนักงานคณะกรรมการ พัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.ทิศทางแผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่12; 2559.
11. ประนอม โอทกานต์, จิราพร เกศพิชญวัฒนา. การศึกษาความต้องการการพยาบาลของ ผู้สูงอายุในชมรมนชมรมและสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ : รายงานการวิจัย. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2537.
12. ธีระชัย พรหมคุณ ,พจนีย์ เสงี่ยมจิตต์ ,เสนอ ภิรมจิตรผ่อง. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ : รายงานการวิจัย. อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี; 2557: หน้า102-8.

13. วรรณวิมล เมฆวิมล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสงคราม : รายงานการวิจัย. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2555.
14. มนทิญา กงลา, จรวัย กงลา. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าไฮ อำเภอสรีราชา จังหวัดอุดรธานี. การประชุมวิชาการและเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ “สร้างสรรค์และพัฒนา เพื่อก้าวหน้าสู่ประชาคมอาเซียน” ครั้งที่ 2 ; 18-19 มิถุนายน 2558. ณ วิทยาลัยนครราชสีมา.นครราชสีมา; 2558: หน้า101.
15. ชันทิวา นาคแย้ม. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรม ผู้สูงอายุตักสินคร เทศบาลเมืองมหาสารคาม.บพคัดย่อ. (เข้าถึงเมื่อวันที่ 9 พ.ย. 2559); 2556. เข้าถึงได้จาก[http://www.publichealth.msu.ac.th/isdatabase/wp-content/uploads/participants-database/pdf\\_56.pdf](http://www.publichealth.msu.ac.th/isdatabase/wp-content/uploads/participants-database/pdf_56.pdf)
16. วัชรพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว. พฤติกรรมของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองหรี อำเภอมืองชลบุรี: รายงานการวิจัย. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2557.
17. ภรณ์ ตั้งสุรัตน์, วิมลฤดี พงษ์หิรัญญ์. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล ตำบลบางเมือง อำเภอมือง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการและงานวิจัยปีที่ 20 ; 2551.หน้า 57-68
18. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือระบบด้านการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ. สำนักงานกิจการโรมพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2558. หน้า10-13
19. พจนานุกรมไทยฉบับราชบัณฑิตยสถาน. ความหมายผู้สูงอายุ; 2542;หน้า 347.
20. บรรลุ ศิริพานิช ธท, วันดี โภคกุล, นันทิกา ทวีชาชาติ,ศุภชัย ฤกษ์งาม, และปริญญา โตมานะ,. รายงานวิจัยและพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนยาวและแข็งแรง. 2531;กรุงเทพ(กระทรวงสาธารณสุข).
21. เกษม ต้นติผลาชีวะและกุลยา ต้นติผลาชีวะ. การรักษาสุขภาพในวัยผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร; 2528 ;อรุณการพิมพ์: ครั้งที่5.
22. เจมส์และเรนเนอร์ 1985. ผู้สูงอายุ. อ้างถึงในเพ็ญผกา กาญจโนภาส ; 2541.
23. สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2556. วารสาร.กรุงเทพ: อัมรินทร์ปริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด มหาชน; 2556: หน้า 2.
24. ปัทตดา ภริตาธรรม. คู่มือดูแลสุขภาพกายใจ ผู้สูงวัย. กรุงเทพมหานคร; 2537;แพรวธรรม: หน้า21-31.
25. อรชร โวทวี. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ในอำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต; 2548; มหาวิทยาลัยศิลปกร: หน้า 28-30.

26. ประสิทธิ์ ทองอ่อน. พฤติกรรมมนุษย์กับการพัฒนาคน. กรุงเทพมหานคร. 2542;ซีเอ็ดยูเคชั่น (พฤติกรรมมนุษย์):ครั้งที่4.
27. พจนานุกรมไทยฉบับราชบัณฑิตยสถาน. พฤติกรรม. พ.ศ.2542; 2546: หน้า 768.
28. ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล ,พัชรีย์ ไชบลังการ, ปิยะนุช จิตตะนนท์. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากร:คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา; 2551; ภาควิชาพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์(มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์):6.
29. อังคินันท์ อิทรกำแหง,อรพินทร์ ชูชม,วรสรณ์ เนตรทิพย์. การบริหารจัดการและประเมินโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงานในกรุงเทพมหานคร. วารสารพฤติกรรมศาสตร์; 2552: หน้า 11.
30. สมจิตต สุพรรณทัสน. พฤติกรรมการเปลี่ยนแปลง. เอกสารการสอนชุดวิชาสุศึกษา; 2541; พิมพ์ครั้งที่15(นนทบุรี): หน้า132-6.
31. ชนวรรณ อิมสมบุรณ์. พฤติกรรมสุขภาพและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. เอกสารการสอนชุดวิชาสุศึกษาและการประชาสัมพันธ์งานสาธารณสุข; 2546;มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ.
32. ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. 2536;กรุงเทพมหานคร(เจ้าพระยาการพิมพ์).
33. จินดา บุญช่วยเกื้อกุล. การดูแลรักษาและส่งเสริมสุขภาพ. สุขภาพเพื่อชีวิ ดวิต ;2548;พิมพ์ครั้งที่ 5:หน้า67.
34. เฉลิมพล ต้นสกุล. พฤติกรรมศาสตร์ สาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร. 2541;พิมพ์ครั้งที่2 (สหประชาชาติ):หน้า 17-8.
35. สมทรง รักษาเมา และสรงศกภูณ ดวงคำสวัสดิ์. กระบวนการดำเนินงานสุศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรณี : การพัฒนาพฤติกรรมผู้บริโภคชุมชน. นนทบุรี; 2540;โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.
36. กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข. อาหารเฉพาะโรคสำหรับผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่2 ตุลาคม ;2550; โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
37. กรมสุขภาพจิต. ความหมายความเครียด; 2539:หน้า7.
38. พจนานุกรมไทยราชบัณฑิตยสถาน. ความหมายความเครียด; 2525:กรุงเทพมหานคร: หน้า 525.
39. อรุณ รักธรรม . พฤติกรรมความเครียดในองค์กร; 2538;หนังสือทั่วไป: กรุงเทพฯ: เอส แอนด์ จี กราฟฟิค :พิมพ์ครั้งที่ 2; หน้า428-438.

40. ไชยศร ศ. โปรรแกรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุหญิง. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย. 2541;สาขาการส่งเสริมสุขภาพ(บัณฑิตวิทยาลัย ทหาวิทยาลัยเชียงใหม่).
41. คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. การดูแลสุขภาพตนเอง. กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร; 2535: หน้า10 - 1.
42. มัลลิกา มัติโก. . ภาวะสุขภาพอนามัยและการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ พื้นที่ศึกษาเขตภาคเหนือ. นครปฐม. 2530. รายงานการวิจัย(ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล):หน้าที่ 7-8.
43. นพรัตน์ หนูบ้านยาง. ศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้ากรมการแพทย์ทหารเรือ. 2540. รายงานการวิจัย: หน้า99.
44. อริสา จิตต์วิบูลย์. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุบ้านท่านางหอม อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. สงขลา : รายงานการวิจัย: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา. 2547.
45. สุวรรณนา ดีแสน. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลป่าหุ้ง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย. (วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์). เชียงใหม่:มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2549.
46. จุรีย์ เลหาพงษ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลชลประทาน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี. (วิทยานิพนธ์). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2549.
47. พระสุรชัย อยู่สาโก. ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองท่าเรือพระแท่น อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี. (วิทยานิพนธ์ บัณฑิตวิทยาลัย): มหาวิทยาลัยศิลปกร; 2550.
48. ปริศนา สุวรรณราช และคณะ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลเกาะคา อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง; 2550.
49. อังชัน จิงสกุลวัฒนา. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุวัยท่ายในเขต องค์การบริหารส่วนตำบลวังโดนด อำเภอ นายายอาม จังหวัดจันทบุรี; 2550.
50. วณีย์ ปรีชาอนันต์. ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและความต้องการของผู้สูงอายุ ที่เป็นเบาหวานและครอบครัวและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน โรงพยาบาล พนัสนิคม. ,2550.
51. ปาณิศา ดีใหม่. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุบ้านไร่ป่าคา ตำบลท่าต้อม อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน. (สาระนิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.

52. อัญชลี นพรัตน์. ศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลบ้านปรก อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม. (วิทยานิพนธ์). นนทบุรี:มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2552.
53. ทรรศณีย์ โภคชัยทิพย์. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพ ในผู้สูงอายุ ในอำเภอด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย; 2552.
54. ปราณีศา ศรีวิชัยและคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ กรณีศึกษาผู้สูงอายุของสถานีอนามัยโนนสว่าง ตำบลจำปาโมง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดอุดรธานี. .บทคัดย่อ. (เข้าถึงเมื่อวันที่ 9 พ.ย. 2559); เข้าถึงได้จาก  
[http://203.157.168.8/research/index.php?option=com\\_content&view=article&id=110:2013-01-16-09-23-42](http://203.157.168.8/research/index.php?option=com_content&view=article&id=110:2013-01-16-09-23-42); 2554.
55. เพชรธณีย์ สุวรรณมาลีและคณะ. ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและความพึงพอใจของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ในแขวงสะหวันนะเขตประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. (วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2554.
56. วิไลพร ขำวงษ์, จตุพร หนูสวัสดิ์, วรารัตน์ ประทานวรปัญญา, จิตภา ศิริปัญญา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ;วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ Journal of Health Science Research ; 2554.
57. ขวัญดาว กล่ำรัตน์, ศิริบุญ จงวุฒิเวศย์, ภัทรพล มหาจันทร์, นवलฉวี ประเสริฐสุข. ปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเขต ภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์); 2554.
58. สุตารัตน์ จาดจัน. ศึกษาพฤติกรรมการสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านอุมลอง อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง. (วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์). เชียงใหม่:มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2555.
59. สติธย์ พงษ์เจตสุพรรณ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลท่าดอน อำเภอแม่เมาะ จังหวัดเชียงใหม่.(สาระนิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยพะเยา ; 2558.
60. Green, L.W.et al. Health Education Planning A Diagnostic Approach. California: Mayfield Publishing Company ;1980.
61. Green, L.W. and M.W. Kreuter. Health Promotion Planning : An Educational and Environmental Approach. Second Edition. Mayfield Publishing Company, Toronto; 1991.



62. Poilit, D.F., & Beck, C.T. Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. Philadelphia: Wolters kluwer health/Lippincott williams& wilkins;2008.
63. สิริมา มงคลสัมฤทธิ์. ชีวสถิติสาธารณสุข Biostatistics for Public Health. (เอกสารคำสอน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์): บริษัทจรัสสินทวงศ์การพิมพ์ จำกัด: พิมพ์ครั้งที่ 2;2558.
64. อิตเรส อาบู. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมในตำบลกะมียอ อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี. (สารนิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต(สาธารณสุขชุมชน) ). ยะลา: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ; 2549.
65. วิภาพร สิทธิศาสตร์และ สุชาดา สนวนุ่ม. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เขตความรับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านเสาหิน ตำบลวัดพริก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. (สารนิพนธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ ) พิษณุโลก:วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช ; 2550.
66. วิลาวัลย์ รัตนา. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. (สารนิพนธ์ สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ ) กทม: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ; 2552.
67. จารุณี จันทร์เปล่ง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดปทุมธานี. (วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติ ครอบครัว ) นนทบุรี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ; 2550.
68. ส่วนส่งเสริมพลศึกษา สุขภาพ และนันทนาการ. พฤติกรรมทางสุขภาพของผู้สูงอายุประเทศไทย. กทม:กรมพลศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ; 2538.
69. ชนากาน สิงห์หลง ชันญญา ริระพรกุลและรชานนท์ งามในรัก. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุตำบลเวียงคำ อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. (สารนิพนธ์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต) ขอนแก่น:มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.
70. จิราภรณ์ ใจสบาย พรสุข หุ่นนิรันดร์และทรงพล ต่อณี. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร. (สารนิพนธ์ หลักสูตรการศึกษา มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา) กทม :มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2555.
71. ชรินทร์ งามแสง. การจัดการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตตำบลไค้ัน อำเภอยี่งอ จังหวัดกาฬสินธุ์. (บทความงานวิจัย ) ; 2559.
- [http://203.157.186.16/kmblog/page\\_research\\_detail.php?ResID=20](http://203.157.186.16/kmblog/page_research_detail.php?ResID=20)

72. เนตรดาว จิตโสภาคกุล.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ที่6 ตำบลบึงศาล อำเภอง่วงศรีรักษ์ จังหวัดนครนายก. (วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยปทุมธานี) ปทุมธานี :มหาวิทยาลัยปทุมธานี; 2557.
73. บุญชม ศรีสะอาด. การแปลผลเมื่อใช้เครื่องมือรวบรวมข้อมูลแบบมาตราส่วนประมาณค่า. บทความงานวิจัย ;เข้าถึงได้จาก [https://edu.msu.ac.th/jem/home/journal\\_show.php?ID=7](https://edu.msu.ac.th/jem/home/journal_show.php?ID=7) สืบค้นเมื่อวันที่ 1 เมษายน 2560





## ภาคผนวก ก

## แบบสอบถาม

เลขที่แบบสอบถาม.....

## แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป

พฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยนำ ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ

1.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุและความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองของผู้สูงอายุ จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข หรือสถานบริการสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยเสริม ประกอบด้วย

3.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, อสม. จำนวน 5 ข้อ

3.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

4.1 ด้านการบริโภคอาหาร จำนวน 7 ข้อ

4.2 ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 7 ข้อ

4.3 ด้านการจัดการกับความเครียด จำนวน 6 ข้อ

ผู้วิจัยจึงขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถาม ตามความเป็นจริง คำตอบที่ได้จากท่านจะเก็บเป็นความลับและไม่มีผลต่อท่านทั้งทางตรงและทางอ้อม

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ โอกาสนี้

เลขที่.....

เรื่อง พหุติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลม่วงน้อย  
อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน

ส่วน 1 แบบสอบถามปัจจัยนำ

**คำชี้แจง** โปรดเติมเครื่องหมาย ✓ ลงใน  ให้ตรงกับความจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุดและเติมข้อความลงในช่องว่างให้สมบูรณ์ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดขอความกรุณาตอบทุกข้อ

1. เพศ

ชาย  หญิง

2. อายุ..... ปี

3. การศึกษา

ไม่ได้ศึกษา  ชั้นประถมศึกษา  ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น  
 ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.  อนุปริญญา/ปวส.  ปริญญาตรี  
 อื่นๆ โปรดระบุ.....

4. สถานภาพ

โสด  สมรส  หม้าย  หย่า/แยกกันอยู่

5. อาชีพ

ไม่ได้ประกอบอาชีพ  รับจ้าง  ค่าขาย/ธุรกิจส่วนตัว  
 ข้าราชการ  เกษตรกรรม  อื่นๆ โปรดระบุ.....

6. รายได้.....บาท/เดือนและเมื่อเทียบกับรายจ่าย

ไม่เพียงพอ  เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ  เพียงพอและเหลือเก็บ

7. ท่านได้รับเงินจากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

จากตัวเอง  จากบุคคลในครอบครัว  อื่นๆ โปรดระบุ.....

8. ท่านอาศัยอยู่กับใครในครอบครัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

อยู่คนเดียว  อยู่กับสามี/ภรรยา  อยู่กับลูกหลาน  
 อยู่กับคนอื่นๆระบุ.....

9. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ความดันโลหิตสูง  เบาหวาน  
 ไชมัน  อื่นๆ โปรดระบุ.....  ไม่มีโรคประจำตัว

**แบบสอบถามเกี่ยวกับการตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุและความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองของผู้สูงอายุ**

**คำชี้แจง** แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับการตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุและความรู้สึกมีคุณค่าของตนเอง ผู้สัมภาษณ์จะเป็นคนอ่านข้อคำถามให้ท่านฟัง ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์จะต้องเลือกคำตอบในแต่ละข้อเพียง 1 คำตอบและผู้สัมภาษณ์จะใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน  ตามความคิดเห็นของท่าน เพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์ดังนี้

**มาก หมายถึง** ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิด หรือเคยเกิดขึ้นกับตัวท่านทั้งหมด เกือบทั้งหมด

**ปานกลาง หมายถึง** ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิด หรือเคยเกิดขึ้นกับตัวท่านในระดับปานกลาง ไม่สม่ำเสมอ

**น้อย หมายถึง** ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิด หรือเคยเกิดขึ้นกับตัวท่านน้อย

ข้อ	รายการ	ระดับความคิดเห็น		
		มาก	ปานกลาง	น้อย
	<b>การตระหนักในสุขภาพของวัยสูงอายุ</b>			
1.	ท่านคิดว่าการตรวจสุขภาพประจำปีเป็นสิ่งจำเป็น			
2.	ท่านคิดว่าเมื่ออายุมากขึ้นการเคลื่อนไหวจะช้าลง			
3.	ท่านคิดว่าผู้สูงอายุมักมีผิวแห้งบาง และเกิดแผลได้ง่าย			
4.	ท่านคิดว่าผู้สูงอายุมักจะหลงลืมเรื่องราวต่างๆได้ง่าย			
5.	ท่านคิดว่าการช่วยเหลือตนเองได้ดี จะไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่น			
6.	ท่านเป็นที่เคารพนับถือ ของลูกหลาน			

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยเอื้อ เกี่ยวกับการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข หรือสถานบริการสุขภาพ

**คำชี้แจง** แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข หรือสถานบริการสุขภาพทั้งของรัฐ และเอกชน ที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างสะดวก ผู้สัมภาษณ์จะเป็นคนอ่านข้อคำถามให้ท่านฟัง ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์จะต้องเลือกคำตอบในแต่ละข้อเพียง 1 คำตอบและผู้สัมภาษณ์จะใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน  ตามความคิดเห็นของท่าน เพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์ดังนี้

**มาก** หมายถึง ข้อความในประโยคนั้น เคยเกิดขึ้นกับตัวท่านทั้งหมด เกือบทั้งหมด

**ปานกลาง** หมายถึง ข้อความในประโยคนั้น เคยเกิดขึ้นกับตัวท่านในระดับปานกลาง ไม่สม่ำเสมอ

**น้อย** หมายถึง ข้อความในประโยคนั้น เคยเกิดขึ้นกับตัวท่านน้อย

ข้อ	รายการ	ระดับความคิดเห็น		
		มาก	ปานกลาง	น้อย
	<b>การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ</b>			
1.	ท่านไม่มีความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาล/คลินิก/สถานบริการสุขภาพ			
2.	สถานบริการให้ความสะดวกในการติดต่อขอรับบริการ เช่น การทำบัตร ช่องทางลัด ให้แก่ท่าน			
3.	ท่านได้รับการบริการตรวจสุขภาพตามความต้องการของท่าน			
4.	ท่านพอใจกับการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในการเข้ารับบริการเช่น ทางลาด ราวจับ และห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุ			
5.	ท่านมีความพึงพอใจต่อการรับบริการในสถานบริการสุขภาพ			

### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยเสริม เกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว

#### เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, อสม. และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, อสม. และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ ผู้สัมภาษณ์จะเป็นคนอ่านข้อคำถามให้ท่านฟัง ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์จะต้องเลือกคำตอบในแต่ละข้อเพียง 1 คำตอบ และผู้สัมภาษณ์จะใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน  ตามความคิดเห็นของท่าน เพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์ดังนี้

**มาก** หมายถึง ข้อความในประโยคนั้น เคยเกิดขึ้นกับตัวท่านทั้งหมด เกือบทั้งหมด

**ปานกลาง** หมายถึง ข้อความในประโยคนั้น เคยเกิดขึ้นกับตัวท่านในระดับปานกลาง ไม่สม่ำเสมอ

**น้อย** หมายถึง ข้อความในประโยคนั้น เคยเกิดขึ้นกับตัวท่านน้อย

ข้อ	รายการ	ระดับความคิดเห็น		
		มาก	ปานกลาง	น้อย
	<b>แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว</b> <b>เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, อสม.</b>			
1	เมื่อท่านเจ็บป่วยหรือนอนโรงพยาบาล บุคคลในครอบครัวคอยดูแลปรนนิบัติท่าน			
2	บุคคลในครอบครัวเป็นคนเตรียมอาหารให้ท่านรับประทาน			
3	เมื่อท่านรู้สึกท้อแท้จากปัญหาต่างๆ บุคคลในครอบครัวจะให้กำลังใจแก่ท่าน			
4	เมื่อเจ็บป่วยท่านได้รับคำแนะนำเรื่องการพักผ่อน การรับประทานอาหารและการใช้ยาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข			
5	อสม. ได้ออกเยี่ยมบ้าน แนะนำความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ แก่ท่าน			
	<b>การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ</b>			
1	ท่านไม่ได้รับข่าวสารต่างๆ จากสื่อวิทยุ/ โทรทัศน์/ หนังสือพิมพ์/ เสียงตามสาย เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ			
2	ท่านได้รับข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จาก อสม.			
3	ท่านได้รับข่าวสารที่มีความน่าสนใจและเป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน			
4	ท่านได้รับข่าวสารที่มีความรวดเร็ว ทันต่อสถานการณ์ของโรค			
5	ท่านได้รับข่าวสารมีความชัดเจน ถูกต้อง และเข้าใจได้ง่าย			



#### ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ลักษณะแบบสอบถามเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำแนกเป็นพฤติกรรมดูแลตนเอง 3 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการบริโภคอาหาร จำนวน 7 ข้อ
2. ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 7 ข้อ
3. ด้านการจัดการกับความเครียด จำนวน 6 ข้อ

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับการพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ภายในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ผู้สัมภาษณ์จะเป็นคนอ่านข้อคำถามให้ท่านฟัง ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์จะต้องเลือกคำตอบในแต่ละข้อเพียง 1 คำตอบและผู้สัมภาษณ์จะใส่เครื่องหมาย  ลงใน  ตามความคิดเห็นของท่าน เพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์ดังนี้

- ปฏิบัติทุกครั้ง** หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นเป็นประจำวันหรือตามที่กำหนด (5 วันขึ้นไปต่อสัปดาห์)
- ปฏิบัติบางครั้ง** หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นเป็นบางวัน หรือบางครั้ง (2-4 วันต่อสัปดาห์)
- ไม่เคยปฏิบัติเลย** หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นนานๆ ครั้ง หรือไม่เคยปฏิบัติเลย (1วันหรือไม่ปฏิบัติเลย)

ข้อ	รายการ	ระดับความคิดเห็น		
		ปฏิบัติ ทุกครั้ง (5-7วัน)	ปฏิบัติ บางครั้ง (2-4วัน)	ไม่เคยปฏิบัติ (1วันหรือไม่ ปฏิบัติเลย)
	<b><u>ด้านการบริโภคอาหาร</u></b>			
1	ท่านบริโภคข้าวกล้องงาธัญพืช (ถั่วเหลือง, งาขาว, งาดำ)			
2	ท่านรับประทานอาหารที่ย่อยง่ายเช่น ปลา, ไข่			
3	ท่านรับประทานผักและผลไม้			
4	ท่านชอบรับประทานอาหารรสเค็มจัด หวานจัด			
5	ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันเป็นส่วนประกอบ (กะทิ, น้ำมันพืช)			
6	ท่านดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์			
7	ท่านดื่มน้ำวันละ ประมาณ 6-8 แก้วต่อวัน			
	<b><u>ด้านการออกกำลังกาย</u></b>			
1	ท่านออกกำลังกาย เช่น ปั่นจักรยาน เดิน วิ่งเหยาะๆ ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ หรืออื่นๆ			

ข้อ	รายการ	ระดับความคิดเห็น		
		ปฏิบัติ ทุกครั้ง (5-7วัน)	ปฏิบัติ บางครั้ง (2-4วัน)	ไม่เคยปฏิบัติ (1วันหรือไม่ ปฏิบัติเลย)
2	ท่านออกกำลังกายครั้งละ 20 นาทีขึ้นไป			
3	ท่านออกกำลังกายในที่ที่มีอากาศร้อนอบอ้าว หรือมีแดดจ้า			
4	ก่อนและหลัง ออกกำลังกายทุกครั้ง ท่านอบอุ่นร่างกายและผ่อนคลายร่างกายด้วยการเดินหรือทำท่ากายบริหารอย่างน้อยครั้งละ 5 - 10 นาที			
5	ท่านไม่ออกกำลังกายที่ต้องออกแรงเกร็งหรือแบ่ง เช่นยกน้ำหนัก			
6	ท่านไม่ออกกำลังกาย หลังรับประทานอาหารทันที			
7	ท่านออกกำลังกายที่ต้องใช้ความเร็วสูง แรงๆ เพื่อให้เหงื่อออกมากๆ			
	<b>ด้านการจัดการกับความเครียด</b>			
1	เมื่อรู้สึกเครียดท่านมักจะออกกำลังกาย เพื่อความผ่อนคลาย			
2	เมื่อรู้สึกเครียดท่านจะสวดมนต์ ไหว้พระและนั่งสมาธิ			
3	ท่านไม่พูดคุยกับคนอื่นเลย เมื่อมีความทุกข์			
4	เมื่อท่านรู้สึกเครียดท่านอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์			
5	ท่านไม่เปรียบเทียบเรื่องของตนเองกับผู้อื่นให้เกิดความทุกข์			
6	ท่านสามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ เมื่อรู้สึกโกรธหรือโมโห			

## ภาคผนวก ข

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

ผู้ทรงคุณวุฒิ	สังกัด
1. นายแพทย์ธวัชชัย ฉันทวุฒินันท์	ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลป่าซาง)
2. นางจรรยา ธีญ์น้อม	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ/ หัวหน้างานกลุ่มวัยสูงอายุและคนพิการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน
3. รศ.ทพญ.ดร.พัชรารวรรณ ศรีศิลป์นันท์	รองศาสตราจารย์/ผู้อำนวยการศูนย์ความเป็นเลิศด้าน ทันตกรรมสาธารณสุข ศูนย์ความเป็นเลิศด้านทันตกรรม สาธารณสุข คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

## ภาคผนวก ค

## หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

AF 01\_12



คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชั้นที่ 3 สาขาพยาบาลศาสตร์  
อาคารรศสุภา ชั้น 1 ภายในศูนย์วิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12121  
โทรศัพท์: 0-2986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร: 0-2516-5381 E-mail: ecsctn3@nurse.tuac.th

COA No. 247/2560

**ใบรับรองโครงการวิจัย**

โครงการวิจัยที่	: 020/2560
ชื่อโครงการวิจัย	: พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน
	: HEALTH CARE BEHAVIORS OF THE ELDERLY IN MUANGNOY SUBDISTRICT, PASANG DISTRICT, LAMPHUN PROVINCE.
ผู้วิจัยหลัก	: นายธนวิษณุ แสนสองแคว
หน่วยงาน	: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชั้นที่ 3 ได้พิจารณาโดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

 ลงนาม _____ (ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทยานนท์) ประธานคณะอนุกรรมการ	 ลงนาม _____ (อาจารย์ ดร.สาริตรีณ์ วุฒิยานก) อนุกรรมการและเลขานุการ
วันที่รับรอง : 4 เมษายน 2560	วันหมดอายุ : 3 เมษายน 2561

กำหนดส่งรายงานความก้าวหน้า ครั้งที่ 1: 4 ตุลาคม 2560

เอกสารที่คณะอนุกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ประวัติผู้วิจัย
- 4) เอกสารเครื่องมือต่างๆ ที่ใช้ในการวิจัย เป็นต้นว่า แบบสอบถาม
- 5) เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น เอกสารประชาสัมพันธ์ เป็นต้น

## ภาคผนวก ง

## ข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย

## ข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย

## (Participant Information Sheet)

โครงการวิจัยที่ ..... ชื่อเรื่อง (ไทย)...พฤติกรรมการณ์ดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลม่วงน้อย  
อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน..

ชื่อเรื่อง (อังกฤษ)..... Health care behaviors of the elderly in Muangnoy Subdistrict,  
Pasang District, Lamphun Province....

ชื่อผู้วิจัย.....นายธนวิทย์ แสนสองแคว.....ตำแหน่ง.....นักศึกษาปริญญาโท คณะสาธารณสุข  
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง.....

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย

(ที่ทำงาน) .....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน.....

(ที่บ้าน) .....178/2 หมู่15 ตำบลน้ำดิน อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน 51120.....

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) ...053-005121.....ต่อ ...-..... โทรศัพท์ที่บ้าน .....

โทรศัพท์มือถือ .....094-7576462.....E-mail: .....oohpor\_jak@hotmail.com.....

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ....ผศ.ดร.ลภัสสรดา หนู่มคำ.....โทรศัพท์มือถือ...0814273265.....

## ข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย

## 1.การเชิญเข้าร่วมการวิจัย

ท่านได้รับเชิญเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้สูงอายุในตำบลม่วงน้อย  
อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้  
อย่างละเอียด เพื่อท่านจะได้ทราบเหตุผลและรายละเอียดของการวิจัยในครั้งนี้ และท่านสามารถ  
สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อความเข้าใจที่ชัดเจน ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้  
ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

## 2.เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องทำการวิจัย

จังหวัดลำพูนมีเป็นจังหวัดที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดในภาคเหนือ คิดเป็นร้อยละ 18.1 และ  
อำเภอป่าซางมีจำนวนผู้สูงอายุเป็นอันดับที่ 2 ของจังหวัดลำพูน ถึงร้อยละ 22.05 โดยในตำบลม่วง  
น้อยมีผู้สูงอายุจำนวน 1,025 คน คิดเป็นร้อยละ 20.25 ซึ่งมีอัตราผู้สูงอายุสูงกว่าระดับประเทศ

เกือบ 2 เท่า จากการที่ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้ต้องตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบที่จะตามมา ทั้งในด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และด้านสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพอนามัย เนื่องจากวัยผู้สูงอายุเป็นวัยที่สุขภาพเริ่มเสื่อมลง มีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ มากขึ้น ทั้งโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ รวมไปถึงโรคเรื้อรัง

ผู้สูงอายุตำบลม่วงน้อย เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวนมาก คิดเป็นร้อยละ 41.26 โดยสามารถเรียงลำดับโรคที่พบมาก 5 อันดับดังนี้ โรคความดันโลหิตสูงจำนวน 323 คน โรคเบาหวานจำนวน 87 คน โรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจำนวน, โรคระบบทางเดินหายใจ และโรคระบบกระเพาะและลำไส้จำนวน และอื่นๆ โรคเรื้อรังที่พบในผู้สูงอายุส่วนมาก เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนานและมีค่าใช้จ่ายที่สูง และผู้สูงอายุเหล่านี้ยังคงกลายเป็นผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในที่สุด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการขาดพฤติกรรมดูแลสุขภาพเช่น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดและพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ

จากข้อมูลสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้น จึงจำเป็นต้องศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุ ตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดรูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง และเป็นการส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูนต่อไป

### 3.วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษา ปัจจัยนำ (เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, สถานภาพ, อาชีพ, รายได้และความเพียงพอของรายได้, โรคประจำตัว, การดูแลสุขภาพของตนเอง, การอยู่อาศัย, การตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุ และความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าของตนเองของผู้สูงอายุ) ปัจจัยเอื้อ (การเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข หรือสถานบริการสุขภาพทั้งของรัฐ และเอกชน) และปัจจัยเสริม (การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล, การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขจากแหล่งต่างๆ) ของผู้สูงอายุในตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน

2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพ (ด้านการบริโภคอาหาร, ด้านการออกกำลังกายและด้านการจัดการความเครียด) ของผู้สูงอายุ ในตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน

### 4.รายละเอียดของอาสาสมัครวิจัย

**อาสาสมัครวิจัย** คือ ผู้สูงอายุในตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน ที่มีรายชื่อทะเบียนผู้สูงอายุ ในปี 2559 จำนวน 245 คน โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างจากรายชื่อผู้สูงอายุตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน ในปี 2559 จากทุกหมู่บ้านให้ได้จำนวนตามสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุใน

หมุ่นั้นๆ การสุ่มรายชื่อจะสุ่มด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS จนครบจำนวนที่ต้องการโดยปราศจากความลำเอียง

#### เกณฑ์สำหรับคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1. ผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินตามความสามารถในการประกอบชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ADL: Barthel Activities of Daily Living: ADL) โดยมีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป
2. ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ พูดคุยสื่อสารรู้เรื่องและอ่านออกเขียนได้ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการสัมภาษณ์
3. ผู้สูงอายุที่ผ่านการทดสอบ แบบประเมินสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test: CMT โดยมีคะแนน มากกว่า 15 คะแนนขึ้นไป

4. เป็นผู้ที่สมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือตลอดเวลาในการศึกษา

#### เกณฑ์การคัดแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพมีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน เช่น ภาวะการณเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาทันทีที่โรงพยาบาล ได้รับการผ่าตัด หรือติดเชื้อรุนแรง
2. ผู้สูงอายุที่ไม่ประสงค์เข้าร่วมการศึกษาต่อสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา

#### 5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่ออาสาสมัครวิจัย

ท่านจะได้รับแบบสอบถามเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน จากผู้ช่วยวิจัย ซึ่งมีทั้งหมด 49 ข้อ จะใช้เวลาตอบประมาณ 25 นาที ถ้าท่านไม่เข้าใจในคำถามและข้อความขอให้ท่านสอบถามจากผู้ช่วยวิจัย ทั้งนี้การตอบคำถามเหล่านี้ไม่มีถูกหรือผิด และจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการทำงานหรือการเข้ารับการรักษาทาน โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะเข้าไปทำการสอบถามท่านถึงที่บ้าน เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครวิจัยทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี หลังจากการวิจัยเสร็จสิ้น และผู้วิจัยจะทำการคืนข้อมูลให้กับผู้สูงอายุทุกท่านที่เข้าร่วมวิจัย และนำข้อมูลที่ไต่ไปเป็นแนวทางในการวางแผนการดำเนินงานการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูนต่อไป

#### 6. กระบวนการให้ข้อมูลแก่อาสาสมัครวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะได้รับข้อมูลจากผู้ช่วยวิจัยดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับวิธีการวิจัยและการเก็บข้อมูล

3. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับความเสี่ยงและความไม่สบายที่อาจได้รับการวิจัย

4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจได้รับการวิจัย

5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้อง

6. ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยที่ท่านจะไม่ได้รับผลกระทบใดๆ

7. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและลงวันที่

8. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการบังคับ ช่มชู้ หรือหลอกลวง

9. หากท่านอ่านหนังสือไม่ออก หรือเขียนหนังสือไม่ได้ ผู้ช่วยวิจัยจะช่วยอธิบายและช่วยท่านเติมข้อความตามที่คำบอกของท่าน

## 7. การคัดกรองอาสาสมัครวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ และท่านสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผล ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการได้รับการบริการ ติดตามดูแล หรือด้านการรับบริการสุขภาพอื่นๆของท่าน หากท่านไม่อยู่ในเกณฑ์คัดเข้าและมีสถานะที่สมควรได้รับความช่วยเหลือ ท่านจะได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน เพื่อรับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

## 8. การใช้เวชระเบียน

ข้อมูลทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน ได้รับการอนุมัติเห็นชอบจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน

## 9. อันตรายหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่อาสาสมัครวิจัย

ท่านจะไม่มีความเสี่ยงต่อร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจหรือความเชื่อของท่าน แต่ท่านอาจเสียเวลาในการตอบแบบสอบถาม

## 10. ประโยชน์ในการเข้าร่วมวิจัย

1) เป็นประโยชน์ต่อตัวท่านเอง โดยท่านจะได้รับการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของท่านเพื่อให้ท่านเกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเองต่อไป

2) เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุทุกคน โดยผลการศึกษาที่ได้จะนำไปวางแผนกำหนดกลวิธีรูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน ต่อไป



11. การเข้าร่วมในการวิจัยของท่านเป็นโดย**สมัครใจ** และสามารถ**ปฏิเสธ**ที่จะเข้าร่วมหรือ**ถอนตัว**จากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับการได้รับการบริการติดตามดูแล หรือด้านการรับบริการสุขภาพอื่นๆของท่าน
12. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัย นายธนวิชญ์ แส่นสองแคว ได้ตลอด 24 ชั่วโมง หมายเลขโทรศัพท์ 094-7576462 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว
13. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็น**ความลับ** หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน
14. ในการตอบแบบสอบถาม การเก็บข้อมูลต่างๆ นั้น ผู้ช่วยวิจัย ไม่รบกวนเวลาทำงานของท่าน ดังนั้น จึงไม่มีค่าตอบแทน หรือค่าป่วยการใดๆ ในการเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้
15. “หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่: คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 อาคารราชสุดา ชั้น 1 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร 02-5165381

**ภาคผนวก จ**  
**หนังสือแสดงความยินยอม**

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย  
Informed Consent Form

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เลขที่ อาสาสมัครวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย .....พฤติกรรมภาวดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัด  
ลำพูน

ชื่อผู้วิจัย.....นายธนวิษณุ แสนสองแคว.....

ที่อยู่ติดต่อ .....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน

(สถานที่ติดต่อ) .....คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง ตำบลปงยางคก  
อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ....ผศ.ดร.ลภัสสรดา หนูมคำ.....โทรศัพท์มือถือ...0814273265.....

โทรศัพท์ .....094-7576462.....

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด  
ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจาก  
การวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**  
จากผู้วิจัย**จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย  
โดยข้าพเจ้ายินยอมสละเวลา ตอบแบบสอบถาม จำนวน 49 ข้อ รวมเวลา 25 นาที เมื่อเสร็จสิ้นการ  
วิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครวิจัย จะถูกทำลายภายใน 1 ปี หลังจากการวิจัยเสร็จสิ้น

ข้าพเจ้ามีสิทธิ**ถอนตัว**ออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล**  
ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น เป็นต้นว่าไม่มี  
ผลกระทบต่อการศึกษา หรือการรับบริการทางด้านสุขภาพอื่นๆ

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง  
 อาสาสมัครวิจัยและข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะ  
 นำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

**หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย**  
 ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่: คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
 ชุดที่ 3 อาคารราชสุดา ชั้น 1 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
 ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร 02-5165381

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูล  
 สำหรับอาสาสมัครวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัยไว้  
 แล้ว

ลงชื่อ.....

( นายธนวิชัย แสนสองแคว )

ผู้วิจัยหลัก

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

(.....)

อาสาสมัครวิจัย

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

วันที่...../...../.....

## ภาคผนวก ฉ

## สำเนาหนังสือขอความอนุเคราะห์ทดลองเครื่องมือในการวิจัย

ที่ ศธ ๐๕๑๖.๕๗/ ๓๒๕๑



คณะกรรมการอนุเคราะห์  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์วังมัจฉา  
ธ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี ๑๒๑๒๑

๑๑ เมษายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ทดลองเครื่องมือในการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนหลวง

ด้วย นายธนวิษณุ แสนสองแคว เลขทะเบียน ๕๔๑๗๐๓๕๐๕๐ นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการการส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง ซึ่งกำลังดำเนินการศึกษาวิจัย เรื่อง "พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลภัสรดา หนู่มคำ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย ซึ่งในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ นักศึกษาจะต้องทดลองเครื่องมือในการวิจัย เพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่จะใช้ในการวิจัย ก่อนที่จะนำไปเก็บข้อมูลในขั้นต้นต่อไป

ในกรณี คณะสาธารณสุขศาสตร์ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านให้นักศึกษาทดลองเครื่องมือการวิจัยในผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปี ในเขตพื้นที่ของท่าน ในเดือนเมษายน ๒๕๖๐ โดยผู้วิจัยขอรับรองว่าจะไม่ส่งผลเสียหาย หรือส่งผลกระทบต่อการทำงานแต่อย่างใด และจะใช้ข้อมูลเพื่อการวิจัยเท่านั้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ดร.ชัยยุทธ ชวลิตฉัตรกุล)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

งานการนักศึกษา ศูนย์ลำปาง

โทรศัพท์ ๐๕๔-๒๖๔๗๐๑ ต่อ ๕๖๐๑

## ภาคผนวก ข

## สำเนาหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในการวิจัย

ที่ ศธ ๐๕๑๖.๕๓/๓๖๒



คณะกรรมการอนุเคราะห์  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี ๑๒๑๒๑

๑๑ เมษายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลการวิจัย  
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านม่วงน้อย

ด้วย นายธนวิชัย แสนสองแคว เลขทะเบียน ๕๔๑๗/๐๓๕๐๕๐ นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการการดูแลสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง ซึ่งกำลังดำเนินการศึกษาวิจัย เรื่อง "พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัสสรดา หนู่มคำ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการวิจัย ซึ่งได้รับการพิจารณาอนุมัติการวิจัยและผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ ๓ เรียบร้อยแล้ว

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ จึงได้ขอความอนุเคราะห์จากท่านให้นักศึกษาดังกล่าว เข้าเก็บข้อมูลการวิจัยในพื้นที่ของท่าน ในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ในเดือนเมษายน ๒๕๖๐ โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงานแต่อย่างใด และจะใช้ข้อมูลเพื่อการวิจัยเท่านั้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ดร.ชัยพงษ์ ชวลิตนิธิกุล)  
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

งานการนักศึกษา ศูนย์ลำปาง  
โทรศัพท์ ๐๕๕-๒๖๔๗/๐๑ ต่อ ๕๖๐๑

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นายธนวิชญ์ แสนสองแคว
วันเดือนปีเกิด	14 ธันวาคม 2529
วุฒิการศึกษา	พ.ศ.2548 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนจักรคำคณาทร พ.ศ.2550 ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (สาธารณสุขชุมชน) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน
ประสบการณ์ทำงาน	พ.ศ.2550-2554 สถานีอนามัยตำบลน้ำดิบ อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน พ.ศ.2554-ปัจจุบัน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน

