



รายงานวิจัย
เรื่อง

พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี
Health Behaviors of the Elderly People in Nonthaburi
Municipality, Nonthaburi Province

โดย
สมศักดิ์ ถิ่นขจี

การวิจัยครั้งนี้ได้รับเงินทุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยราชพฤกษ์

ปีการศึกษา 2560

ชื่องานวิจัย : พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี
ชื่อผู้วิจัย : สมศักดิ์ ถิ่นขจี
ปีที่ทำงานวิจัยแล้วเสร็จ : 2562

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ (3 อ. 2 ส. 1 พ.) ของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี และเพื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ศึกษาจากผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่าง 398 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติโปรแกรมสำเร็จรูป ค่าสถิติที่ใช้ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) t-test และ One Way ANOVA

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.80) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 27.00) รองลงมา คือ ประถมศึกษา ร้อยละ 17.00 ระยะเวลาที่พักอาศัยในหมู่บ้านเฉลี่ย 28.52 ปี พฤติกรรมสุขภาพ (3 อ. 2 ส. 1 พ.) ที่ได้แก่การล้างมือก่อนรับประทานอาหารเป็นประจำ (ร้อยละ 67.60) การใช้ช้อนกลางในการรับประทานอาหารร่วมกัน (ร้อยละ 59.10) การรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่สะอาด (ร้อยละ 57.10) ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 91.80) ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 81.5 การแปรงฟันที่ถูกต้อง (ร้อยละ 61.40) นอกจากนั้นพฤติกรรมสุขภาพยังอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่า ร้อยละ 50 ได้แก่ การดื่มน้ำสะอาด (ร้อยละ 49.10) การเลือกรับประทานผักและผลไม้ตามฤดูกาล (ร้อยละ 47) การเลือกรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ การออกกำลังกาย การจัดการด้านอารมณ์ การทดสอบสมมติฐาน พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีพฤติกรรมของสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครนนทบุรี ที่มีระยะเวลาอาศัยอยู่ในหมู่บ้านต่างกัน จะมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ เทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

Research Title: Health Behaviors of the Elderly People in Nonthaburi Municipality, Nonthaburi Province

Researcher: Somsak Tinkhajee

Year: 2019

Abstract

This Research was Descriptive Research. The Objectives were to study Health Behavior of the Elderly People in Nonthaburi Municipality, Nonthaburi Province. The sample size were 398 by accidental sampling. The research instrument was the questionnaires which developed by the researcher. The data were analysed by Program computer. Frequency, Percentages, Means, Standard Deviations, t-test and ANOVA were also applied.

The results were: Majority of the elderly were female (73.80%) Bachelor degree (77.00%) average stay in the village 28 years. Good behavior in washing their hands before having fresh clean cooked foods meals foods (67.70%) using serving spoon (59.10%) have a well look food (57.10%). Health Behavior that under 50% were drinking clean water (49.10) have fruits and vegetable in any season (47.00%) have a soft foods (48.3%) have a easy digestive foods (45.50%). Emotion behavior fore relax in washing television, listening songs form radio (62.00%) most of them no smoking (91.80%) and no drinking alcohol (81.50%) Health Behavior in care of teeth was good (61.40%) Test for hypothesis found that Significant in Sex and Education level at 0.05 and Highly significant in Time for Stay in Their village .001

Keywords: elderly health behavior, Nonthaburi Municipality

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัย เรื่อง พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ด้วยความอนุเคราะห์จากหลายหน่วยงานและบุคคลต่าง ๆ จำนวนมาก เช่น มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์และคณะผู้บริหารที่กรุณาให้ทุนสนับสนุนการวิจัย นายกเทศมนตรีนครนนทบุรีและคณะที่อนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูลและให้ความอนุเคราะห์เป็นอย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งศูนย์สุขภาพเทศบาลนครนนทบุรี และขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. ดวงตา สราญรัมย์ ที่ปรึกษาโครงการวิจัย อาจารย์ณัฐณี พงศ์ไพฑูรย์สิน ผู้วิเคราะห์ข้อมูล และนางสาวสุนิสา บุญคล่อง ที่ช่วยพิมพ์ต้นฉบับให้เป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ซึ่งไม่ได้กล่าวชื่อนามในที่นี้



สมศักดิ์ ถิ่นขจี

พฤษภาคม 2562

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ข
กิตติกรรมประกาศ.....	ค
สารบัญ.....	ง
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	2
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	2
1.4 สมมติฐานการวิจัย.....	2
1.5 ขอบเขตการวิจัย.....	3
1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ	3
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	4
2.1 แนวคิดและทฤษฎีจากเอกสารและตำราที่เกี่ยวข้อง.....	4
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับศักยภาพผู้สูงอายุ.....	4
2.3 ลักษณะทางสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุ.....	5
2.4 สถานการณ์และแนวโน้มสังคมผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556 – 2573	7
2.5 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ	8
2.6 ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory)	13
2.7 แนวคิด 3อ. 2ส. 1ฟ.	13
2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	15
2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	22
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	23
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	23
3.2 เครื่องมือในการวิจัย	23
3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	24

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.4 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	24
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	26
ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	26
ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ (3อ. 2ส. 1พ.).....	28
การทดสอบสมมติฐาน.....	31
กิจกรรมอื่นๆที่ผู้สูงอายุปฏิบัติ.....	32
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	34
5.1 สรุปผลการวิจัย	34
5.2 อภิปรายผลการวิจัย	36
5.3 ข้อเสนอแนะ	37
บรรณานุกรม.....	38
ภาคผนวก แบบสอบถาม	41
ประวัติผู้วิจัย.....	46



สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
4.1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	26
4.2 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมสุขภาพ (3อ. 2ส. 1ฟ.) ของกลุ่มตัวอย่าง.....	28
4.3 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพ (3อ. 2ส. 1ฟ.).....	31



สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
2.1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	22



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โครงสร้างประชากรโลกเปลี่ยนแปลงไปสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว ประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่เป็นสังคมผู้สูงอายุ ประชากรโลกที่มีอายุเกิน 65 ปี จะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 14 กล่าวคือ ประชากร 506 ล้านคนเพิ่มเป็น 1,300 ล้านคน ภายในปี 2583 ปัญหาการเพิ่มของประชากรสูงอายุจะส่งผลกระทบต่อหลายด้าน เช่น การขาดแคลนอาหารและทรัพยากร การเสื่อมโทรมของธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ปัญหาด้านคุณภาพชีวิตและสังคม ปัญหาการขัดแย้งระหว่างประเทศ การย้ายถิ่นของแรงงานข้ามชาติ ประเทศที่มีประชากรสูงอายุ จะมีรายจ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ทำให้งบประมาณการลงทุนเพื่อพัฒนาประเทศในด้านอื่น ๆ ลดลง (สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2556)

องค์การสหประชาชาติได้ประเมินสถานการณ์ในช่วง พ.ศ. 2544 ถึง พ.ศ. 2643 (ค.ศ. 2001 - 2100) จะเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ กล่าวคือจะมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรรวมทั่วโลก และมีแนวโน้มว่าประชากรสูงอายุเหล่านี้จะมีฐานะยากจน เป็นปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจที่ทุกประเทศจะต้องมีแผนรองรับ (องค์การสหประชาชาติ, 2558)

สังคมผู้สูงอายุเป็นสภาวะที่ประเทศไทยต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ หากทุกฝ่ายได้มีการเตรียมการ มีแผนปฏิบัติการรองรับ ผู้สูงอายุเป็นวัยซึ่งมีความแตกต่างจากวัยอื่น เพราะมาพร้อมกับความถดถอยรวมถึงความเสื่อมของร่างกาย เพื่อให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตในช่วงบั้นปลายอย่างมีความสุข สังคมผู้สูงอายุจะเป็นสภาวะที่สามารถแก้ไขได้ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ทั้งผู้สูงอายุและผู้ที่อยู่ในวัยอื่น ๆ จึงต้องการความร่วมมือ ร่วมกันผลักดันในทุก ๆ ด้าน เช่น ต้องเพิ่มการประสานงาน มีการวิจัยที่หลากหลายที่จะทำให้เกิดความรู้เท่าทันกับภาวะการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในทุก ๆ ด้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่รอด ปลอดภัยตามเศรษฐฐานะ โดยมุ่งให้เป็นไปตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง สอดคล้องกับเป้าประสงค์และแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติในยุทธศาสตร์ที่ 1 ที่กำหนดแนวทางการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ เช่น ผู้สูงอายุวัยต้นให้สามารถเข้าสู่ตลาดแรงงานเพิ่มขึ้น การพัฒนาระบบการดูแลและการสร้างเสริมสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับสังคมผู้สูงอายุที่เป็นไปตามยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี พ.ศ. 2560 - 2579 (กรมอนามัย, 2561)

รัฐบาลโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานด้านสุขภาพ มีความรับผิดชอบ ในด้านสุขภาพของประชาชน มีความห่วงใยผู้สูงอายุ เนื่องจากพบว่าผู้สูงอายุ 1 ใน 2 คน เป็นโรคอ้วน มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ทางสุขภาพเพียงร้อยละ 18.7 ผู้สูงอายุ 1 ใน 4 มีปัญหาการขบเคี้ยวอาหาร และมีปัญหาสุขภาพในช่องปาก เกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุมีฟันเหลือน้อยกว่า 20 ซี่ ซึ่งมีผลต่อการ ดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ กรมอนามัยได้แนะนำหลักปฏิบัติ (3 อ. 2 ส. 1 พ.) ซึ่งได้แก่ อาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา และการดูแลสุขภาพฟัน เพื่อการมีสุขภาพดี (วชิระ เฟ็งจันทร์, 2561)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติตัวทางสุขภาพ (3 อ. 2 ส. 1 พ.) ของ ผู้สูงอายุ เพื่อหาแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุ อันเกิดจากการมี ส่วนร่วมของผู้สูงอายุเอง จนนำไปสู่การมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดี ซึ่งผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนคร นนทบุรี มีเป็นจำนวนมากและได้รับความร่วมมือที่ดีจากนายกเทศมนตรีนครนนทบุรีและบุคลากรเป็น อย่างดี

1.2 คำถามการวิจัย

1.2.1 พฤติกรรมสุขภาพ (3 อ. 2 ส. 1 พ.) ของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัด นนทบุรี เป็นอย่างไร

1.2.2 ผู้สูงอายุเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ที่มีข้อมูลส่วนบุคคลต่างกันมี พฤติกรรมสุขภาพ (3 อ. 2 ส. 1 พ.) แตกต่างกัน

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3.1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ (3อ.2ส.1พ.) ของผู้สูงอายุเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

1.3.2 เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัด นนทบุรี กับพฤติกรรมสุขภาพ (3อ.2ส.1พ.)

1.4 สมมติฐานการวิจัย

ผู้สูงอายุเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ที่มีข้อมูลส่วนบุคคลต่างกันมีพฤติกรรม สุขภาพ (3อ.2ส.1พ.) ที่แตกต่างกัน

1.5 ขอบเขตการวิจัย

1.5.1 **ขอบเขตด้านเนื้อหา** : ประกอบด้วย การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการด้านอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มสุรา/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการดูแลรักษาสุขภาพฟัน

1.5.2 **ขอบเขตด้านประชากร** : ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี จำนวน 59,000 คน (ที่มา: สำนักทะเบียนท้องถิ่นเทศบาลนครนนทบุรี (ณ 1 ตุลาคม 2561))

1.5.3 **ขอบเขตด้านระยะเวลา** : ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน – พฤษภาคม พ.ศ. 2561

1.5.4 **ขอบเขตด้านพื้นที่** : ดำเนินการเก็บข้อมูลในเขตพื้นที่เทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.6.1 **พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ** หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวกับสุขภาพ (3 อ. 2 ส. 1 ฟ.)

1.6.2 **3 อ. 1 ฟ.** หมายถึง การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการด้านอารมณ์ **2 ส.** หมายถึง การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มสุรา/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ **และ 1 ฟ.** หมายถึง การดูแลรักษาสุขภาพฟัน

1.6.3 **ผู้สูงอายุ** หมายถึง ผู้ที่มีรายชื่ออยู่ในชมรมผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนนทบุรี จังหวัดนนทบุรีที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.7.1 ได้แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

1.7.2 เป็นแนวทางในการวิจัยในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสุขภาพ (3อ.2ส.1ฟ.) ของผู้สูงอายุเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นฐานความรู้ในการกำหนดกรอบแนวคิดในการดำเนินการวิจัย และแบ่งเนื้อหาสาระที่เป็นองค์ความรู้ สำหรับการวิจัย จำนวน 8 หัวข้อ เพื่อนำเสนอตามลำดับดังนี้

- 2.1 แนวคิดและทฤษฎีจากเอกสารและตำราที่เกี่ยวข้อง
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับศักยภาพผู้สูงอายุ
- 2.3 ลักษณะทางสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุ
- 2.4 สถานการณ์และแนวโน้มสังคมผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556 – 2573
- 2.5 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ
- 2.6 ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory)
- 2.7 แนวคิด 3อ. 2ส. 1ฟ.
- 2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 แนวคิดและทฤษฎีจากเอกสารและตำราที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเรื่องการสนองความต้องการของผู้สูงอายุซึ่งอายุมีความต้องการทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตใจ เช่นเดียวกันบุคคลในวัยต่าง ๆ แต่มีความต้องการแตกต่างกันไปบ้าง ตามสภาพแวดล้อม บทบาทของแต่ละบุคคล การได้รับความสำเร็จหรือไม่สำเร็จในแต่ละลำดับขั้นตามความต้องการพื้นฐานจากต่ำสุดไปถึงจุดสูงสุดตามการจำแนกความต้องการของมนุษย์ของนักจิตวิทยาชื่อมาสโลว์ (สมศักดิ์ ถิ่นขจี, 2556)

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับศักยภาพผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นบุคคลกลุ่มใหญ่ในสังคม มีพลังความคิด มีความสามารถและมีประสบการณ์สูงในการพัฒนาตนเองและสังคมส่วนรวม กล่าวโดยสรุปคือ

1. ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ควรได้รับการยกย่องนับถือและได้รับการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม
2. ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ควรได้รับการดูแลเอาใจใส่ในด้านสุขภาพอนามัย และการใช้ความรู้ ประสบการณ์ของตนให้เป็นประโยชน์ต่อสังคม
3. ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ต้องการโอกาสเข้าทำงานและมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของสังคม ตามกำลังความสามารถและความต้องการของตน

2.3 ลักษณะทางสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุ

ลักษณะทางสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุ จำแนกได้ 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ช่วยตนเองได้ดี (Well elder) หรือกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน (home bound elder) และกลุ่มติดเตียง (bed bound elder)

1. **ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยตนเองได้ดีหรือกลุ่มติดสังคม (Well elder)** ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ เป็นกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีดำเนินชีวิตในสังคมได้โดยอิสระ และมักเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม

ในด้านสุขภาพ สามารถทำกิจวัตรพื้นฐานประจำวัน (Activity of Daily Living: ADL) และกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (Instrumental Activity of Daily Living : IADL) ได้เป็นผู้ที่มีสุขภาพทั่วไปดี ไม่มีโรคเรื้อรัง หรือเป็นเพียงผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือเป็นผู้ที่มีโรคเรื้อรัง 1 – 2 โรค แต่ควบคุมได้

ในด้านสังคม กลุ่มนี้จะเป็นผู้สูงอายุที่สามารถและประสงค์เข้าร่วมกิจกรรมในสังคม สามารถช่วยเหลือครอบครัว ผู้อื่น สังคมได้ อาจมีปัญหา/ทุกข์ยาก/เดือดร้อนด้วยหรือไม่ก็ได้

เป้าหมายของการจัดบริการ คือ การคงภาวะสุขภาพและความสามารถในการทำหน้าที่อย่างต่อเนื่อง พัฒนาความสามารถในการใช้ศักยภาพและภูมิปัญญาให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคมอย่างสูงสุด

2. **ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (home bound elder)** เป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้หรือต้องการความช่วยเหลือบางส่วน มีความจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคม และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้หรือมีภาวะแทรกซ้อนมีหลายโรค และมีกลุ่มอาการสำคัญของผู้สูงอายุที่มีผลต่อการไปมาได้โดยอิสระ

ในด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ จะมีความจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคมชัดเจน และอาจมีความจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานหรือต่อเนื่องบางประการ ทำให้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นบ้างบางส่วน เช่น ในการเคลื่อนไหว ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่สามารถเดินตามลำพังบน

ทางเรียบได้ ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือหรือผู้ช่วยเหลือ การรับประทานอาหาร ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องการความช่วยเหลือขณะรับประทานอาหาร หรือกลุ่มที่แม้จะรับประทานอาหารได้เองแต่อาจทำหกเลอะ/ โตะเปื้อนได้ การขับถ่าย ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องการความช่วยเหลือ เช่น พาไปห้องสุขาช่วยทำความสะอาดหลังขับถ่าย เป็นต้น

ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านนี้มีโรคประจำตัวหลายโรค (Comorbidity / Multimorbidity) โดยมีโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้หรือมีภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ยังเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ (Geriatric syndrome) ที่มีผลต่อการเคลื่อนที่และการเข้าสังคม ทางด้านร่างกาย เช่น การมีความยากลำบากในการเคลื่อนที่ (instability & impair mobility) ทางด้านจิตใจ เช่น มีภาวะซึมเศร้า ทางด้านสติปัญญา – การคิดรู้ เช่น ภาวะหลงลืมและสมองเสื่อม

ในด้านสังคม ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านนี้ เป็นกลุ่มที่มีส่วนร่วมกับสังคมน้อย เนื่องจากมีภาวะเสื่อมต่อการเกิดอันตราย เช่น ไม่สามารถไปร่วมกิจกรรมที่วัดได้เช่นเดิม รวมถึงกลุ่มที่ไปมานอกบ้านได้โดยอิสระแต่ไม่ชอบบอกสังคม และกลุ่มที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมสังคมได้เนื่องจากติดภาวะทางบ้าน เช่น ต้องดูแลหลานผู้สูงอายุกลุ่มนี้อาจมีหรือไม่มีศักยภาพในการช่วยเหลือครอบครัวและสังคมได้ การเสริมพลังอำนาจให้กับผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะช่วยเสริมสุขภาพและเสริมศักยภาพชุมชน

ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านอาจเป็นผู้ที่มีหรือไม่มีปัญหา ทุกข์ยากเดือดร้อน การที่ผู้สูงอายุมีปัญหาทางสังคมด้านนี้จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูลจากหน่วยงานด้านสังคม โดยการประสานงานของทีมสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อสร้างสุขภาพให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ในด้านนี้จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูลจากหน่วยงานด้านสังคม โดยการประสานงานของทีมสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อสร้างสุขภาพให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้

- ผู้สูงอายุกลุ่มระยะสุดท้าย (bed bound elder end of life) หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคที่มีอาการของโรคและการดำเนินโรคที่มีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ ตามความเป็นไปของโรค การตอบสนองต่อการรักษาไม่ดีโรคไม่สามารถให้หายได้ด้วยความรู้ทางการแพทย์ในปัจจุบัน และโรคนั้นคาดว่าจะป็นสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตได้หรือผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงและคุกคามต่อชีวิต ซึ่งยากต่อการรักษาให้กลับมาเป็นปกติได้ หรือผู้สูงอายุที่ห่อหุ้มหรือมีความชราภาพ ผู้เจ็บป่วยกลุ่มนี้จะมีช่วงเวลาของชีวิตที่เหลืออยู่ บางคนอาจมีระยะเวลาเหลืออยู่สั้น หลายสัปดาห์ หรือหลายเดือน บางคนอาจมีระยะเวลาเหลืออยู่ยาวเป็นปี ดังนั้นผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงอาจประสบกับความเจ็บป่วยหรือความเสื่อมถอยที่ทรุดลงเรื่อย ๆ จนเสียชีวิต

3. ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (bed bound elder) ผู้สูงอายุในกลุ่มติดเตียงนี้ ข้อมูลจากพื้นที่ศึกษา ยังมีกลุ่มย่อยเป็นกลุ่มติดเตียง (bed bound elder) และกลุ่มระยะสุดท้าย (bed bound elder – end of life)

- ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (bed bound elder) เป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายและ/หรือการทำกิจวัตรพื้นฐานประจำวันอื่นและเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคและมีภาวะแทรกซ้อน ภาวะหง่อม/เปราะบาง

ในด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง เป็นกลุ่มที่มีความจำกัดในการทำกิจวัตรพื้นฐานประจำวัน ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ทำให้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น ทั้งในการเคลื่อนย้ายและ/หรือในกิจวัตรพื้นฐานประจำวัน เช่น การเคลื่อนไหว ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่สามารถย้ายตำแหน่งตัวเองขณะนั่งได้ หรือแม้แต่ขยับตัวไม่ได้ในท่านอน ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนย้าย หรือพลิกตะแคงตัว การรับประทานอาหาร ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ มีภาวะกลืนลำบาก แม้ว่าผู้ดูแลจะป้อนอาหารให้และผู้สูงอายุอาจได้รับสารอาหารผ่านช่องทางอื่น (จมูก ภาวะพาอาหาร หรือลำไส้) การขยับถ่าย ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ต้องขยับถ่ายในท่านอนหรืออยู่บนเตียง สวมใส่ผ้าอ้อมตลอดเวลา หรือต้องเปลี่ยนผ้าอ้อมเป็นประจำ

ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงนี้ มีโรคประจำตัวหลายโรค (Comorbidity/Multimorbidity) ทั้งที่ควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ มีการเจ็บป่วยเรื้อรังมายาวนาน และมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่นอกจากนี้ยังเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะหง่อม/เปราะบาง ที่มีผลต่อความต้องการความช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตและการเข้าสังคม

ในด้านสังคม ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงนี้ เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถมีส่วนร่วมด้วยตนเองได้ เนื่องจากข้อจำกัดทางด้านร่างกาย ปัญหาสุขภาพที่มีผลต่อความสามารถในการเคลื่อนที่ได้ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ จำเป็นต้องพึ่งพาครอบครัว – ผู้อื่น – สังคม ในการมีส่วนร่วมทางสังคม ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่มีศักยภาพในการช่วยเหลือครอบครัว และสังคมได้ การเสริมพลังอำนาจให้กับผู้สูงอายุและครอบครัว ผู้ดูแล จะช่วยเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและเสริมศักยภาพของผู้ดูแล

ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง อาจเป็นผู้ที่มีหรือไม่มีปัญหา ทุกข์ยากเดือดร้อนด้วย ที่อาจมีผลต่อความต้องการการดูแลช่วยเหลือและปัญหาทางจิตใจ ซึ่งมักจะเป็นปัญหาด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้านร่วมกัน เช่น การขาดผู้ดูแลช่วยเหลือ ถูกทอดทิ้งอยู่ลำพังหรือได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม การเข้าไม่ถึงสิทธิหรือบริการที่พึงได้รับปัญหาความยากจน ไม่มีรายได้ เป็นต้น

2.4 สถานการณ์และแนวโน้มสังคมผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556 - 2573

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของไทยที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วง 3 - 4 ทศวรรษที่ผ่านมาทำให้ประเทศเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ประมาณปี 2543 - 2544 คือ มีประชากรอายุ 60 ปี คิดเป็นสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด นอกจากสัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นแล้วยังมีอีกตัวบ่งชี้หนึ่งที่แสดงถึงการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว นั่นคือ “ดัชนีการสูงวัย” (Aging index) ซึ่งแสดงถึงการเปรียบเทียบโครงสร้างการทดแทนกันของประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปี ขึ้นไป) กับกลุ่มประชากรวัยเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) โดยดัชนีการสูงวัยมีค่าต่ำกว่า 100 แสดงว่าจำนวนประชากรสูงอายุน้อยกว่าจำนวนเด็ก แต่ในทางตรงข้าม ถ้าดัชนีมีค่าเกินกว่า 100 แสดงว่าจำนวนประชากรสูงอายุนั้นมากกว่าจำนวนประชากรเด็ก ปัจจุบันประชากรโลกมีอายุสูงขึ้นจึงมีการใช้ดัชนีการสูงวัยจำแนกสังคม

- สังคมเยาว์วัย (young society) หมายถึงค่าดัชนีต่ำกว่า 50
- สังคมสูงวัย (aged society) หมายถึงค่าดัชนีระหว่าง 50 - 119.9
- สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (completed aged society) หมายถึงค่าดัชนีระหว่าง 120 - 199.9

- สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (super aged society) หมายถึงค่าดัชนีตั้งแต่ 200 ขึ้นไป

ประชากรโลกได้เปลี่ยนผ่านสู่ประชากรสูงวัย กลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว เช่น ประเทศสมาชิกในยุโรปอเมริกาเหนือ ได้เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์แล้ว (Population Reference Bureau, 2012) ในขณะที่บางประเทศในเอเชีย เช่น ญี่ปุ่น ได้เข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอดแล้วเช่นกัน ประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มสังคมสูงวัยของกลุ่มประเทศอาเซียนเป็นอันดับที่ 2 รองจากประเทศสิงคโปร์ (ปราโมทย์ ปราสาทกุล, 2556)

2.5 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ

ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษามีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2547 เป็นเวลาเกือบ 2 ปีแล้ว แต่ปรากฏว่ายังมีเจ้าหน้าที่ของรัฐที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ประชาชน ตลอดจนสื่อมวลชน ทราบรายละเอียดที่เกี่ยวกับพระราชบัญญัติผู้สูงอายุนี้น้อยมาก กฎกระทรวงที่ออกมารองรับและระเบียบปฏิบัติของ 15 กระทรวงที่ต้องออกตามความในพระราชบัญญัตินี้ยังไม่ครบถ้วน ทั้งไม่เคยมีประกาศเผยแพร่ให้ผู้สูงอายุและชาชนได้รับทราบโดยทั่วถึงกัน คณะอนุกรรมการด้านสุขภาพอนามัย และผู้สูงอายุ ผู้พิการ คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ จึงได้จัดสัมมนาเรื่อง

“ความคืบหน้าของกฎหมายรองรับพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546” ขึ้นเมื่อวันศุกร์ที่ 18 พฤศจิกายน 2548 ณ สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ (ราชกิจจานุเบกษา, 2560)

“ผู้สูงอายุ” ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 หมายความว่าบุคคลซึ่งมีอายุเกินกว่าหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย ดังนั้นจึงเป็นเหตุให้บุคคลที่อพยพ ลี้ภัย หรือเดินทางเข้ามาทำงานพึ่งพระบรมโพธิสมภารในราชอาณาจักรไทยไม่มีสิทธิในสวัสดิการและความช่วยเหลือจากรัฐทั้งปวง แม้ว่าจะเป็นผู้เสียภาษีอากรให้รัฐโดยครบถ้วนก็ตาม ทั้งนี้เป็นการขัดต่อหลักสิทธิมนุษยชน เพราะรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 30 ได้บัญญัติว่า “..... บุคคลย่อมเสมอภาคกันในกฎหมายและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคลเพราะเหตุความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ จะกระทำมิได้” จึงขอฝากข้อคิดเห็นให้รัฐสภาได้พิจารณาโดยรอบคอบ

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ได้กำหนดไว้โดยสรุปดังนี้

1. ให้มีคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ เรียกโดยย่อว่า “กผส” โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานกรรมการ และมีผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมและพิทักษ์เด็กเยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นกรรมการและเลขานุการ ซึ่งจะรับผิดชอบและประสานงานเกี่ยวกับรายละเอียดและกฎหมายรองรับของพระราชบัญญัติ ผู้สูงอายุ นี้ โดยตรง

2. มาตรา 11 บัญญัติว่า ผู้สูงอายุมิสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริมและการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ดังนี้

(1) การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ

(2) การศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต

(3) การประกอบอาชีพหรือฝึกอาชีพที่เหมาะสม

(4) การพัฒนาตนเอง และมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน

(5) การอำนวยความสะดวก และความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในอาคารสถานที่ ยานพาหนะ หรือการบริการสาธารณะอื่น

(6) การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสม

(7) การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ

(8) การช่วยเหลือผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับอันตรายจากการทำทารุณกรรมหรือถูกแสวงหาผลประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง

(9) การให้คำแนะนำปรึกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางดีหรือในการแก้ไขปัญหาคอบครัว

(10) การจัดที่พักอาศัย อาหารและเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง

(11) การสงเคราะห์ “เบี้ยยังชีพ” ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

(12) การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี

(13) การอื่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

การดำเนินการทั้งหมดนี้ ต้องให้หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งของกระทรวงหรือทบวงในราชการบริหารส่วนกลาง ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ราชการบริหารส่วนท้องถิ่น และรัฐวิสาหกิจ เป็นผู้ที่มีอำนาจหน้าที่รับผิดชอบดำเนินการ ซึ่งขณะนี้ก็มีกฎกระทรวงและระเบียบกระทรวงต่าง ๆ ที่ต้องออกประกาศรวม 15 กระทรวง โดยกระทรวงมหาดไทยประกาศเป็นกระทรวงสุดท้ายเมื่อต้นเดือนพฤศจิกายน 2548 นี้ส่วนราชการบริหารส่วนภูมิภาค ส่วนท้องถิ่น และรัฐวิสาหกิจยังรอดำเนินการอยู่ การประชาสัมพันธ์ที่แพร่หลายไปสู่ผู้สูงอายุ และประชาชน มีความจำเป็นต้องเร่งดำเนินการโดยรวดเร็ว ซึ่งขณะนี้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อยู่ระหว่างการทดลองปฏิบัติโดยวิธีสุ่มตัวอย่างอยู่ในจังหวัดนครนายกและจังหวัดพัทลุง คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ มีความห่วงใยในเรื่องนี้เป็นอย่างมาก ประสงค์จะเร่งรัดการดำเนินการออกกฎกระทรวง และให้มีผลบังคับใช้ได้โดยรวดเร็ว

องค์การสหประชาชาติได้กำหนดหลักการเกี่ยวกับสิทธิของผู้สูงอายุ ไว้เมื่อปี พ.ศ. 2540 ซึ่งประเทศไทยได้ลงนามรับรองแล้ว ในการประชุมระหว่างประเทศที่ประเทศออสเตรีย และในการประชุมในกรุงแมดริด ประเทศสเปน เมื่อปี พ.ศ. 2545 ซึ่งเป็นการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุที่ประเทศไทยรับที่จะจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (2545 - 2564) โดยมีข้อสังเกตในที่ประชุมที่เป็นประเด็นสำคัญมีผลกระทบต่อระบบสวัสดิการของผู้สูงอายุเป็นอย่างมากทั้งในประเทศเยอรมัน สหราชอาณาจักร และเนเธอร์แลนด์ เนื่องจากสถานการณ์โลกที่เปลี่ยนแปลง และแนวโน้มของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว มนุษย์อายุยืนมากขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะประชากรผู้สูงอายุส่วนคนในวัยทำงานจะลดน้อยลง อันจะเป็นผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมส่วนรวมได้

สหประชาชาติมุ่งเน้นให้ครอบคลุมการพัฒนาผู้สูงอายุอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิต

- มีคุณค่าของตนเอง

- มีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์
 - ส่งเสริมประชากร มุ่งสร้างชีวิตในแต่ละวัยบนพื้นฐานของการรักษาสุขภาพอนามัยที่ดี เพื่อลดอัตราเจ็บป่วยและพิการในผู้สูงอายุ
 - สร้างสังคมให้คนทุกวัยอยู่ร่วมกันอย่างสมานฉันท์ มีความเอื้ออาทรห่วงใยกัน
 - การมีอิสระในการพึ่งพาตนเอง
 - การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะสิทธิด้านสังคมและสิทธิด้านบริการ
 - สิทธิในด้านการอุปการะเลี้ยงดู โดยเฉพาะสิทธิในด้านสุขภาพอนามัย ความพิการ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์
 - สิทธิในการบรรลุความต้องการ โดยเฉพาะด้านข่าวสาร การศึกษาและอาชีพ
- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2546 บัญญัติว่า
- มาตรา 4: ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ สิทธิและเสรีภาพของบุคคลย่อมได้รับความคุ้มครอง
- มาตรา 25: บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือจากรัฐตามที่กฎหมายบัญญัติ
- มาตรา 80: รัฐต้องสงเคราะห์คนชรา ผู้ยากไร้ ผู้พิการ หรือทุพพลภาพ และผู้ด้อยโอกาส ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และพึ่งตนเองได้
- ในปี พ.ศ. 2546 จำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทย สํารวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติรวม 6.3 ล้านคน ในจำนวนประชากรทั่วราชอาณาจักร 63.6 ล้านคน นับเป็นร้อยละ 9.2
- ซึ่งในปี พ.ศ. 2550 ประมาณการผู้สูงอายุจะขึ้นสูงถึง 7 ล้านคน เป็นหญิง 3.9 ล้านคน ชาย 3.1 ล้านคน
- คนไทยเพศหญิงอายุยืน 74.8 ปี โดยเฉลี่ย และเพศชายอายุยืน 67.1 ปี
- ในอนาคตข้างหน้า การแพทย์การสาธารณสุขจะพัฒนาขึ้น คนในโลกนี้จะอายุยืนโดยเฉลี่ยมากขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งเป็นผลกระทบต้องประมาณของการประกันสังคมด้านกองทุนเงินทดแทนผู้สูงอายุ ดังที่ปรากฏชัดเจนทั่วโลกในปัจจุบันนี้
- พ.ร.บ. ผู้สูงอายุกำหนดให้จัดตั้งกองทุนขึ้นกองทุนหนึ่งในสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพ และพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคง มนุษย์ เรียกว่า “กองทุนผู้สูงอายุ” เพื่อเป็นทุนใช้จ่ายเกี่ยวกับการคุ้มครองการส่งเสริม และการสนับสนุนผู้สูงอายุ โดยมีเงินทุนประเดิมที่รัฐบาลจัดสรรให้และงบประมาณรายจ่ายประจำปี เงินบริจาค เงินอุดหนุนและดอกผล

- ผู้บริจาคเงิน และทรัพย์สินให้แก่กองทุนได้รับการยกเว้นภาษีสำหรับทรัพย์สินที่บริจาค

- ผู้อุปการะเลี้ยงดูบุพการี ซึ่งเป็นผู้สูงอายุ ทั้งบุพการีของตนเองและบุพการีของคู่สมรส ที่ไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ จะได้รับการลดหย่อนภาษี

ภารกิจของกระทรวงต่าง ๆ 15 กระทรวงตาม พ.ร.บ. ผู้สูงอายุเป็นภารกิจที่ยุ่งยากซับซ้อน และจะต้องผูกพันสอดคล้องกันทั้งสิ้น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จึงต้องทำหน้าที่เป็นตัวจักรกลอันสำคัญที่จะประสานงานกันให้ภารกิจนี้เป็นคุณค่าแก่ผู้สูงอายุโดยแท้จริง

สวัสดิการและการช่วยเหลือจากรัฐ ซึ่งรวมถึงสิทธิมนุษยชนด้วยนี้จำเป็นต้องมีการประชาสัมพันธ์เผยแพร่กันอย่างกว้างขวาง

โครงสร้างของครอบครัวไทยที่ผู้สูงอายุไม่ได้รับการเกื้อหนุนจากทายาททำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งและเกิดปัญหาทางสังคม จะพบได้บ่อย ๆ ตามสื่อมวลชนและมีผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ขอวิงวอนมายังบุตรหลานของผู้สูงอายุ ได้โปรดแสงน้ำใจเมตตา ประกอบด้วยความกตัญญูรู้คุณของบุพการี ทั้งบิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย แล้วชีวิตของท่านจะประสบแต่ความเป็นสิริมงคล

แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) เป็นแผนพัฒนาประเทศไทย ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564) ซึ่งเป็นการเปลี่ยนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579) สู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ในยุทธศาสตร์ที่ 1 การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ได้กำหนดแนวทางการพัฒนาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ได้แก่

1. พัฒนาศักยภาพของกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นให้สามารถเข้าสู่ตลาดงานเพิ่มขึ้น มีรายได้เหมาะสมกับศักยภาพ
2. ยกระดับคุณภาพการศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต
3. ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและให้ทุกภาคส่วนคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพ
4. พัฒนาให้คนมีความรู้ในการดูแลสุขภาพ มีจิตสำนึกสุขภาพที่ดี และมีการคัดกรองพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองผ่าน ช่องทางการเรียนรู้ที่หลากหลาย จัดบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตที่เข้าถึงได้ง่าย และกำกับควบคุมการเผยแพร่ชุดข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องตาม หลักวิชาการ
5. ส่งเสริมให้คนมีกิจกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสมกับวัยทั้งรูปแบบการออกกำลังกาย โภชนาการที่เหมาะสม และสนับสนุนให้ชุมชนมีการบริหารจัดการพื้นที่สาธารณะ สิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อการออกกำลังกายและการเล่นกีฬา

6. ปรับปรุงมาตรการด้านกฎหมายและด้านภาษีที่ส่งเสริมผู้ประกอบการให้มีนวัตกรรมการผลิตอาหารและเครื่องดื่มที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพและเป็นทางเลือกแก่ผู้บริโภค การติดฉลากโภชนาการการบนบรรจุภัณฑ์อาหารที่เข้าใจง่าย รวมทั้งควบคุมการโฆษณาประชาสัมพันธ์ผลิตภัณฑ์ที่มีผลเสียต่อสุขภาพ

7. ผลักดันให้มีกลไกการประเมินผลกระทบสุขภาพในการจัดทำนโยบายสาธารณะตามแนวคิดทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพที่เชื่อมโยงตั้งแต่ต้นนโยบายระดับชาติ พื้นที่ และชุมชนที่จะนำไปสู่การสร้างภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

8. ส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนนผ่านการสื่อสารสาธารณะที่เหมาะสมตามกลุ่มเป้าหมายให้มีการปรับพฤติกรรมที่จะลดการเกิดอุบัติเหตุทั้งต่อตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีการบริหารจัดการจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัยทางถนนอย่างเป็นระบบ (กรมอนามัย, 2562)

2.6 ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory)

กิจกรรม (Activity) หมายถึง การที่บุคคลพอใจและกระทำการต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันของตน ทฤษฎีกิจกรรมมีความเชื่อว่ากิจกรรมเป็นสิ่งสำคัญสำหรับคนทุกเพศทุกวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยสูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิต การที่ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมใด ๆ ก็ตามหมายถึงผู้สูงอายุนั้นได้มีสถานภาพและบทบาทที่อยู่ในระดับหนึ่งในสังคมจากการที่ผู้สูงอายุได้มีสถานภาพและบทบาทเหล่านั้น ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ตนยังเป็นบุคคลที่มีคุณค่า และเป็นที่ยอมรับจากสังคมสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมได้ โดยไม่เป็นผู้ไร้บทบาท ทำให้ผู้สูงอายุได้ใช้ชีวิตในวัยสุดท้ายได้อย่างมีความสุขและมีคุณค่า เป็นไปตามศักยภาพที่มีอยู่ (วรรณิภา บุญระยอง, 2559) ซึ่งทฤษฎีกิจกรรมทางสังคม (Activity Theory) อธิบายว่า ถ้าบุคคลใดมีกิจกรรมมากอย่าง จะสามารถปรับตัวได้มากขึ้นเท่านั้นและจะมีความพึงพอใจในชีวิตสูง ทำให้เกิดความสุขในการดำเนินชีวิตต่อไปและเผยว่าถ้าผู้สูงอายุมิที่สนใจตนเองในทางบวกมองโลกในแง่ดี จะมีความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรม (สมศักดิ์ ถิ่นขจี, 2556)

2.7 แนวคิด 3อ. 2ส. 1พ.

กรมอนามัย แนะนำผู้สูงวัยสังเกต 5 ระบบทางกาย พร้อมย้ำ ใช้หลัก 3อ. 2ส. 1พ. สร้างสุขภาพดีมีอายุยืนยาว

นายแพทย์วชิระ เพ็งจันทร์ (2559) อธิบดีกรมอนามัย ระบุว่า ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยพบว่าประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นจาก 4 ล้านคน หรือร้อยละ 6.8 ในปี 2537 เป็น 10 ล้านคน

หรือร้อยละ 14.9 ในปี 2557 เพิ่มขึ้นเป็น 20.5 ล้านคน หรือร้อยละ 32.1 ในปี 2558 และในปีที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 6,394,022 คน พบว่าเป็นกลุ่มติดสังคมประมาณ 5 ล้านคน หรือร้อยละ 79 และเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง จำเป็นต้องสนับสนุนบริการด้านสุขภาพและสังคม ประมาณ 1.3 ล้านคน 2559 นี้รัฐบาลได้มุ่งเน้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง โดยมีเป้าหมายสำคัญคือการป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรง มีการเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงและผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ผู้สูงอายุเป็นวัยที่สุขภาพร่างกายเสื่อมถอยลงเรื่อย ๆ เกิดจากการที่ระบบต่าง ๆ ของร่างกายทำงานได้ลดลง หรือด้อยประสิทธิภาพ วิธีการดูแลตนเองและเฝ้าระวังโรคที่อาจเกิดขึ้น ด้วยการสังเกตการณ์ทำงานของ 5 ระบบ ได้แก่

- 1) ระบบทางตา คือ เริ่มมองเห็นเลือนรางหรือมองเห็นไม่ชัด
- 2) ระบบทางหู ที่ฟังไม่ได้ยิน
- 3) ระบบสุขภาพช่องปาก รวมถึงการรับรสด้วย
- 4) ระบบการเคลื่อนไหว อาจเกิดปัญหาข้อเข่าเสื่อม กระดูกพรุน เป็นต้น
- 5) ระบบของผิวหนังที่แตก แห้ง ลอกเป็นขุย และมีอาการคัน โดยเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุทุกคนจำเป็นต้องเอาใจใส่ดูแลตนเองให้มากขึ้น และไม่ใช่ว่าตัวผู้สูงอายุเองเท่านั้น ลูกหลานก็ต้องเอาใจใส่ในการดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างดีด้วยเช่นกัน ซึ่งการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีนั้น สามารถทำได้ด้วยหลัก 3อ. 2ส. 1พ. เริ่มจาก

3อ. ได้แก่

- 1) อ. อาหาร กินครบ 5 หมู่ เพิ่มอาหารที่มีแคลเซียมสูง โปรตีน และเน้นอาหารที่ย่อยง่าย เช่น ปลา ผักและผลไม้
- 2) อ. อารมณ์ รู้จักผ่อนคลายอารมณ์เครียด หางานอดิเรกที่ชอบ พักผ่อนให้เพียงพอ
- 3) อ. ออกกำลังกาย โดยเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อในระดับปานกลาง อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน หรือสะสมวันละ 10 นาที เช่น เดิน ปั่นจักรยาน รำมวยจีน

2ส. ได้แก่

- 1) ไม่สูบบุหรี่
- 2) ไม่ดื่มสุรา และ

1พ คือ การดูแลทำความสะอาดฟันทุกวัน และแนะนำให้ผู้สูงอายุทำความสะอาดซอกฟันโดยใช้ไหมขัดฟัน แปรงซอกฟัน เพื่อสุขภาพช่องปากที่ดี

นอกจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยหลัก 3อ. 2ส. 1พ. แล้วการดูแลเอาใจใส่จากลูกหลานอย่างใกล้ชิดเป็นส่วนสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ และเนื่องในวันที่ 13 เมษายนของทุกปีเป็นวันสงกรานต์ และวันผู้สูงอายุแห่งชาติ ประชาชนส่วนใหญ่จะเดินทางกลับภูมิลำเนาเพื่อเยี่ยมครอบครัว

กรมอนามัยสนับสนุนให้ทุกคนครอบครัวหันมามอบความรัก ความผูกพันต่อผู้สูงอายุในบ้านด้วยการกอด ตัดผม ตัดเล็บมือ เล็บเท้าให้บุพการี ถือเป็นการเติมความรัก และบรรเทาความเจ็บป่วย ซึมเศร้า ความวิตกกังวล ทำให้ผู้สูงอายุต้องการที่จะมีชีวิตอยู่และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุขสันต์ อินทรวีเชียร (2555) ทำการวิจัยเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืนในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบกึ่งทดลองกลุ่มเดียววัด 3 ครั้ง โดยใช้กิจกรรมการเข้าค่ายเน้น แบบมีส่วนร่วมเป็นสิ่งทดลอง ร่วมกับการศึกษาเชิงคุณภาพในพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ซึ่งมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืน เลือกพื้นที่ทำการวิจัย แบบเจาะจง จำนวนขนาดตัวอย่างได้ 93 คน จัดกิจกรรมการเข้าค่ายของกลุ่มเสี่ยงด้านความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับประทานอาหารถูกหลัก การออกกำลังกาย วิธีจัดการความเครียด การปรับอุณหภูมิอารมณ์ และการหาเครือข่ายเพื่อจัดตั้งชมรมวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอในรูปร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนสถิติเชิงอนุมานใช้เปรียบเทียบความแตกต่างและความสัมพันธ์ของตัวแปรหลักด้วย Dependent t-test, Pearson's Correlation, Repeated measure ANOVA ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และวิเคราะห์เชิงเนื้อหาสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.1 มีประวัติเสี่ยงโดยมีญาติเป็นเบาหวาน ร้อยละ 43.0 และกลุ่มอายุที่มากที่สุด คือ 45-64 ปี ร้อยละ 60.2 สำหรับการเปรียบเทียบคะแนนความรู้โรคเบาหวานหลังเข้าค่ายเบาหวาน มีค่าสูงกว่าก่อนเข้าค่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และความสัมพันธ์ของคะแนนก่อนเข้าค่ายกับอายุ และดัชนีมวลกาย พบว่า ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวก ส่วนอายุมีทิศทางตรงข้าม ซึ่งความสัมพันธ์ ดังกล่าวมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในส่วนของตัวแปรที่ศึกษาและผลตรวจทางห้องปฏิบัติ การจำแนกก่อนและหลังเข้าค่าย พบว่าค่าดัชนีมวลกาย ค่าการวัดรอบเอว ค่าคอเรสเตอรอล ค่าไตรกลีเซอไรด์ ค่าน้ำตาลหลังอาหาร และค่าน้ำตาลก่อนอาหาร มีแนวโน้มลดลง โดยการวัดก่อนและหลังเข้าค่าย 3 เดือน 6 เดือน มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทุกตัวแปรและเมื่อเปรียบเทียบรายคู่ความแตกต่างของตัวแปรข้างต้น

ทุกตัว จำแนกตามการวัด 3 ครั้ง ทุกคู่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ตามลำดับ โดยที่ตัวแปรทุกตัวมีแนวโน้มลดลงหรือมีความคงทนและยั่งยืน สำหรับการเข้าค่ายมีประโยชน์มากทำให้เริ่มมีการปรับเปลี่ยนตัวเองจากการปฏิบัติจริงขณะเข้าค่าย มีความต้องการให้เจ้าหน้าที่ออกติดตามเรื่อย ๆ เพื่อเป็นการกระตุ้นตัวเองและชุมชนอย่างสม่ำเสมอในส่วนของพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมรับประทานข้าวเหนียวเป็นอาหารหลัก ประเภทอาหารจะเป็นอาหารพื้นบ้านที่ทำมาจากปลา ด้านการทำงาน และกิจกรรมประจำวัน มีอาชีพทำนา และกิจกรรมภายในบ้าน ด้านความเชื่อความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีความเชื่อว่าสาเหตุของการเกิดโรคเบาหวานเกิดจาก การกิน กรรมพันธุ์ ไม่ออกกำลังกาย ด้านความเครียด มีความวิตกกังวลกลัวตนเองเป็นโรคเบาหวาน และการพักผ่อน มีการนอนหลับพักผ่อนที่ดี ข้อเสนอแนะควรทำการวัดดัชนีชี้วัดที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานซ้ำเพื่อเป็นการวัดความคงทนหรือยั่งยืน ซึ่งจะช่วยให้กระตุ้นการมีส่วนร่วม และการเสริมสร้างความเข้าใจ ความตระหนัก เจตคติ ที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานอย่างยั่งยืน

สุรินทร์ สิริสูงเนิน ดำรง สิริสูงเนิน และชีวี เชื้อมาก (2555) ทำการวิจัยเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. แบบพอเพียงด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น กรณีศึกษา : ตำบลหนองชัยศรี อำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์ ผลจากการเปลี่ยนแปลงหลายด้านทั่วโลก เป็นเหตุให้ประชาชนขาดความสนใจการเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองและคนในครอบครัว ขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง รสจัดและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ส่งผลให้มีดัชนีมวลกายเกิน รอบเอวเกิน เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้เพื่อประยุกต์ใช้หลัก 3 อ. แบบพอเพียงด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ คือ 1) อ. อาหารส่งเสริมการบริโภคข้าวสางที่ผลิตขึ้นเองในชุมชน 2) อ. ออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนักและรอบพุงโดยใช้ธูล่าฮูที่ผลิตขึ้นเองในชุมชน 3) อ. อารมณ์โดยการเข้าวัดปฏิบัติธรรม สวดสารภัญญะที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการอยู่แบบพอเพียงมาใช้ในการสกด สะกด และสะกดอารมณ์ ซึ่งมีแกนนำสุขภาพครอบครัว ภาคีเครือข่ายในชุมชนเป็นพี่เลี้ยงในการเสริมพลังให้เกิดการปฏิบัติที่ต่อเนื่องยั่งยืนและเปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อน - หลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นประจำกรกลุ่มเสี่ยงทุกรายที่มีรอบเอวเกิน ดัชนีมวลกายเกิน เสี่ยงเบาหวานและเสี่ยงความดันโลหิตสูง จำนวน 84 ราย ในพื้นที่ตำบลหนองชัยศรี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2553 - 31 ธันวาคม 2554 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Chi-Square พบว่า กลุ่มเสี่ยง จำนวน 84 รายติดตามมาต่อเนื่องในปีที่ 2 กลุ่มเสี่ยงที่ติดตามได้ จำนวน 75 ราย มีค่าเฉลี่ย BMI ลดลง ร้อยละ 88 เข้าสู่เกณฑ์ปกติ ร้อยละ 65.15 รอบเอวลดลง ร้อยละ 85.33 เข้าสู่ระดับปกติ ร้อยละ 71.88 ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดลดลงร้อยละ 98.67 เข้าสู่ระดับปกติ ร้อยละ

97.30 ระดับความดันโลหิตช่วงบนลดลง ร้อยละ 86.63 ลดลงเข้าสู่ระดับปกติร้อยละ 83.03 ระดับความดันโลหิตช่วงล่างลดลง ร้อยละ 90.67 เข้าสู่ภาวะปกติร้อยละ 86.57 เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยตัวแปรทุกตัว พบว่า ค่าเฉลี่ย BMI และ รอบเอว มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สรุปได้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. แบบพอเพียงด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นกลยุทธ์ที่ดีสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชนเป็นฐานภายใต้บริบทและภูมิปัญญาของท้องถิ่นมาใช้ซึ่งเหมาะสมกับพื้นที่ จึงเสนอแนะให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมแต่ละพื้นที่และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลกลุ่มอื่น ๆ ได้

พิมพ์สิทธิ์ บัวแก้ว และ รติพร ถึงฝั่ง (2559) ทำการวิจัยเรื่องการดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยและอำนาจในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยตัวแปรคุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลสุขภาพ โดยใช้ข้อมูลหัตถ์ภูมิจากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุ ประจำปี พ.ศ. 2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 16,058 คน ผลการศึกษาพบว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยได้ร้อยละ 11.2 ตัวแปรที่สำคัญที่สุด คือ รายได้โดยพบว่าระดับรายได้เฉลี่ยต่อปีตั้งแต่ 50,000 บาทขึ้นไป สามารถทำนายภาวะสุขภาพผู้สูงอายุได้มากที่สุด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ .174 รองลงมาคือการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ .164 การศึกษานี้เสนอแนะว่าภาครัฐควรที่จะคงไว้ซึ่งนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการของผู้สูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่งเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและปรับปรุงช่องทางการเข้าถึงสิทธิดังกล่าวให้ครอบคลุมและทั่วถึง รวมทั้งส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว

วิภาพร สิทธิศาสตร์ และ สุชาดา สนวนุ่ม (2550) ทำการวิจัยเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เขตความรับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านเสาทิน ตำบลวัดพริก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก การวิจัยเชิงพรรณนาค้นนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตความรับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านเสาทิน ตำบลวัดพริก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในในหมู่ 6, 7, 8, 9 และ 12 ตำบลวัดพริก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 345 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน – กรกฎาคม 2550 เลือกลุ่มตัวอย่างโดยใช้กลุ่มประชากรทั้งหมด ตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่

ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผลการวิจัยจากการศึกษาโดยการพิจารณารายด้าน 6 ด้านพบว่า 1) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ กลุ่มตัวอย่างมีการปรึกษาแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ ค่าเฉลี่ย 3.58 2) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ มีคนในครอบครัวดูแลและช่วยเหลือ ค่าเฉลี่ย 3.58 3) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกายของร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ มีการทำกิจกรรมเพื่อยืดเส้นยืดสาย เช่น แกว่งแขน ยืดขา ค่าเฉลี่ย 3.43 และ 4) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุดคือรับประทานอาหารรสเค็มจัด ค่าเฉลี่ย 3.80

ฐาปณี สิริรุ่งเรือง และประวีร์ ประพันธ์วงศ์ (2559) ทำการวิจัยเรื่องความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ของพนักงานบริษัท เบทาโกร จำกัด (มหาชน) งานวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ของพนักงานบริษัท เบทาโกร จำกัด (มหาชน)รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ของพนักงาน บริษัท เบทาโกร จำกัด (มหาชน) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ พนักงานเบทาโกร จำนวน 300 คน เก็บรวบรวมเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า Chi-square และค่า Correlation Coefficient ผลการวิจัย พบว่า พนักงานมีความรู้ทางสุขภาพที่ถูกต้องเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า อันดับแรก คือ ด้านการออกกำลังกายกับด้านการดื่มสุรา รองลงมา คือ ด้านอาหาร และอันดับสุดท้าย คือ ด้านการสูบบุหรี่ ตามลำดับ พนักงานมีเจตคติทางสุขภาพเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า อันดับแรก คือ ด้านการออกกำลังกาย รองลงมา คือ ด้านการสูบบุหรี่ และอันดับสุดท้าย คือ ด้านการดื่มสุรา ตามลำดับ พนักงานมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ถูกต้องเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการสูบบุหรี่อยู่ในระดับดี รองลงมา คือ ด้านการดื่มสุราอยู่ในระดับปานกลาง และอันดับสุดท้าย คือ ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับไม่ดี ตามลำดับ ผลทดสอบสมมติฐาน พบว่า เพศ สถานภาพ ศาสนาและดัชนีมวลกาย (BMI) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วน อายุแผนกงาน รายได้ต่อเดือน และระดับการศึกษา ไม่มี

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนความสัมพันธ์ ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. พบว่า พนักงานมีความรู้ เจตคติและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ที่ไปในทิศทางเดียวกัน

พูลศักดิ์ พุ่มวิเศษ (2558) ทำการวิจัยเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพเบื้องต้นการออกกำลังกาย อาหาร และโภชนาการ การบริโภคสิ่งเสพติดและการจัดการความเครียด และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 420 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย จากชมรมผู้สูงอายุอำเภอเมืองนนทบุรี อำเภอปากเกร็ด และอำเภอบางกรวย เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล คือ แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามกลับมา และเป็นแบบสอบถามที่สมบูรณ์ 410 คน คิดเป็นร้อยละ 97.62 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้คือ สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอ้างอิงใช้ Chi-square และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ด้วยวิธีการของเพียร์สัน ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 66.9 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา สถานภาพสมรสคู่ รายได้เฉลี่ยเดือนละ 10,572.50 บาท ส่วนใหญ่รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย โรคประจำตัวที่พบในกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ภาวะกระดูกพรุน ข้อเข่าเสื่อม ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง เบาหวาน ภูมิแพ้ โรคหัวใจ ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี เจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพการได้รับคำแนะนำทางสุขภาพ และการตรวจรักษาที่เหมาะสมอยู่ในระดับดี เจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพการได้รับคำแนะนำทางสุขภาพ และการตรวจรักษาที่เหมาะสมอยู่ในระดับปัจจัยเสริม ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง สัมพันธภาพในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดอยู่ในระดับดี การได้รับข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลางพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทดสอบสมมติฐาน พบว่า ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ภูมิฐานะ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ความเพียงพอของรายได้และการมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ปัจจัยนำ ได้แก่ เจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การตรวจรักษาที่เหมาะสม มีความสัมพันธ์

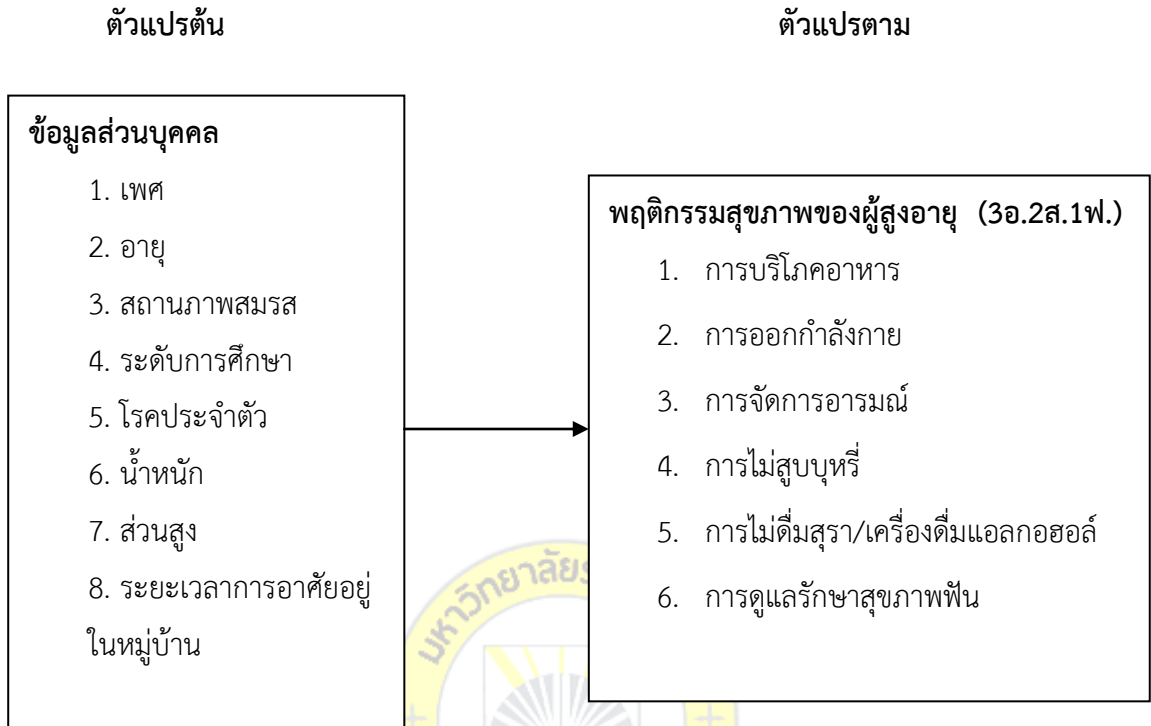
ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว และบุคคลใกล้ชิด การได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้หน่วยงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับผู้สูงอายุควรส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุสร้างเจตคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองโดยการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุผ่านสื่อต่าง ๆ จัดกิจกรรมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องให้กับผู้สูงอายุจัดช่องทางพิเศษให้กับผู้สูงอายุ ได้เข้าถึงบริการสุขภาพโดยไม่ต้องเสียเวลารอคอยพบแพทย์และได้รับการตรวจรักษาที่เหมาะสม

กรชกร วัชรสุนทรกิจ และคณะ (2560) ทำการวิจัยเรื่องมาตรฐานบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ภาคเหนือ) การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในระยะทดลองใช้มาตรฐานบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำเสนอข้อมูลเป็นตัวแทนภาคเหนือ มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามประเมินผลการให้บริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่นำเกณฑ์มาตรฐานและแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ สำหรับเป็นแนวทางกำหนดมาตรฐานและแนวปฏิบัติที่เหมาะสมในการบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ในช่วงเดือนเมษายน - พฤษภาคม 2560 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 (กลุ่มติดสังคม) และกลุ่มที่ 2 (กลุ่มติดบ้าน) ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลลับแล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งยั้ง อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Taro Yamane กลุ่มตัวอย่างใน Sub - Setting ใช้การคำนวณสัดส่วนตามหมู่บ้าน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 339 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างมีระบบ (Systematic Sampling) เครื่องมือที่ใช้คือแบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัย พบว่าผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ย 71 ปี สมรสและอยู่กับคู่สมรสร้อยละ 59.3 ทำงานมีรายได้ร้อยละ 55 รายได้จากเบี้ยยังชีพร้อยละ 91.4 รายได้เฉลี่ย 3,750 บาทต่อเดือน รายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 37.7 เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายुर้อยละ 62.3 ได้รับการประเมิน ADL ร้อยละ 86.4 ประเมินโดย อสม. ร้อยละ 64.8 ทราบผลการประเมิน ADL ร้อยละ 58 ใช้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 69.9 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร้อยละ 34.5 รับบริการตรวจสุขภาพประจำปีร้อยละ 67.8 ได้รับการตรวจ/ประเมินภาวะสุขภาพใน 22 กิจกรรม พบว่า 19 กิจกรรม ได้รับการมากกว่าร้อยละ 50 สำหรับ 3 กิจกรรม ได้แก่ การขูดหินปูนเพื่อป้องกันโรคฟันและเหงือกอักเสบ และการทาฟลูออไรด์

เคลือบฟันเพื่อป้องกันรากฟันผู้ได้รับบริการเพียงร้อยละ 23.9 และร้อยละ 18.9 ตามลำดับ และได้รับการฉีดวัคซีนคอตีบ บาดทะยักร้อยละ 20.6 ได้รับการตรวจประเมิน/ความเสี่ยงโรค 9 โรคที่สำคัญ พบว่า ส่วนใหญ่ผลตรวจปกติ/ไม่มีโรคผู้สูงอายุเพศหญิง ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก เพียงร้อยละ 32.1 ได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพ มากกว่าร้อยละ 90 ผู้สูงอายุปฏิบัติเป็นประจำ คือ การรับประทานผัก ผลไม้ ,ดื่มน้ำอย่างเพียงพอ และออกกำลังกายเป็นประจำ ได้รับสมุดบันทึกสุขภาพร้อยละ 94.9 แต่ผู้สูงอายุใช้สมุดบันทึกสุขภาพ ร้อยละ 56.4 ข้อเสนอแนะการวิจัย ทิมสุขภาพโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรมีการทำงานเชื่อมโยงกันเพื่อให้เกิดความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการจัดการปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุแบบองค์รวมทั้งในสถานบริการและเชิงรุกนอกสถานบริการ สนับสนุนให้ อสม. เข้ามามีส่วนร่วมในการแนะนำให้ผู้สูงอายุใช้ประโยชน์จากสมุดบันทึกสุขภาพ โดยมีการเตรียมความพร้อมฝึกอบรม อสม. ให้มีความรู้ ความเข้าใจ และมีความมั่นใจในการทำหน้าที่ให้คำแนะนำข้อมูลต่าง ๆ ที่มีอยู่ในสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ

เจนจิรา บ. ป สูงเนิน และ อมรรัตน์ เจริญชัย (2561) ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติการดูแลสุขภาพตนเองการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้สูงอายุชุมชนบ้านห้วยทรายเหนือ จังหวัดเพชรบุรี ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบันมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ส่งผลให้เกิดโรคเรื้อรัง กับผู้สูงอายุมากขึ้น ยังพบว่าผู้สูงอายุเกินกว่าครึ่ง มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ซึ่งปัญหาเหล่านี้ สามารถนำไปสู่การมีสุขภาพ ที่ไม่สมบูรณ์แข็งแรงในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุเอง ดังนั้น ผู้ศึกษามีวัตถุประสงค์ในการศึกษาพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง เจตคติการดูแลสุขภาพตนเองและการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข ของกลุ่มผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านห้วยทรายเหนือ จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 103 คน วิธีการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสัมภาษณ์ และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาค่าสัมพัทธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุชุมชนบ้านห้วยทรายเหนือ จังหวัดเพชรบุรี มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านโภชนาการและด้านการออกกำลังกาย โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.18$) คือ มีความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติการดูแลสุขภาพตนเองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์ อยู่ในระดับปานกลาง ($r = .313$) และความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข ไม่มีความสัมพันธ์ ($r = .153$) กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้สูงอายุชุมชนบ้านห้วยทรายเหนือ จังหวัดเพชรบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 2.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Exploratory Research) ใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือการวิจัย โดยมีขั้นตอนการวิจัยดังนี้

- 3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.2 เครื่องมือในการวิจัย
- 3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.4 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี จำนวน 59,000 คน (ที่มา: สำนักทะเบียนท้องถิ่นเทศบาลนครนนทบุรี (ณ 1 ตุลาคม 2561))

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี จำนวน 398 คน ซึ่งได้มาจากการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie & Morgan (1970) และสุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครนนทบุรี

3.2 เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ซึ่งประกอบด้วย 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว น้ำหนัก ส่วนสูง และระยะเวลาการอาศัยอยู่ในหมู่บ้าน

ตอนที่ 2 เป็นคำถามแบบเลือกตอบเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ (3อ.2ส.1ฟ.) เป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามวิธีการของลิเคิร์ต (Likert) โดยแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ เป็นประจำ (6-7 วัน) ปอย (3-5 วัน) บางครั้ง (1-2 วัน) ไม่เคยปฏิบัติ รวมจำนวน 51 ข้อ

ตอนที่ 3 เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 1 ข้อ เกี่ยวกับ กิจกรรมอื่นๆที่ผู้สูงอายุปฏิบัติ

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านแล้ว คำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) โดยกำหนดค่า IOC สำหรับข้อคำถามที่ใช้ได้ คือ ระหว่าง 0.50 – 1.00

2. หาค่าความเชื่อมั่น ค่าเฉลี่ย (Reliability ใช้สูตรของ Cronbach) จำนวน 30 ชุด ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .882

3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และผู้ช่วยการวิจัย โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ทำหนังสือขอความร่วมมือไปยังสาธารณสุขอำเภอ และนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ของแต่ละตำบล

2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย

3. นำแบบสอบถามที่ได้รับคืนมาตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ครบถ้วน เพื่อทำการวิเคราะห์ต่อไป

3.4 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำผลคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามที่สมบูรณ์ครบถ้วนทั้งหมดไปวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัวน้ำหนัก ส่วนสูง และระยะเวลาการอาศัยอยู่ในหมู่บ้าน ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

ตอนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ (3อ.2ส.1พ.) ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage)

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับการปฏิบัติด้านสุขภาพ
(3อ. 2ส. 1พ.) ใช้สถิติอนุมาน คือ t-test และ One-way ANOVA



บทที่ 4 ผลการวิจัย

การศึกษาวินิจฉัยเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน เมื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่พร้อมสำหรับการวิเคราะห์พบว่ามีจำนวน 389 ชุด ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลจากแบบสอบถามดังกล่าวมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ สรุปผลการวิจัย ได้ดังนี้

- 4.1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
- 4.2. ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ (3อ. 2ส. 1ฟ.)
- 4.3. การทดสอบสมมติฐาน
- 4.4. กิจกรรมอื่นๆที่ผู้สูงอายุปฏิบัติ

4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

	จำนวน	ร้อยละ
n=389		
ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	102	26.2
- หญิง	287	73.8
อายุ		
(Min = 60 ปี, Max = 90 ปี, \bar{x} = 69.60 ปี, S.D. = 6.279)		
การศึกษา		
- ต่ำกว่า ประถมปีที่ 4	22	5.7
- ประถมศึกษาปีที่ 4	66	17.0
- มัธยมศึกษาตอนต้น	41	10.5
- มัธยมศึกษาตอนปลาย	43	11.1
- ปวช.	42	10.8

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

n=389

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
- ปวส.	30	7.7
- อนุปริญญา	16	4.1
การศึกษา		
- ปริญญาตรี	105	27.0
- ปริญญาโทหรือสูงกว่า	21	5.4
- ไม่ระบุ	3	0.8
โรคประจำตัว		
- ไม่มี	159	40.9
- มี	230	59.1
น้ำหนักตัว (Min = 40 กก., Max = 119 กก. , \bar{x} = 59.95 กก., S.D. = 10.41)		
ส่วนสูง (Min = 140 ซม., Max = 180 ซม. , \bar{x} = 157.14 ซม., S.D. = 8.072)		
ระยะเวลาการอาศัยอยู่ในหมู่บ้าน (Min = 2 ปี, Max = 84 ปี , \bar{x} = 28.52, S.D. = 15.206)		

จากตารางที่ 4.1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 73.8 เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 26.2 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 69.6 ปี อายุต่ำสุดเท่ากับ 60 ปี อายุสูงสุดเท่ากับ 90 ปี มีสถานภาพสมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.3 ปี รองลงมาคือ มีสถานภาพหม้าย คิดเป็นร้อยละ 27.0 ระดับการศึกษามากที่สุด คือ ปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 27.0 รองลงมาคือ ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 17.0 กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 59.1 ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 40.9 มีน้ำหนักเฉลี่ยเท่ากับ 59.95 กิโลกรัม น้ำหนักต่ำสุดเท่ากับ 40 กิโลกรัม น้ำหนักสูงสุดเท่ากับ 119 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ยเท่ากับ 157.14 เซนติเมตร ส่วนสูงต่ำที่สุดเท่ากับ 140 เซนติเมตร ส่วนสูงมากที่สุดเท่ากับ 180 เซนติเมตร ระยะเวลาการอาศัยอยู่ในหมู่บ้าน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 28.52 ปี

4.2. ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ (3อ. 2ส. 1ฟ.) ของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมสุขภาพ (3อ. 2ส. 1ฟ.) ของกลุ่มตัวอย่าง

n=389

พฤติกรรมสุขภาพ	เป็นประจำ (6-7 วัน)	บ่อย (3-5 วัน)	บางครั้ง (1-2 วัน)	ไม่เคย ปฏิบัติ
1. รับประทานอาหารครบ 5 มื้อ	68(17.5)	90(23.1)	134(34.4)	97(24.9)
2. ได้รับสารอาหารครบ 5 หมู่	103(26.5)	152(39.1)	119(30.6)	15(3.9)
3. รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย	103(26.5)	155(39.8)	122(31.4)	9(2.3)
4. รับประทานอาหารปรุงสุก ใหม่ สะอาด	222(57.1)	126(32.4)	37(9.5)	4(1.0)
5. เพิ่มอาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น ปลาเล็ก ปลา น้อย ที่กินทั้งตัว	91(23.4)	143(36.8)	143(36.8)	12(3.1)
6. เพิ่มอาหารที่มีโปรตีน เช่น ปลา	106(27.2)	177(45.5)	102(26.2)	4(1.0)
7. รับประทานอาหารที่ย่อยง่าย เช่น ปลา	104(26.7)	177(45.5)	107(27.5)	1(0.3)
8. รับประทานอาหารประเภทข้าวต่าง ๆ	66(17.0)	148(38.0)	164(42.2)	11(2.8)
9. รับประทานผลไม้ที่มีเนื้อนุ่ม เคี้ยวง่าย	128(32.9)	188(48.3)	64(16.5)	9(2.3)
10. รับประทานมะละกอสุก กล้วยสุก	121(31.1)	161(41.4)	97(24.9)	10(2.6)
11. หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด เช่น เค็มจัด หวานจัด เผ็ดจัด	98(25.2)	106(27.2)	158(40.6)	27(6.9)
12. รับประทานผัก และผลไม้ตามฤดูกาล	183(47.0)	146(37.5)	53(13.6)	7(1.8)
13. รับประทานอาหารมีไขมันสูง	20(5.1)	50 (12.9)	260(66.8)	59(15.2)
14. รับประทานอาหารประเภท ทอด เผา	22(5.7)	80(20.6)	250(64.3)	37(9.5)
15. รับประทานอาหารที่ต้ม หรือนึ่ง	79(20.3)	210(54.0)	93(23.9)	7(1.8)
16. รับประทานอาหารกระป๋องต่าง ๆ	13(3.3)	25(6.4)	236(60.7)	115(29.6)
17. รับประทานอาหารรสจัด	28(7.2)	58(14.9)	213(54.8)	90(23.1)
18. ปรุงรสอาหารเพิ่มเติมจากที่ซื้อมา	25(6.4)	68(17.5)	184(47.3)	112(28.8)
19. รับประทานอาหารนอกบ้าน เช่น ภัตตาคาร ร้านอาหาร	17(4.4)	59(15.2)	267(68.6)	46(11.8)
20. ออกกำลังกายโดยการเดิน	135(34.7)	125(32.1)	96(24.7)	33(8.5)
21. ออกกำลังกายโดยการปั่นจักรยาน	63(16.2)	67(16.5)	115(29.6)	147(37.8)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมสุขภาพ (3อ. 2ส. 1ฟ.) ของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

n=389

พฤติกรรมสุขภาพ	เป็นประจำ (6-7 วัน)	บ่อย (3-5 วัน)	บางครั้ง (1-2 วัน)	ไม่เคย ปฏิบัติ
22. ออกกำลังกายโดยการว่ายน้ำ	15(3.9)	31(8.0)	65(16.7)	278(71.5)
23. ออกกำลังกายโดยการเดินแอโรบิค	33(8.5)	51(13.1)	114(29.3)	191(49.1)
24. ออกกำลังกายรำไม้พลอง	24(6.2)	47(12.1)	76(19.5)	242(62.2)
25. อบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกาย (warm up)	62(15.9)	100(25.7)	115(29.6)	112(28.8)
26. ผ่อนคลายกล้ามเนื้อหลังออกกำลังกาย (cool down)	76(19.5)	102(26.2)	123(31.6)	88(22.6)
27. ดื่มน้ำสะอาด วันละ 2-8 แก้ว หรือประมาณ 2 ลิตร	191(49.1)	132(33.9)	49(12.6)	17(4.4)
28. ในปี 2561 เคยเป็นลมหลังออกกำลังกาย	14(3.6)	14(3.6)	23(5.9)	338(86.9)
29. ทำสมาธิเมื่อเกิดความกังวลใจในเรื่องต่าง ๆ	57(14.7)	74(19.0)	146(37.5)	112(28.8)
30. ออกกำลังกายเมื่อรู้สึกเครียด	33(8.5)	70(18.0)	146(37.5)	140(36.0)
31. ออกกำลังกายเมื่อรู้สึกว่าชีวิตมีประโยชน์	128(32.9)	135(34.7)	83(21.3)	43(11.1)
32. การสูบบุหรี่	12(3.1)	10(2.6)	10(2.6)	357(91.8)
33. ในครอบครัวของมีบุคคลที่สูบบุหรี่อยู่ด้วย	27(6.9)	14(3.6)	32(8.6)	316(81.2)
34. การดื่มสุรา	8(2.1)	19(4.9)	45(11.6)	317(81.5)
35. ใช้ช้อนกลางในการรับประทานอาหารร่วมกัน	230(59.1)	78(20.1)	59(15.2)	22(5.7)
36. ล้างมือก่อนการรับประทานอาหาร	263(67.6)	79(20.3)	39(10.0)	8(2.1)
37. นอนหลับสนิท	166(42.7)	119(30.6)	99(25.4)	5(1.3)
38. นอนหลับสนิทและรู้สึกสดชื่นเมื่อตื่นนอน ตอนเช้า	155(39.8)	134(34.4)	93(23.9)	7(1.8)
39. การกินยาเพราะรู้สึกอ่อนเพลียเมื่อตื่นนอน ตอนเช้า	22(5.7)	31(8.0)	76(19.5)	260(66.8)
40. แปร่งฟันถูกวิธี	239(61.4)	92(23.7)	41(10.5)	17(4.4)
41. ใช้เวลาในการแปรงฟัน 3 – 5 นาที	215(55.3)	95(24.4)	54(13.9)	25(6.4)
42. เป็นวิทยากรให้ความรู้แก่ผู้อื่น	28(7.2)	43(11.1)	75(19.3)	243(62.5)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมสุขภาพ (3อ. 2ส. 1ฟ.) ของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

n=389

พฤติกรรมสุขภาพ	เป็นประจำ (6-7 วัน)	บ่อย (3-5 วัน)	บางครั้ง (1-2 วัน)	ไม่เคย ปฏิบัติ
43. บำเพ็ญตนจิตอาสา ช่วยเหลือสังคม	67(17.2)	84(21.6)	143(36.8)	95(24.4)
44. เข้าสังคมกับชมรมผู้สูงอายุ	165(42.4)	100(25.7)	83(21.3)	41(10.5)
45. เข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชนในหมู่บ้าน	121(31.1)	70(18.0)	132(33.9)	66(17.0)
46. เข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชนอื่น ๆ	75(19.3)	82(21.1)	136(35.0)	96(24.7)
47. ทำกิจกรรมนันทนาการ	77(19.8)	106(27.2)	143(36.8)	63(16.2)
48. ทำงานอดิเรก	95(24.4)	97(24.9)	125(32.1)	72(18.5)
49. เล่นดนตรี ฟ้อนรำ	48(12.3)	59(15.2)	108(27.8)	174(44.7)
50. ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ที่บ้าน	241(62.0)	103(26.5)	34(8.7)	11(2.8)
51. ใช้โทรศัพท์มือถือ เพื่อฟังเพลง ส่งข้อความ	159(40.9)	101(26.0)	72(18.5)	57(14.7)

จากตารางที่ 4.2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพ (3อ. 2ส. 1ฟ.) ดังนี้ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า การปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด คือ การล้างมือก่อนรับประทานอาหารเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 67.6 รองลงมา คือ ใช้ช้อนกลางในการรับประทานอาหารร่วมกัน คิดเป็นร้อยละ 59.1 รับประทานอาหารปรุงสุก ใหม่ สะอาด คิดเป็นร้อยละ 57.1 ดื่มน้ำสะอาดวันละ 2 – 8 แก้ว หรือประมาณ 2 ลิตร คิดเป็นร้อยละ 49.1 รับประทานอาหารผัก และผลไม้ตามฤดูกาล คิดเป็นร้อยละ 47.0 ตามลำดับ การปฏิบัติบ่อย ได้แก่ รับประทานอาหารที่ต้ม หรือนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 54.0 รับประทานอาหารที่มีเนื้อนุ่ม เคี้ยวง่าย คิดเป็นร้อยละ 48.3 รับประทานอาหารที่ย่อยง่าย เช่น ปลา คิดเป็นร้อยละ 45.5 เป็นต้น การปฏิบัติบางครั้ง ได้แก่ การรับประทานอาหารนอกบ้าน เช่น ภัตตาคาร ร้านอาหาร คิดเป็นร้อยละ 68.6 รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง คิดเป็นร้อยละ 66.8 รับประทานอาหารประเภททอด เผา คิดเป็นร้อยละ 64.3 รับประทานอาหารกระป๋อง คิดเป็นร้อยละ 60.7 และรับประทานอาหารรสจัด คิดเป็นร้อยละ 54.8 เป็นต้น

พฤติกรรมออกกำลังกาย พบว่า มีการออกกำลังกายโดยการเดิน เป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 34.7 ไม่เคยปั่นจักรยาน คิดเป็นร้อยละ 37.8 ส่วนใหญ่ไม่เคยว่ายน้ำ คิดเป็นร้อยละ 71.5 ไม่เคยเต้นแอโรบิค คิดเป็นร้อยละ 49.1 ไม่เคยรำไม้พลอง คิดเป็นร้อยละ 62.2 มีการอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกาย (warm up) เป็นบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 29.6 มีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อหลังออก

กำลังกาย (cool down) เป็นบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 31.6 ไม่เคยเป็นลมหลังออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 86.9 มีการออกกำลังกายเมื่อรู้สึกเครียด เป็นบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 37.5 และมีการออกกำลังกายบ่อยเมื่อรู้สึกว่ามีชีวิตมีประโยชน์ คิดเป็นร้อยละ 34.7

พฤติกรรมกรรมการจัดการด้านอารมณ์ พบว่า มีการทำสมาธิเมื่อเกิดความกังวลใจในเรื่องต่างๆ บ่อย คิดเป็นร้อยละ 37.5 นอนหลับสนิท เป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 42.7 ส่วนใหญ่ไม่เคยกินยา เพราะรู้สึกอ่อนเพลียเมื่อตื่นนอนตอนเช้า คิดเป็นร้อยละ 66.8 ส่วนใหญ่ไม่เคยเป็นวิทยากรให้ความรู้ผู้อื่น คิดเป็นร้อยละ 62.5 บำเพ็ญตนเป็นจิตอาสาช่วยเหลือสังคมเป็นบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 36.8 มีการเข้าสังคมกับชมรมผู้สูงอายุ เป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 42.4 มีการเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชนในหมู่บ้าน เป็นบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 33.9 มีการเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชนอื่น ๆ เป็นบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 35.0 มีการทำกิจกรรมนันทนาการ เป็นบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 36.8 มีการทำงานอดิเรก เป็นบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 32.1 ไม่เคยเล่นดนตรี และฟ้อนรำ คิดเป็นร้อยละ 44.7 ส่วนใหญ่มีการฟังเพลง ดูโทรทัศน์ที่บ้าน เป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 62.0 และมีการใช้โทรศัพท์มือถือเพื่อฟังเพลง ส่งข้อความ เป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 40.9

พฤติกรรมกรรมการไม่สูบบุหรี่ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 91.8 และส่วนใหญ่บุคคลในครอบครัวไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 81.2

พฤติกรรมกรรมการไม่ดื่มสุรา พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 81.5 ดื่มสุราเป็นบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 11.6 ดื่มสุราบ่อย คิดเป็นร้อยละ 4.9 และดื่มสุราเป็นประจำ มีเพียงร้อยละ 2.1

พฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพฟัน พบว่า ส่วนใหญ่แปรงฟันถูกวิธีเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 61.4 และใช้เวลาในการแปรงฟัน 3 – 5 นาที เป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 55.3

4.3. การทดสอบสมมติฐาน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความแตกต่างระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพ

(3อ. 2ส. 1พ.)

n = 389

ข้อมูลส่วนบุคคล	พฤติกรรมสุขภาพ (3อ. 2ส. 1พ.)		
	t	F	p - value
เพศ	1.982		.049*
อายุ		1.321	.131
สถานภาพ		1.868	.134
ระดับการศึกษา		2.493	.012*

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพ (3อ. 2ส. 1ฟ.)
(ต่อ)

n = 389

ข้อมูลส่วนบุคคล	พฤติกรรมสุขภาพ (3อ. 2ส. 1ฟ.)		
	t	F	p - value
การมีโรคประจำตัว	1.111		.267
น้ำหนักตัว		1.119	.262
ส่วนสูง		1.282	.132
ระยะเวลาการอาศัยอยู่ในหมู่บ้าน		1.789	.001**

* $p \leq .05$, ** $p \leq .001$

จากตารางที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพ (3อ. 2ส. 1ฟ.) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมสุขภาพ (3อ. 2ส. 1ฟ.) ที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมสุขภาพ (3อ. 2ส. 1ฟ.) ที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระยะเวลาการอาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมสุขภาพ (3อ. 2ส. 1ฟ.) ที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

4.4. กิจกรรมอื่นๆที่ผู้สูงอายุปฏิบัติ มีดังนี้

- เข้าวัดปฏิบัติธรรม ทำบุญ
- สวดมนต์ นั่งสมาธิ
- อ่านหนังสือ เขียนหนังสือ
- วาดรูป
- ขับรถไปเที่ยว
- เล่นในหมู่บ้าน
- ทำอาหาร
- ทำงานบ้าน
- รดน้ำต้นไม้ ปลุกต้นไม้ ทำสวนครัว
- ออกกำลังกายด้วยเครื่องเล่น

- การยืดเหยียดร่างกายด้วยการร่ำมวยเต้าเต๋อซันซี
- การบริหารกายแบบจิน กัง กง
- รำไทเก๊ก
- เล่นโยคะ
- เต็นลีลาศ
- เล่นปิงปอง
- ตกปลาเป็นกีฬา



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ (3อ.2ส.1ฟ.) และเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลกับ พฤติกรรมสุขภาพ (3อ.2ส.1ฟ.) ของผู้สูงอายุเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ผู้วิจัยนำเสนอสรุปผลการวิจัยดังนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.2 อภิปรายผล

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.1.1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี พบว่า เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 73.8 เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 26.2 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 69.6 ปี อายุต่ำสุดเท่ากับ 60 ปี อายุสูงสุดเท่ากับ 90 ปี มีสถานภาพสมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.3 ปี รองลงมาคือ มีสถานภาพหม้าย คิดเป็นร้อยละ 27.0 ระดับการศึกษามากที่สุด คือ ปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 27.0 รองลงมาคือ ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 17.0 กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 59.1 ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 40.9 มีน้ำหนักเฉลี่ยเท่ากับ 59.95 กิโลกรัม น้ำหนักต่ำสุดเท่ากับ 40 กิโลกรัม น้ำหนักสูงสุดเท่ากับ 119 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ยเท่ากับ 157.14 เซนติเมตร ส่วนสูงต่ำที่สุดเท่ากับ 140 เซนติเมตร ส่วนสูงมากที่สุดเท่ากับ 180 เซนติเมตร ระยะเวลาการอาศัยอยู่ในหมู่บ้าน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 28.52 ปี

5.1.2. พฤติกรรมสุขภาพ (3อ. 2ส. 1ฟ.)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า การปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด คือ การล้างมือก่อนรับประทานอาหารเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 67.6 รองลงมา คือ ใช้ช้อนกลางในการรับประทานอาหารร่วมกัน คิดเป็นร้อยละ 59.1 รับประทานอาหารปรุงสุกใหม่ สะอาด คิดเป็นร้อยละ 57.1 ดื่มน้ำสะอาดวันละ 2 – 8 แก้ว หรือประมาณ 2 ลิตร คิดเป็นร้อยละ 49.1 รับประทานอาหารผัก และผลไม้ตามฤดูกาล คิดเป็นร้อยละ 47.0 ตามลำดับ การปฏิบัติบ่อย ได้แก่ รับประทานอาหารที่ต้ม หรือนึ่ง

คิดเป็นร้อยละ 54.0 รับประทานผลไม้ที่มีเนื้อนุ่ม เคี้ยวง่าย คิดเป็นร้อยละ 48.3 รับประทานอาหารที่
ย่อยง่าย เช่น ปลา คิดเป็นร้อยละ 45.5 เป็นต้น

พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย พบว่า มีการออกกำลังกายโดยการเดิน เป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ
34.7 มีการอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกาย (warm up) เป็นบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 29.6 มีการ
ผ่อนคลายกล้ามเนื้อหลังออกกำลังกาย (cool down) เป็นบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 31.6 ไม่เคยเป็น
ลมหลังออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 86.9

พฤติกรรมกรรมการจัดการด้านอารมณ์ พบว่า มีการทำสมาธิเมื่อเกิดความกังวลใจในเรื่องต่างๆ
บ่อย คิดเป็นร้อยละ 37.5 มีการเข้าสังคมกับชมรมผู้สูงอายุ เป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 42.4 ส่วนใหญ่
มีการฟังเพลง ดูโทรทัศน์ที่บ้าน เป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 62.0 และมีการใช้โทรศัพท์มือถือเพื่อฟัง
เพลง ส่งข้อความ เป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 40.9

พฤติกรรมกรรมการไม่สูบบุหรี่ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 91.8 และส่วนใหญ่
บุคคลในครอบครัวไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 81.2

พฤติกรรมกรรมการไม่ดื่มสุรา พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 81.5 ดื่มสุราเป็นบางครั้ง
คิดเป็นร้อยละ 11.6 ดื่มสุราบ่อย คิดเป็นร้อยละ 4.9 และดื่มสุราเป็นประจำ มีเพียงร้อยละ 2.1

พฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพฟัน พบว่า ส่วนใหญ่แปรงฟันถูกวิธีเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ
61.4 และใช้เวลาในการแปรงฟัน 3 – 5 นาที เป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 55.3

5.1.3. การทดสอบสมมติฐาน ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรีที่มีเพศ
และระดับการศึกษาแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมสุขภาพ (3อ. 2ส. 1ฟ.) ที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรีที่มีระยะเวลาการอาศัย
อยู่ในหมู่บ้านที่แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมสุขภาพ (3อ. 2ส. 1ฟ.) ที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ .001

5.1.4. กิจกรรมอื่นๆที่ผู้สูงอายุปฏิบัติ ได้แก่ เข้าวัดปฏิบัติธรรม ทำบุญ สวดมนต์ นั่งสมาธิ
อ่านหนังสือ เขียนหนังสือ วาดรูป ขับรถไปเที่ยว เดินเล่นในหมู่บ้าน ทำอาหาร ทำงานบ้าน รดน้ำ
ต้นไม้ ปลูกต้นไม้ ทำสวนครัว ออกกำลังกายด้วยเครื่องเล่น การยืดเหยียดร่างกายด้วยการรำมวยเต๋า
เต๋อซิ่นซี การบริหารกายแบบจินกังกง รำไทเก๊ก เล่นโยคะ เต้นลีลาศ เล่นปิงปอง และตกปลาเป็นกีฬา

5.2 อภิปรายผล

จากผลการวิจัย สามารถนำมาอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

5.2.1 กลุ่มประชากรผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี เป็นเพศหญิงมากกว่า เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 73.8 อายุเฉลี่ย 69.6 ปี อายุต่ำสุด 60 ปี สูงสุด 90 ปี สภาพการสมรสมากที่สุด ร้อยละ 56.3 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมศักดิ์ ถิ่นขจี (2556) เรื่องความต้องการพัฒนาศักยภาพตนเองของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี เพื่อเตรียมความพร้อมสู่ประชาคมอาเซียนและสอดคล้องกับการศึกษาของ พูลศักดิ์ พุมวิเศษ (2558) เรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรีที่พบว่าประชากรสูงอายุของจังหวัดนนทบุรี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 69.5 และ 71.9 ตามลำดับ การศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 27.0 รองลงมาคือระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 17.0 ซึ่งต่างจากการศึกษาของสมศักดิ์ ถิ่นขจี (2556) ที่พบว่าประชากรส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 88.37 ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าการศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาในเขตเทศบาลนครนนทบุรี ซึ่งอยู่ในเขตเทศบาลซึ่งต่างจากการศึกษาทั้งจังหวัดนนทบุรี

5.2.2 พฤติกรรมสุขภาพ (3อ 2ส 1พ) ของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ได้แก่

2.1) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีการล้างมือก่อนอาหารที่มีการปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 67.6 การใช้ช้อนกลางในการรับประทานอาหารร่วมกัน คิดเป็นร้อยละ 59.1 การรับประทานอาหารที่มีการปรุงสุกใหม่ สะอาด มีการปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 57.1 การรับประทานอาหารโดยวิธีการต้ม นึ่ง มีการปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 54.0 ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่สามารถพัฒนาเพิ่มขึ้นได้ ส่วนพฤติกรรมที่ยังมีการปฏิบัติต่ำกว่า คิดเป็นร้อยละ 54 ได้แก่ การดื่มน้ำสะอาด วันละ 2 – 8 แก้ว หรือ 2 ลิตร การรับประทานผัก ผลไม้ตามฤดูกาล มีการปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 47.0 การรับประทานอาหารที่มีเนื้อนุ่ม เคี้ยวง่าย มีการปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 48.3 ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้สมควรพัฒนาให้เพิ่มมากขึ้นอย่างเร่งด่วน

2.2) พฤติกรรมออกกำลังกาย พบว่า มีการออกกำลังกายเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 34.7 มีการอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 29.6 มีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อหลังออกกำลังกาย ร้อยละ 31.6 ควรเร่งพัฒนาพฤติกรรมออกกำลังกายให้คุณต้องมากขึ้น และพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 86.9 ไม่เคยเป็นลมหลังออกกำลังกาย ซึ่งแสดงถึงภาวะสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ แต่หากไม่พัฒนาพฤติกรรมออกกำลังกายให้ถูกต้อง โอกาสต่อไปจะนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่ไม่ดีได้

2.3) พฤติกรรมการจัดการด้านอารมณ์ ผู้สูงอายุของเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี มีการจัดการเรื่องอารมณ์เมื่อมีความกังวลในเรื่องต่าง ๆ โดยการนั่งสมาธิ คิดเป็นร้อยละ 37.5 มีการเข้าสังคมกับชมรมผู้สูงอายุเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 42.4 ผ่อนคลายโดยการดูโทรทัศน์ ฟังเพลงจากวิทยุ คิดเป็นร้อยละ 62.0 ฟังเพลงโดยใช้โทรศัพท์มือถือ คิดเป็นร้อยละ 40.0 ซึ่งสมควรพัฒนาให้ผู้สูงอายุมีการจัดการด้านอารมณ์ให้มากขึ้น

2.4) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ผู้สูงอายุของเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 91.8 อยู่ในครอบครัวที่บุคคลในครอบครัวไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 81.2 ซึ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ดีมาก สมควรพัฒนาให้เพิ่มและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ดี

2.5) พฤติกรรมการดื่มสุรา ผู้สูงอายุของเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ส่วนมากไม่ดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 81.51 มีการดื่มบ้างเป็นบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 11.6 ดื่มบ่อย คิดเป็นร้อยละ 4.9 ส่วนที่ดื่มประจำมีเพียงส่วนน้อยมาก คิดเป็นร้อยละ 2.1 ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ดีสำหรับผู้ไม่ดื่มสุรา และควรพัฒนาพฤติกรรมผู้ดื่มสุราให้ลดลงซึ่งจะเป็นผลดีต่อสุขภาพและสังคม

2.6) การดูแลสุขภาพฟัน ผู้สูงอายุของเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี มีการดูแลสุขภาพฟันที่ดี คิดเป็นร้อยละ 61.4 โดยใช้เวลาในการแปรงฟัน 3 – 5 นาที ซึ่งเป็นเวลาที่เหมาะสม สมควรพัฒนาการดูแลสุขภาพฟันของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครนนทบุรีให้เพิ่มมากขึ้น เพราะฟันเป็นอวัยวะสำคัญที่จะนำไปสู่การคบเคี้ยวอาหารที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ

5.2.3 การทดสอบสมมติฐาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในเรื่องเพศและระดับการศึกษา และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ในเรื่องระยะเวลาที่อยู่ในหมู่บ้าน ซึ่งสมควรศึกษาในรายละเอียดให้มากขึ้นในโอกาสต่อไป

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบและบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี สมควรนำผลการวิจัยไปใช้เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรีให้ดียิ่งขึ้น

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในรายละเอียดความแตกต่างทางเพศ ระยะเวลาที่อยู่ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรีที่แตกต่างกันที่ส่งผลถึงพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีการศึกษาด้านพฤติกรรมการปฏิบัติที่เป็นการศึกษาทางมนุษยวิทยาด้วย

บรรณานุกรม

- กชกร วัชรสุนทรกิจ. (2560). **วิจัยมาตรฐานบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสภาการศึกษา.** กรุงเทพฯ.
- กรมอนามัย. (2554). **คู่มือดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ.** โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ
- กรมอนามัย. (2561). **ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (2560 – 2579) สภาคอนามัยแห่งประเทศไทย.** กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย. (2562). **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564).** สหประชาพาณิชย์. กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ.
- จirinันท์ ปุริมาศ และคณะ (2561). **การประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2561 สภาคมนักประชากรไทย.** โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ.
- เจนจิรา บ.ป. สูงเนิน และอมรรรัตน์ เจริญโย. (2561). **ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติการดูแลสุขภาพตนเอง การเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้สูงอายุชุมชนบ้านห้วยทรายเหนือ จังหวัดเพชรบุรี.** วารสารสมาคมส่งเสริมการวิจัย ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2560.
- ฐาปณี สิริรุ่งเรือง และประวีร์ ประพันธ์วงศ์. (2559). **ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ของพนักงานบริษัทเบทาโกร จำกัด (มหาชน).** สืบค้นเมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2561 http://mis.krirk.ac.th/librarytext/MBA/2559/F_Tapanee_Sirungruang.pdf
- ณัฐินี พงศ์ไพฑูรย์สิน. (2554). **พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจันทบุรี โดยใช้การแพทย์แผนไทย..** มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์.
- เทศบาลนครนนทบุรี. (2560). **รายงานกิจการเทศบาลนครนนทบุรี ประจำปี 2560.** ปท.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2560). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560 มุลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)** กรุงเทพฯ.
- ปราโมทย์ ปราสาทกุล. (2560). **สถานการณ์และแนวโน้มผู้สูงอายุในประเทศไทย (พ.ศ. 2556 – 2573).** <http://dop.go.th/know/1/67> สืบค้นเมื่อ 8 ตุลาคม 2561
- พจนานุกรมการสาธารณสุขไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2559. บริษัท บอรร์นูปี้พับลิชชิ่ง จำกัด. สมุทรสาคร.
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. นานมีบุ๊คส์พับลิเคชันส์ 2540. กรุงเทพฯ.

- พรรณธร เจริญกุล. (2555). **การดูแลผู้สูงอายุสภาาชาติไทย**. ศูนย์ฝึกอบรมปฐมพยาบาลและสุขภาพอนามัย สภาาชาติไทย. กรุงเทพฯ.
- พิมพ์สิทธิ์ บัวแก้ว และ รติพร ถึงฝั่ง. (2559). **การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย**. สืบค้นเมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2561 http://ar.or.th/ImageData/Magazine/10042/DL_10256.pdf. (ออนไลน์). วารสารสมาคมนักวิจัย ปีที่ 21 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2559
- พลศักดิ์ พุ่มวิเศษ. (2558). **พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี**. วารสารสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ปีที่ 38 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2558.
- มนตรี ประเสริฐรุ่งเรือง และดุขฎิ อายุวัฒน์ (2559). **การสร้างทางเลือกในการพึ่งพาตนเองอย่างมีคุณค่าของผู้สูงอายุรุ่นใหม่**. วารสารประชากรศาสตร์ ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 กันยายน 2559. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2560). **พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ ฉบับที่ 3**. <http://www.google.com> สืบค้นเมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2562.
- รติมา คชนันท์. (2561). **สังคมผู้สูงอายุกับการขับเคลื่อนเศรษฐกิจไทย**. สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. <http://www.parliament.go.th/kbrong> สืบค้นเมื่อ 3 ตุลาคม 2561
- รศรินทร์ เกรย์, อุมารณณ์ ภัทราวาณิชย์, เฉลิมพล แจ่มจันทร์ และ เรวดี สุวรรณพเก้า. (2556) **มนทัศน์ใหม่ของนิยามผู้สูงอายุ : มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคม และสุขภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 1 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วชิระ เฟื่องจันทร์. (2559). **ทฤษฎี 3อ. 2ส. 1พ.** กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2562 <https://www.voicetv.co.th/read/351342>.
- วชิระ เฟื่องจันทร์. (2561). **หลักปฏิบัติ 3อ 2ส 1พ.** กรมอนามัย. กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี.
- วรรณนิภา บุญระยอง. (2559). **ความต้องการของผู้สูงอายุ**. <http://infocua.org/coutert2014/04/9334> สืบค้นเมื่อ 30 กันยายน 2558.
- วรรณภา ศรีธัญรัตน์. (2553). **แนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุ**. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข บริษัท สหมิตรพรินติ้ง แอนพับลิชชิง จำกัด. กรุงเทพฯ.
- วิภาพร สิทธิศาสตร์ และสุชาดา สนวนุ่ม. (2550). **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เขตความรับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านเสาหิน ตำบลวัดพริก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก**. สืบค้นเมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2561. http://www.smnc.ac.th/ucontent3//_fulltext/20120508034929_4682/20120508034942_3957.pdf (ออนไลน์)

- ศิมาภรณ์ หู่เต็ม. (2556). **ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขของผู้สูงอายุในเขตตำบลบางขุน อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี**. มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์ : นนทบุรี.
- สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2556). **ความเห็นและข้อเสนอแนะเรื่องยุทธศาสตร์ประเทศไทยใน 2 ทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2556 – 2575)**. ภายใต้อำนวยการเศรษฐกิจพอเพียง. สำนักพิมพ์คณะรัฐมนตรี. กรุงเทพฯ.
- สมศักดิ์ ถิ่นขจี. (2556). **ความต้องการพัฒนาศักยภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี เพื่อเตรียมความพร้อมสู่ประชาคมอาเซียน**. มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์.
- สำนักงานสภาการศึกษา. (2561). **รายงานการวิจัยเปรียบเทียบเพื่อพัฒนานโยบาย เรื่องการส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้สูงอายุในประเทศไทย**. บริษัท พริกหวาน กราฟฟิก จำกัด. กรุงเทพฯ.
- สิงหา จันทริย์วงศ์. (2561). **การจัดการความรู้การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุยุคไทยแลนด์ 4.0 การประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2561 สมาคมนักประชากรไทย**. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ.
- สุขสันต์ อินทวิเชียร. (2555). **การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืนในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด**. สืบค้นเมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2561 <https://odpc7.ddc.moph.go.th/journal/article.php?vol=19&iss=2&y=2555> &art (ออนไลน์) ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เมษายน – กันยายน 2555. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น.
- สุณี สุพรรณมธุ. (2561). **Family Care Giving Program, The Prestige of KCMIT & MDCU**. ปีที่ 3 ฉบับที่ 28 ประจำเดือนกรกฎาคม 2561.
- สุรินทร์ สิริสูงเนิน ดำรง สิริสูงเนิน และชีวี เชื้อมาก. (2555). **การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. แบบพอเพียงด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น กรณีศึกษา : ตำบลหนองชัยศรี อำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์**. สืบค้นเมื่อวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2561 http://203.157.162.13/~nonghong/nonghong/pdf/Pattanayut/R2R_2555/2555_Surin.pdf (ออนไลน์)
- องค์การสหประชาชาติ. (2558). **โลกเข้าสู่ศตวรรษผู้สูงอายุ** <http://infocus.org/content/2015/04/9734>. สืบค้นเมื่อ 30 กันยายน 2561.
- อรรณพ แพนคง. (2552). **การพยาบาลผู้สูงอายุ**. สถาบันพระบรมราชชนก. กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี.



ภาคผนวก

แบบสอบถาม

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

คำชี้แจง ท่านเป็นตัวแทนผู้สูงอายุในการวิจัยเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อทราบพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี เพื่อนำไปพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ และเพื่อการวิจัยที่ต่อเนื่องเกี่ยวข้องต่อไป ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมจะไม่กระทบถึงท่านในด้านใด ๆ ทั้งสิ้นจึงขอความกรุณาจากท่านตอบด้วยความเป็นจริงให้ครบทุกข้อ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านมา ณ โอกาสนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

- 1) เพศ 1. ชาย 2. หญิง
- 2) อายุปี (อายุเต็มปี)
- 3) สถานภาพ 1. โสด 2. สมรส 3. หย่าร้าง 4. หม้าย
- 4) ระดับการศึกษา 1. ต่ำกว่าประถมศึกษา 4 2. ประถมศึกษาที่ 4 3. มัธยมศึกษาตอนต้น 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย 5. ปวช. 6. ปวส. 7. อนุปริญญา 8. ปริญญาตรี 9. ปริญญาโทหรือสูงกว่า (ระบุ) 10. อื่น ๆ ระบุ
- 5) ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ 1. ไม่มี 2. มี ระบุ
- 6) น้ำหนักตัวของท่าน กิโลกรัม
- 7) ส่วนสูงของท่าน เซนติเมตร
- 8) ท่านอยู่หมู่บ้านนี้ มาแล้วกี่ปี ระบุ ปี

ตอนที่ 2 ข้อมูลการปฏิบัติด้านสุขภาพของท่าน โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติจริงของท่านให้ครบทุกข้อ

การปฏิบัติ (ต่อสัปดาห์)	เป็นประจำ (6-7 วัน)	บ่อย (3-5 วัน)	บางครั้ง (1-2 วัน)	ไม่เคย ปฏิบัติ
1. รับประทานอาหารครบ 5 มื้อ				
2. ได้รับสารอาหารครบ 5 หมู่				
3. รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย				
4. รับประทานอาหารปรุงสุก ใหม่ สะอาด				
5. เพิ่มอาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น ปลาเล็ก ปลาน้อย ที่กินทั้งตัว				
6. เพิ่มอาหารที่มีโปรตีน เช่น ปลา				
7. รับประทานอาหารที่ย่อยง่าย เช่น ปลา				
8. รับประทานอาหารประเภทถั่วต่าง ๆ				
9. รับประทานผลไม้ที่มีเนื้อนุ่ม เคี้ยวง่าย				
10. รับประทานมะละกอสุก กัวยสุก				
11. หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด เช่น เค็มจัด หวานจัด เผ็ดจัด				
12. รับประทานผัก และผลไม้ตามฤดูกาล				
13. รับประทานอาหารมีไขมันสูง				
14. รับประทานอาหารประเภท ทอด เผา				
15. รับประทานอาหารที่ต้ม หรือนึ่ง				
16. รับประทานอาหารกระป๋องต่าง ๆ				
17. รับประทานอาหารรสจัด				
18. ปรุงรสอาหารเพิ่มเติมจากที่ซื้อมาเพื่อเพิ่มรสอาหารให้ดีขึ้น				
19. รับประทานอาหารนอกบ้าน เช่น ภัตตาคาร ร้านอาหาร				
20. ออกกำลังกายโดยการเดิน				

ตอนที่ 2 ข้อมูลการปฏิบัติด้านสุขภาพของท่าน โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติจริงของ
ท่านให้ครบทุกข้อ (ต่อ)

การปฏิบัติ (ต่อสัปดาห์)	เป็นประจำ (6-7 วัน)	บ่อย (3-5 วัน)	บางครั้ง (1-2 วัน)	ไม่เคย ปฏิบัติ
21. ออกกำลังกายโดยปั่นจักรยาน				
22. ออกกำลังกายโดยการว่ายน้ำ				
23. ออกกำลังกายแอโรบิค				
24. ออกกำลังกายรำไม้พลอง				
25. อบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกาย (warm up)				
26. ผ่อนคลายกล้ามเนื้อหลังออกกำลังกาย (cool down)				
27. ดื่มน้ำสะอาด วันละ 2-8 แก้ว หรือประมาณ 2 ลิตร				
28. ปี 2561 นี้ท่านเคยเป็นลมหลังออกกำลังกาย				
29. ท่านทำสมาธิเมื่อมีความกังวลใจในเรื่องต่าง ๆ				
30. ท่านออกกำลังกายเมื่อรู้สึกเครียด				
31. ท่านออกกำลังกายเมื่อรู้สึกว่าชีวิตมีประโยชน์				
32. ท่านสุขสบายหรือ				
33. ในครอบครัวของท่านมีบุคคลที่สุขสบายหรืออยู่ด้วย				
34. ท่านดื่มสุรา				
35. ใช้ช้อนกลางในการรับประทานอาหารร่วมกัน				
36. ล้างมือก่อนการรับประทานอาหาร				
37. ท่านนอนหลับสนิท				
38. ท่านหลับสนิทและรู้สึกสดชื่นเมื่อตื่นนอนตอนเช้า				
39. ท่านต้องกินยาเพราะรู้สึกอ่อนเพลียเมื่อตื่นนอนตอนเช้า				
40. ท่านแปรงฟันถูกวิธี				

ตอนที่ 2 ข้อมูลการปฏิบัติด้านสุขภาพของท่าน โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติจริงของ
ท่านให้ครบทุกข้อ (ต่อ)

การปฏิบัติ (ต่อสัปดาห์)	เป็นประจำ (6-7 วัน)	บ่อย (3-5 วัน)	บางครั้ง (1-2 วัน)	ไม่เคย ปฏิบัติ
41. ท่านใช้เวลาในการแปรงฟัน 3 – 5 นาที				
42. ท่านไปเป็นวิทยากรให้ความรู้แก่ผู้อื่น				
43. ท่านบำเพ็ญตนจิตอาสา ช่วยเหลือสังคม				
44. ท่านเข้าสังคมกับชมรมผู้สูงอายุ				
45. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชนในหมู่บ้าน				
46. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชนอื่น ๆ				
47. ท่านทำกิจกรรมนันทนาการ				
48. ท่านทำงานอดิเรก				
49. ท่านเล่นดนตรี ฟ้อนรำ				
50. ท่านฟังเพลง ชมโทรทัศน์ที่บ้าน				
51. ท่านใช้โทรศัพท์มือถือ ฟังเพลง ส่งข้อความ				

ตอนที่ 3 กิจกรรมอื่น ๆ ที่ท่านปฏิบัติ โปรดระบุ

.....

.....

.....

.....

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ ผู้ช่วยศาสตราจารย์สมศักดิ์ ถิ่นขจี

คุณวุฒิ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุข)

สถานที่ทำงาน คณะวิทยาศาสตร์สาธารณสุข มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์

สาขาเชี่ยวชาญ สาธารณสุขศาสตร์

ประสบการณ์วิจัย ทำวิจัยประมาณ 12 เรื่อง

