



รายงานการศึกษาส่วนบุคคล
(Individual Study)

เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมสุขภาพ
ที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี

จัดทำโดย นายกิตติ ลาภสมบัติศิริ
รหัส 13046

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม
หลักสูตรนักบริหารการทูต รุ่นที่ 13 ปี 2564
สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ
ลิขสิทธิ์ของกระทรวงการต่างประเทศ



รายงานการศึกษาส่วนบุคคล
(Individual Study)

เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมสุขภาพ
ที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี

จัดทำโดย นายกิตติ ลาภสมบัติศิริ
รหัส 13046

หลักสูตรนักบริหารการทูต รุ่นที่ 13 ปี 2564
สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ
รายงานนี้เป็นความคิดเห็นเฉพาะบุคคลของผู้ศึกษา



เอกสารรายงานการศึกษาส่วนบุคคลนี้ อนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม
หลักสูตรนักบริหารการทูตของกระทรวงการต่างประเทศ

ลงชื่อ.....

(รองศาสตราจารย์ ดร. ชูเกียรติ พันธ์พรประสิทธิ์)

อาจารย์ที่ปรึกษา

ลงชื่อ.....

(เอกอัครราชทูต อัม เมลานนท์)

อาจารย์ที่ปรึกษา

ลงชื่อ.....

(รองศาสตราจารย์ ดร. พลอย สืบวิเศษ)

อาจารย์ที่ปรึกษา

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับ พฤติกรรม สุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การศึกษาเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการสำรวจ เก็บรวบรวมข้อมูลแบบออนไลน์จากผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี การศึกษาเชิงคุณภาพใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุ จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 110 คน โดยการตอบแบบสอบถามและส่งคำตอบแบบสอบถามทางออนไลน์ และใช้แบบสัมภาษณ์ในการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้บริหารและข้าราชการระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 3 คน โดยสัมภาษณ์ผ่านทางออนไลน์ คำถามการศึกษา ได้แก่ (1) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี เป็นอย่างไร และ (2) พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์ของปัจจัยกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ สามารถสนับสนุนการบรรลุ SDGs ได้อย่างไร โดยมีวัตถุประสงค์การศึกษา ได้แก่ (1) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ของผู้สูงอายุกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี และ (2) เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่จะสนับสนุนการบรรลุ SDGs ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตอบแบบสอบถามจำนวน 110 ราย เป็นเพศหญิง 72 คน (ร้อยละ 65.5) เพศชาย 38 คน (ร้อยละ 34.5) ผู้ที่อายุ 60-69 ปี 101 คน (ร้อยละ 91.8) ผู้ที่อายุ 70-79 ปี 9 คน (ร้อยละ 8.2) อายุเฉลี่ย 65.23 ปี ปัจจัยด้านจิตใจ จิตวิญญาณของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.06 จาก 4 คะแนน) ปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในภาพรวมได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพบางครั้ง (ค่าเฉลี่ย 1.27 จาก 4 คะแนน) โดยส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อออนไลน์ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในภาพรวมค่อนข้างต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.71 จาก 4 คะแนน) โดยส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีแนวโน้มของประเภทพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ในด้านการแปรงฟันแท่งก่อนนอนทุกวัน สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานความสัมพันธ์ของปัจจัยกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุคือ การวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value} < 0.05$) ผลการทดสอบ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีค่าดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุที่เป็นเพศชายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุที่มีการตรวจสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น ปัจจัยด้านจิตใจ จิตวิญญาณไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

การศึกษาเชิงคุณภาพโดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ โดยสรุป พบว่า ผู้สูงอายุต้องดูแลตัวเองให้สุขภาพแข็งแรง หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนควรมีส่วนร่วม ควรจัดให้มีศูนย์สุขภาพสำหรับออกกำลังกาย และจัดกิจกรรมใกล้บ้าน ควรมีผู้เยี่ยมเยียนผู้สูงอายุตามบ้าน ดูแลด้านสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุทุกคน จัดให้มีลิฟท์ขึ้นสะพานลอย การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ได้แก่ อาหารที่เหมาะสมกับวัย ตามหลักโภชนาการ การพักผ่อน อารมณ์ดี ไม่เครียด และการมีรายได้หรือมีอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้ในผู้สูงอายุ อยากให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุทำงานร่วมกัน บูรณาการการทำงานโดยเน้นผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง

การศึกษาเชิงคุณภาพโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้บริหารและข้าราชการระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข รวม 3 คน โดยสัมภาษณ์ผ่านทางออนไลน์ โดยสรุปมีความเห็นว่า ความร่วมมือระหว่างประเทศสามารถช่วยการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ เช่น ความร่วมมือด้านวิชาการ ความร่วมมือในการพัฒนาศักยภาพบุคลากร การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และแนวทางในการพัฒนาด้านการดูแลผู้สูงอายุ โดยต้องมีการบูรณาการระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ให้ชัดเจน การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการทำกิจกรรมได้สะดวก ใกล้บ้าน การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ การช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยส่งเสริมการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุร่วมด้วย สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะช่วยในการบรรลุเป้าหมายตาม SDGs ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านสุขภาพผู้สูงอายุได้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย หน่วยงานหลักที่มีบทบาทความรับผิดชอบด้านผู้สูงอายุควรมีการบูรณาการ เช่น การพัฒนาระบบข้อมูลด้านผู้สูงอายุร่วมกัน การพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ การส่งเสริมให้การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชากรทุกกลุ่มวัย และการสื่อสารประชาสัมพันธ์ การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีงานทำ และมีการศึกษาเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง การส่งเสริมให้หน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาด้านเทคโนโลยีและดิจิทัลทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ร่วมมือกันส่งเสริมความรอบรู้ด้านเทคโนโลยีและดิจิทัลให้แก่ประชากร

ข้อเสนอแนะในการดำเนินการ หน่วยงานต่าง ๆ ประสานกันทุกระดับ การรณรงค์และประชาสัมพันธ์ต่าง ๆ ควรติดตามสถานการณ์การติดตามข้อมูลข่าวสารของประชาชน ในปัจจุบันมีการใช้ Social Media เพิ่มขึ้นมาก ควรมีการให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพซึ่งจะช่วยให้เข้าถึงประชาชนได้ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ได้แก่ แพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลด้านผู้สูงอายุ ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ นักบริหาร รวมทั้งสหวิชาชีพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยพัฒนาให้มีบุคลากรอย่างเพียงพอและทั่วถึง ซึ่งหากสามารถดำเนินการตามข้อเสนอแนะข้างต้นนี้ แล้วส่งผลให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึง

ประสงค์ในระดับที่เพิ่มมากขึ้น จะเป็นส่วนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีและมีความเป็นอยู่ที่ดี และ
จะช่วยในการบรรลุเป้าหมายตาม SDGs ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านสุขภาพผู้สูงอายุได้

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการศึกษาส่วนบุคคลนี้ ได้สำเร็จลุล่วงด้วยดีแล้ว ในโอกาสนี้ ผู้เขียนขอขอบพระคุณ อาจารย์ที่ปรึกษาทั้งสามท่าน รศ.ดร.ชูเกียรติ พันธ์พรประสิทธิ์ เอกอัครราชทูต อัม เมาลานนท์ และ รศ.ดร.พลอย สืบวิเศษ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ และแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาค้นคว้า จัดทำ และการแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ

ขอขอบพระคุณท่านผู้บริหารและข้าราชการระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้กรุณาให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึก ขอบพระคุณผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี ที่ได้กรุณาให้ข้อมูลในการตอบแบบสอบถาม

ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการสถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการรวมถึงบุคลากรของสถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการทุกท่านที่ได้ดำเนินการจัดการฝึกอบรม รมหลักสูตร นักบริหารการทูต รุ่นที่ 13 ปี 2564 ด้วยความพยายามและตั้งใจอย่างดียิ่ง ซึ่งส่งผลให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้รับความรู้ รับการถ่ายทอดประสบการณ์ต่าง ๆ จากวิทยากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญและประสบการณ์สูง รวมทั้งการได้รับมิตรภาพที่น่าประทับใจจากเพื่อนร่วมรุ่นทุกท่านในการเข้ารับการฝึกอบรมตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา

และขอขอบพระคุณท่านอธิบดีกรมอนามัย นายแพทย์สุรธรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย และ ท่านรองอธิบดีกรมอนามัย นายแพทย์อรรถพล แก้วสัมฤทธิ์ ที่ได้กรุณาสับสนุนและอนุญาตให้ผู้เขียนได้เข้ารับการฝึกอบรมและได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สมพงษ์ ชัยโอภาณนท์ นักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ (ด้านโภชนาการ) กรมอนามัย ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำในแนวทางการดำเนินการการศึกษาส่วนบุคคลนี้ และขอขอบคุณคุณอัญชลินทร์ ปานศิริ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กรมอนามัย ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำในประเด็นแบบสอบถาม

หากรายงานการศึกษาส่วนบุคคลฉบับนี้ จะสามารถก่อให้เกิดประโยชน์ใด ๆ ต่อไปได้ ผู้เขียนขอแสดงความดีใจแก่ผู้เกี่ยวข้องทุกท่านด้วย

กิตติ ลาภสมบัติศิริ

กันยายน 2564

สารบัญ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ง
กิตติกรรมประกาศ	๗
สารบัญ	๗
สารบัญตาราง	๘
สารบัญภาพ	๘
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ภูมิหลัง ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	7
1.3 ขอบเขตการศึกษา วิธีดำเนินการศึกษา และระเบียบวิธีการศึกษา	7
1.4 คำถามการศึกษา	9
1.5 สมมติฐานการศึกษา	9
1.6 ประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษา	10
1.7 นิยามศัพท์	10
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
2.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	11
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ	13
2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	16
2.4 กรอบแนวคิดการศึกษา	21
บทที่ 3 ผลการศึกษา	23
3.1 ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ	24
3.2 ความคิดเห็นอื่นๆ ของผู้สูงอายุ	37
3.3 บทสรุปและข้อเสนอแนะการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้บริหารและข้าราชการระดับสูงของ กระทรวงสาธารณสุข เรื่อง “การขับเคลื่อนการดำเนินงาน เพื่อการบรรลุ SDGs ใน ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	39
3.4 การอภิปรายผลการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ	42
บทที่ 4 บทสรุปและข้อเสนอแนะ	46
4.1 สรุปผลการศึกษา	46
4.2 ข้อเสนอแนะ	48

บรรณานุกรม	52
ภาคผนวก	55
ก คำชี้แจงแบบสอบถาม	56
ข แบบสอบถาม	57
ค. แบบสัมภาษณ์ผู้บริหารและข้าราชการระดับสูง กระทรวงสาธารณสุข	65
ประวัติผู้เขียน	67

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	24
ตารางที่ 2	แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับปัจจัยด้านจิตใจ จิตวิญญาณของผู้สูงอายุ	28
ตารางที่ 3	แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	29
ตารางที่ 4	แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ	31
ตารางที่ 5	แสดงผลการวิเคราะห์ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณ (Stepwise Linear Multiple Regression Analysis)	33
ตารางที่ 6	แสดงผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ซึ่งมีตัวแปรที่เป็นตัวแปรทำนายได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย เพศ และการตรวจสุขภาพ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (Stepwise Linear Multiple Regression Analysis)	34
ตารางที่ 7	แสดงผลการวิเคราะห์ ปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านจิตใจ และจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณ (Stepwise Linear Multiple Regression Analysis)	36
ตารางที่ 8	แสดงผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ซึ่งมีตัวแปรที่เป็นตัวแปรทำนาย ได้แก่ ปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (Stepwise Linear Multiple Regression Analysis)	36

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1	ขอบเขตของพฤติกรรมสุขภาพ	14
ภาพที่ 2	กรอบแนวคิดการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ	22

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลังความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยได้เริ่มเข้าสู่สังคมสูงอายุ โดยเริ่มมีประชากรสูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ของจำนวนประชากรทั้งประเทศในปี พ.ศ. 2548 และมีแนวโน้มของการเพิ่มขึ้นจำนวนของประชากรสูงอายุอย่างต่อเนื่องและมีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ข้อมูลจำนวนประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จากสถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2563 มีจำนวน 11,627,130 คน คิดเป็นร้อยละ 17.57 ของจำนวนประชากรทั้งหมด (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2564) การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุภาพดี ส่วนสำคัญอย่างหนึ่งคือการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุภาพที่พึงประสงค์ และควรดำเนินการร่วมกับการดูแลผู้สูงอายุในด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมด้วย โดยที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการบูรณาการร่วมกัน ภาคส่วนต่าง ๆ ได้ให้ความสำคัญกับประเด็นด้านสังคมสูงอายุทั้งในประเทศไทยและในระดับความร่วมมือระหว่างประเทศ เห็นได้จากนโยบาย ยุทธศาสตร์ แผน และแนวทางการขับเคลื่อนที่สามารถเชื่อมโยงสอดคล้องกับประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

1.1.1 ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2580)

ในยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ได้กำหนดประเด็นที่เกี่ยวข้องกับประชากรสูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม ตัวชี้วัดที่ 4 คุณภาพชีวิตของประชากรสูงอายุ เพื่อให้ประเทศไทยสามารถยกระดับการพัฒนาให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” และเป้าหมายการพัฒนาประเทศ จึงจำเป็นต้องกำหนดยุทธศาสตร์

การพัฒนาประเทศระยะยาว จำนวน 6 ยุทธศาสตร์ โดยมียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุ จำนวน 2 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างการพัฒนาศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ และยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม (สำนักงานเลขาธิการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2561)

1.1.2 The United Nations Decade of Healthy Ageing (2021-2030)

องค์การสหประชาชาติ (United Nations) ประกาศ “ทศวรรษของภาวะสูงอายุอย่างมีสุขภาพดี 2021-2030” (Decade of Healthy Ageing 2021-2030) โดยให้ความสำคัญกับความร่วมมือกันดำเนินการในระดับโลก เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างเต็มศักยภาพ มีศักดิ์ศรี และได้รับความเสมอภาค อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี และเข้าถึงการบริการดูแลสุขภาพบูรณาการและการดูแลระยะยาว (World Health Organization, 2020)

1.1.3 The Madrid International Plan of Action on Ageing

แผนปฏิบัติการระหว่างประเทศมาดริดว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ (The Madrid International Plan of Action on Ageing) องค์การสหประชาชาติ (United Nations) ได้จัดให้มีการจัดการประชุมสมัชชาระดับโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ ครั้งที่ 2 (the 2nd World Assembly on Ageing) ณ กรุงมาดริดประเทศ สเปน ในปี พ.ศ. 2545 ผลจากการประชุมคราวนั้นได้ก่อให้เกิดพันธกรณีระหว่างประเทศในเรื่องของผู้สูงอายุที่เรียกว่า แผนปฏิบัติการระหว่างประเทศมาดริดว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ (The Madrid International Plan of Action on Ageing) ที่ได้กำหนดเป้าหมายหลักของการพัฒนาผู้สูงอายุใน 3 ประเด็นต่อไปนี้ คือ (1) ผู้สูงอายุกับการพัฒนา (Older persons and development) (2) สูงวัยอย่างสุขภาพดีและมีสุขภาพ (Advancing health and well-being into old age) (3) การสร้างความมั่นใจว่าจะมีสภาพแวดล้อมที่เกื้อหนุนและเหมาะสม (Ensuring enabling and supportive environment) ซึ่งเป็นพันธกรณีที่ประเทศภาคีองค์การสหประชาชาติจะต้องร่วมยึดถือเป็นเป้าหมายการดำเนินงานผู้สูงอายุ และร่วมกำหนดทิศทางกลยุทธ์ของการพัฒนาเพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าว (United Nations, 2002) (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2561)

1.1.4 ประชาคมอาเซียน 2025

ประชาคมอาเซียน 2025 ประกอบด้วย 3 เสาหลัก ได้แก่ (1) ประชาคมการเมืองและความมั่นคงอาเซียน (2) ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (3) ประชาคมสังคมและวัฒนธรรมอาเซียน โดยมีวัตถุประสงค์หลัก คือ การสร้างประชาคมแห่งสังคมที่เอื้ออาทร การแก้ไขผลกระทบต่อนสังคมอันเนื่องมาจากการรวมตัวทางเศรษฐกิจ การส่งเสริมความยั่งยืนของสิ่งแวดล้อม และการจัดการดูแลสิ่งแวดล้อมอย่างถูกต้อง และส่งเสริมความเข้าใจระหว่างประชาชนในระดับรากหญ้า การเรียนรู้ประวัติศาสตร์และวัฒนธรรม รวมทั้งรับรู้ข่าวสารเพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงเอกลักษณ์อาเซียน (ASEAN Identity) ซึ่งแผนงานการจัดตั้งประชาคมสังคมและวัฒนธรรมอาเซียน มีความร่วมมือ 6 ด้าน ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานด้านผู้สูงอายุ 3 ด้านดังนี้ (1) การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (Human Development) ให้ความสำคัญกับการศึกษาการลงทุนในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ส่งเสริมการจ้างงานที่เหมาะสม ส่งเสริมเทคโนโลยีสารสนเทศการอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงวิทยาศาสตร์

และเทคโนโลยีเชิงประยุกต์ เสริมสร้างทักษะในการประกอบการสำหรับสตรี เยาวชน ผู้สูงอายุ และ ผู้พิการ พัฒนาสมรรถภาพของระบบราชการ (2) การคุ้มครองและสวัสดิการสังคม (Social Welfare and Protection) ได้แก่ การจัดความยากจน เครือข่ายความปลอดภัยทางสังคมและความคุ้มกัน จากผลกระทบด้านลบจากการรวมตัวอาเซียนและโลกาภิวัตน์ ส่งเสริมความมั่นคงและความปลอดภัย ด้านอาหาร การเข้าถึงการดูแลสุขภาพและส่งเสริมการดำรงชีวิตที่มีสุขภาพ การเพิ่มศักยภาพในการ ควบคุมโรคติดต่อ รับประทานอาเซียนที่ปลอดภัยเสพติด การสร้างรัฐที่พร้อมรับกับภัยพิบัติและ ประชาคมที่ปลอดภัยยิ่งขึ้น (3) สิทธิและความยุติธรรมทางสังคม (Social Justice and Rights) ได้แก่ การส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิและสวัสดิการสำหรับสตรี เยาวชน ผู้สูงอายุ และผู้พิการ การคุ้มครอง และส่งเสริมแรงงานโยกย้ายถิ่นฐาน ส่งเสริมความรับผิดชอบต่อสังคมขององค์กรธุรกิจ (กรมอาเซียน กระทรวงการต่างประเทศ, 2559) (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์, 2561)

1.1.5 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs)

เป้าหมายที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ต้องนำมา พิจารณาในการแปลงเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืนสู่การปฏิบัติคือ ความมั่นคงทางรายได้ บริการ สุขภาพ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือภัยพิบัติ และควรเน้นการมี ส่วนร่วมของผู้สูงอายุ รวมทั้งทัศนคติเชิงบวกเกี่ยวกับภาวะสูงวัย ซึ่งจะมีผลต่อการวิเคราะห์ตัดสินใจ ในเรื่องต่าง ๆ เกี่ยวกับประเด็นผู้สูงอายุ ซึ่งจะสะท้อนแนวคิดที่จะไม่ทอดทิ้งใครไว้ข้างหลังของ SDGs ได้อย่างชัดเจน (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2561)

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 เป็นแผนยุทธศาสตร์หลักในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในช่วง พ.ศ. 2545-2564 (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2553) ซึ่งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ได้เห็นชอบแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฯ ที่ได้รับการปรับปรุงครั้งที่ 1 และมอบหมายให้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์นำเสนอคณะรัฐมนตรีและ ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ปรากฏในแผนฯ ดำเนินการตามมาตรการที่กำหนด ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้มีมติ อนุมัติเมื่อวันที่ 27 เมษายน 2553 โดยแผนดังกล่าวได้ให้ความสำคัญต่อ “วงจรชีวิต” และ ความสำคัญของทุกคนในสังคมที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ สรุปสาระสำคัญดังนี้-วิสัยทัศน์: “ผู้สูงวัย เป็นหลักชัยของสังคม”-ปรัชญา: ผู้สูงอายุไม่ใช่บุคคลด้อยโอกาสหรือเป็นภาระต่อสังคม แต่สามารถมี ส่วนร่วม เป็นพลังพัฒนาสังคม จึงควรได้รับการส่งเสริมและเกื้อกูลจากครอบครัว ชุมชน และรัฐ ให้ ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีให้นานที่สุด- ประเด็นสำคัญ (1) ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี คือ (1.1) มีสุขภาพที่ดีทั้งกายและจิต (1.2) ครอบครัว มีสุข สังคมเอื้ออาทร อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ปลอดภัย (1.3) มีหลักประกัน ที่มั่นคง ได้รับ

สวัสดิการและการบริการที่เหมาะสม (1.4) อยู่อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ เป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจและมีส่วนร่วมในครอบครัว ชุมชน และสังคม และ (1.5) มีโอกาสเข้าถึงข้อมูล และข่าวสารอย่างต่อเนื่อง (2) ครอบครัวและชุมชนเป็นสถาบันหลักที่มีความเข้มแข็ง สามารถให้การเกื้อหนุนแก่ผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ (3) ระบบสวัสดิการและการบริการจะต้องสามารถรองรับผู้สูงอายุให้สามารถดำรงอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีคุณภาพและมีมาตรฐาน (4) ทุกภาคส่วนจะต้องมีส่วนร่วมในระบบสวัสดิการและการบริการให้แก่ผู้สูงอายุโดยมีการกำกับดูแลเพื่อการคุ้มครองผู้สูงอายุในฐานะผู้บริโภค (5) ต้องมีการดำเนินการที่เหมาะสมเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่ทุกข์ยากและต้องการการเกื้อหนุนให้ดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างดีและต่อเนื่อง-ยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย 5 ประเด็นยุทธศาสตร์ ดังนี้ (1) ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากร เพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย 3 มาตรการ ได้แก่ (1.1) มาตรการหลักประกันด้านรายได้ เพื่อวัยสูงอายุ (1.2) มาตรการการให้การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต และ (1.3) มาตรการการปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ (2) ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 มาตรการ ได้แก่ (2.1) มาตรการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วยและดูแลตนเองเบื้องต้น (2.2) มาตรการส่งเสริมการรวมกลุ่มและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ (2.3) มาตรการส่งเสริมด้านการงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ (2.4) มาตรการสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (2.5) มาตรการส่งเสริมสนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุ และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อ และ (2.6) มาตรการส่งเสริม และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม (3) ยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 มาตรการ ได้แก่ (3.1) มาตรการคุ้มครองด้านรายได้ (3.2) มาตรการหลักประกันด้านสุขภาพ (3.3) มาตรการด้านครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง และ (3.4) มาตรการระบบบริการ และเครือข่ายการเกื้อหนุน (4) ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 มาตรการ ได้แก่ (4.1) มาตรการการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติ และ (4.2) มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ (5) ยุทธศาสตร์ที่ 5 ยุทธศาสตร์ด้านการประมวล พัฒนา และเผยแพร่ องค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุและการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ประกอบด้วย 3 มาตรการ ได้แก่ (5.1) มาตรการสนับสนุนและส่งเสริมการวิจัย และพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุสำหรับการกำหนดนโยบาย และการพัฒนาการบริการหรือการดำเนินการที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ (5.2) มาตรการดำเนินการให้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติที่มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง และ (5.3) มาตรการพัฒนาระบบข้อมูลทางด้านผู้สูงอายุให้ถูกต้องและทันสมัย โดยมีระบบฐานข้อมูลที่

สำคัญด้านผู้สูงอายุที่ง่ายต่อการเข้าถึงและสืบค้น (ยุทธศาสตร์กรมกิจการผู้สูงอายุ 20 ปี พ.ศ. 2561 - 2580)

รัฐบาลกำหนดนโยบาย แผนงาน มาตรการต่าง ๆ เพื่อเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงอายุ ตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 จากปัญหาการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นด้วย ทำให้รัฐบาลเล็งเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จากสถิติในปี พ.ศ. 2557 พบว่ามีกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม ร้อยละ 79.5 กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ร้อยละ 19.0 และผู้สูงอายุติดเตียง ร้อยละ 1.5 แต่ในปี พ.ศ. 2560 พบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 10 หรือประมาณ 1 ล้านคน แบ่งเป็นติดบ้าน 8.5 แสนคน และติดเตียง 1.5 แสนคน มีการอาศัยอยู่คนเดียว ร้อยละ 8.7 อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 18.8 แต่พบว่าแหล่งรายได้หลักของผู้สูงอายุจากบุตรลดลง มีรายได้จากการทำงานเพิ่มขึ้น เมื่อจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ความเจ็บป่วยและโรคเรื้อรังก็เพิ่มขึ้นตามมาด้วย ดังนั้นจึงส่งผลกระทบต่อภาระการดูแลขั้นพื้นฐานและความต้องการด้านสาธารณสุขก็มีความต้องการเพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพราะการเสื่อมสภาพตามวัยของผู้สูงอายุส่งผลให้ประสบกับปัญหาต่าง ๆ มากมายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม รวมทั้งปัญหาด้านครอบครัว และเศรษฐกิจ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ได้ง่ายกว่าวัยอื่น และการเจ็บป่วยนั้นก็จะส่งผลโดยตรงต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และบทบาทหน้าที่สำคัญทางสังคมของผู้สูงอายุ

การเฝ้าระวังทางพฤติกรรมสุขภาพ เป็นกระบวนการทางสาธารณสุขอย่างหนึ่งที่จะสืบค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เป้าหมาย ที่จะชี้ให้เห็นถึงปัญหาสาธารณสุขที่จะเปลี่ยนแปลงไป ทั้งในแง่ของการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นและการเปลี่ยนแปลงที่แย่ลง โดยการรวบรวม วิเคราะห์ และแปลผลข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่กำลังอยู่ในระหว่างการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นระบบ ซึ่งจำเป็นสำหรับการจัดทำแผนพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และจากรายงานโครงการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 -2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2550-2554) ดัชนีที่ 8 สัดส่วนประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบหลัก มีเป้าหมายการดำเนินงาน ร้อยละ 30 ซึ่งพบว่าผลการดำเนินงานในปี พ.ศ. 2554 ได้เพียงร้อยละ 18.7 (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ, 2556) และในปี พ.ศ. 2556 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพร่วมมือสำรวจสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุรวมทั้งติดตามผลการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2556) โดยสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยจำนวน 13,642 คน จาก 28 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ พะเยา ลำพูน สุโขทัย เพชรบูรณ์ อุทัยธานี

กำแพงเพชร อ่างทอง ปทุมธานี สระบุรี สิงห์บุรี สมุทรสงคราม กาญจนบุรี ชลบุรี สระแก้ว มหาสารคาม ร้อยเอ็ด หนองบัวลำภู เลย นครราชสีมา ชัยภูมิ สุรินทร์ อุบลราชธานี ยโสธร ชุมพร กระบี่ นราธิวาส และสงขลาเป็นตัวแทนครอบคลุมทั้ง 12 เครือข่ายบริการสุขภาพ/ศูนย์อนามัยเขต ผลการสำรวจผู้สูงอายุไทยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ร้อยละ 26 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ร้อยละ 30 เมื่อพิจารณาจำแนกตามเพศ พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์มากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย โดยเพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ร้อยละ 30 ผ่านเป้าหมายที่กำหนดไว้ ส่วนเพศชายมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ร้อยละ 22 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ และในปี 2561 จากการสำรวจโดยกรมอนามัยมีเป้าหมายการดำเนินงาน ร้อยละ 50 พบว่าผลการดำเนินงานได้ร้อยละ 54.4 และในปี 2562 จากการสำรวจโดยกรมอนามัยมีเป้าหมายการดำเนินงานร้อยละ 50 พบว่าผลการดำเนินงานได้ร้อยละ 52 ซึ่งในปีงบประมาณ 2563 ได้มีการพัฒนารูปแบบการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุให้มีความสะดวกยิ่งขึ้นโดยผ่านแอปพลิเคชัน Health For You (H4U) หรือสมุดสุขภาพประชาชน และประสานความร่วมมือกับศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ในการดำเนินงาน ซึ่งเป็นการนำเทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทในการดำเนินงานด้านพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น เมื่อผู้สูงอายุประเมินพฤติกรรมสุขภาพผ่านแอปพลิเคชัน H4U จะทราบผลการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของตนเอง และมีคำแนะนำรายบุคคลที่ควรส่งเสริมหรือเพิ่มเติม และมีการให้ความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ

กรมอนามัยได้ดำเนินการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุจะเป็นการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและสถานะสุขภาพของตนเอง ดังนั้นจึงได้มีการพัฒนารูปแบบการประเมินและการรายงานพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุขึ้น สามารถใช้เป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุได้ จังหวัดนนทบุรีเป็นพื้นที่ปริมณฑลที่ถูกออกแบบให้เป็นเมืองรองรับการขยายตัวและการเจริญเติบโตของกรุงเทพมหานคร ในปัจจุบันจังหวัดนนทบุรีมีอัตราการขยายตัวของชุมชนอย่างต่อเนื่อง ทำให้ภาวะสังคมของจังหวัดนนทบุรีอยู่ในลักษณะ “สังคมเมือง” เนื่องจากมีการขยายตัวของอาคารบ้านเรือนมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งหมู่บ้านจัดสรรและคอนโดมิเนียม จังหวัดนนทบุรีกำหนดประเด็นในการพัฒนาเพื่อไปสู่เมืองที่อยู่อาศัยของคนทุกระดับ 3 แนวทาง ได้แก่ การพัฒนาให้เป็นเมืองน่าอยู่ การพัฒนาให้เป็นเมืองเศรษฐกิจสร้างสรรค์ และการพัฒนาให้เป็นเมืองที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม สำหรับประเด็นการพัฒนาให้เป็นเมืองน่าอยู่นั้น จังหวัดมีการพัฒนาในหลาย ๆ ประเด็น รวมถึงการช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาส คนสูงอายุ และคนพิการ การเพิ่มคุณภาพการศึกษาและการให้

บริการด้านสาธารณสุขด้วย (สำนักงานจังหวัดนนทบุรี กลุ่มงานยุทธศาสตร์และข้อมูลเพื่อการพัฒนาจังหวัด, 2561)

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี เป็นการทำงานร่วมกันจากหลายหน่วยงานทั้งในส่วนของหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานของกระทรวงอื่น ๆ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยเน้นการขับเคลื่อนงานผ่านโรงเรียนผู้สูงอายุ/ชมรมผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เทศบาลนครนนทบุรีได้ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุอย่างมาก และได้ก่อตั้ง “ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เทศบาลนครนนทบุรี” ซึ่งแสดงถึงความเข้าใจต่อความต้องการของประชาชนเป็นอย่างดี โดยวัตถุประสงค์ของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพื่อเป็นสถานที่ทำกิจกรรมร่วมกันของผู้สูงอายุในรูปแบบที่หลากหลาย ใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ และเป็นศูนย์กลางการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งกิจกรรมภายในศูนย์ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมีความหลากหลาย ผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามความต้องการ โดยเทศบาลนครนนทบุรีได้เชิญผู้มีความรู้ ความสามารถ ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านต่าง ๆ มาเป็นวิทยากรจิตอาสาถ่ายทอดความรู้ให้กับสมาชิกของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นประจำ ทำให้ผู้สูงอายุที่เข้ามาใช้บริการเกิดความผ่อนคลาย มีความสุข มีความเบิกบาน ที่ได้ร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น นำไปสู่สภาวะร่างกายที่แข็งแรง คุณภาพชีวิตที่ดี สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข และสามารถทำประโยชน์ให้กับชุมชนและสังคมต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1.2.1 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ของผู้สูงอายุกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี

1.2.2 เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่จะสนับสนุนการบรรลุ SDGs ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

1.3 ขอบเขตการศึกษา วิธีดำเนินการศึกษา และระเบียบวิธีการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การศึกษาเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการสำรวจ เก็บรวบรวมข้อมูลแบบออนไลน์จากผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี การศึกษาเชิงคุณภาพใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้บริหารและข้าราชการระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข โดยสัมภาษณ์ผ่านทางออนไลน์

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้เป็นแบบสอบถามสำหรับผู้สูงอายุ และแบบสัมภาษณ์ผู้บริหารและข้าราชการระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข

แบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ด้านจิตใจ จิตวิญญาณ

ส่วนที่ 3 ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพ

ส่วนที่ 5 ความคิดเห็นอื่นๆ

การสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้แบบสัมภาษณ์ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้บริหารและข้าราชการระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง “การขับเคลื่อนการดำเนินงาน เพื่อการบรรลุ SDGs ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ”

การสร้างเครื่องมือ เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

- 1) ศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดโครงสร้างของแบบสอบถาม และกำหนดประเด็นในแบบสัมภาษณ์
- 2) นำแนวคิดที่ได้จากการศึกษามาสร้างแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ให้ครอบคลุมเนื้อหา
- 3) นำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ ไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดในขอบเขตการศึกษา โดยเก็บรวบรวมข้อมูลแบบออนไลน์จากผู้สูงอายุที่อยู่ในจังหวัดนนทบุรี และนำแบบสัมภาษณ์ไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้บริหารและข้าราชการระดับสูงของ กระทรวงสาธารณสุข โดยการสัมภาษณ์ผ่านทางออนไลน์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

- 1) ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุ (ผู้ที่มีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป) จังหวัดนนทบุรี
- 2) กลุ่มตัวอย่างและวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้ศึกษาเลือกเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในจังหวัดนนทบุรี จำนวน 110 คน
- 3) ผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วย ผู้บริหารและข้าราชการระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข รวมจำนวน 3 คน

วิธีดำเนินการศึกษา

- 1) ผู้ทำการศึกษาดำเนินการเตรียมการสำรวจให้สามารถดำเนินการตามขั้นตอนการเก็บข้อมูลแบบออนไลน์

2) ประสานความร่วมมือกับพื้นที่ในการเก็บข้อมูลแบบออนไลน์ และติดต่อผู้ประสานงาน เพื่อติดต่อสื่อสารไปยังกลุ่มเป้าหมาย

3) ผู้ตอบแบบสอบถามดำเนินการตอบแบบสอบถามและส่งคำตอบทางออนไลน์

4) ผู้ทำการศึกษาใช้แบบสัมภาษณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้บริหารและข้าราชการ ระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข โดยการสัมภาษณ์ผ่านทางออนไลน์

การประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล

การประมวลผลข้อมูล

นำแบบสำรวจลงรหัสข้อมูล บันทึกข้อมูลในเครื่องคอมพิวเตอร์ ตรวจสอบข้อมูลในทุก ขั้นตอนโดยผู้ทำการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) เพื่อใช้อธิบาย ลักษณะทั่วไป ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านจิตใจ จิตวิญญาณ ข้อมูลด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพ

สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical statistics) ได้แก่ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ของผู้สูงอายุกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานความสัมพันธ์ของ ปัจจัยกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุคือ การวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value} < 0.05$)

1.4 คำถามการศึกษา

1.4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี เป็นอย่างไร

1.4.2 พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์ของปัจจัยกับ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ สามารถสนับสนุนการบรรลุ SDGs ได้อย่างไร

1.5 สมมติฐานการศึกษา

ปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไป ปัจจัยด้านจิตใจ จิตวิญญาณ และปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรีในทางบวก

1.6 ประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษา

1.6.1 ผู้สูงอายุเข้าถึงโอกาสในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับยุคปัจจุบันที่ใช้เทคโนโลยีเข้ามามีส่วนร่วมและเข้าถึงง่าย

1.6.2 สามารถนำความสัมพันธ์ที่ได้จากการศึกษามาขับเคลื่อนเชิงนโยบาย

1.7 นิยามศัพท์

ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพด้านต่างๆ คือ สุขภาพกาย จิตใจ/อารมณ์ และสังคม ที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างสมดุล การเปลี่ยนแปลงทางด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายใน (Covert Behavior) และภายนอก (Overt Behavior)

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หมายถึง พฤติกรรมด้านสุขภาพที่เป็นการกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลที่ปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ เอง ได้แก่

- 1) การออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายจนรู้สึกเหนื่อย และมีเหงื่อออก (ตัวอย่าง เช่น การเดิน, ปั่นจักรยาน, ทำงานบ้าน, ทำสวน, ทำไร่, ทำนา และออกกำลังกาย ฯลฯ)
- 2) การดื่มน้ำสะอาด อย่างน้อยวันละ 8 แก้ว
- 3) การกินผักและผลไม้สด วันละ 5 ส่วน (ผัก 1 ส่วน หมายถึง ผักสุก 1 ทัพพี ผักสด 2 ทัพพี, ผลไม้ 1 ส่วน หมายถึง ผลไม้ 6-8 ชิ้นคำ)
- 4) การไม่ดื่ม ชา กาแฟ หรือ เครื่องดื่มชูกำลัง
- 5) การไม่ดื่ม น้ำอัดลม เครื่องดื่มที่มีรสหวานจัด
- 6) การไม่สูบบุหรี่ ยาเส้น หรือสูดควันบุหรี่
- 7) การไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาดองเหล้า เป็นต้น
- 8) การแปรงฟันแท่งก่อนนอนทุกวัน
- 9) การไม่นั่งนิ่ง ๆ อยู่กับที่หรือนอนติดต่อกันมากกว่า 2 ชั่วโมงขึ้นไปโดยไม่รวมการนอนหลับ
- 10) การนอนหลับ 7-8 ชั่วโมงต่อคืน

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี เพื่อศึกษาปัจจัยและความสัมพันธ์ของพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี โดยผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- 2.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
- 2.2 พฤติกรรมสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
- 2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.4 กรอบแนวคิดการวิจัย

2.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

นิยามคำว่า “ผู้สูงอายุ” หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป เป็นตัวเลขของอายุว่ามีอายุมาก โดยนิยมนับตามอายุตั้งแต่แรกเกิด (Chronological age) หรือทั่วไป เรียกว่า “คนแก่” หรือ “คนชรา” สำหรับประเทศไทยใช้มาเป็นเวลานาน และเป็นอายุที่เริ่มต้นได้รับสวัสดิการ และผลประโยชน์ต่าง ๆ จากทางราชการ แต่เดิมการใช้คำเพื่อเรียกบุคคลที่มีอายุมาก จะใช้คำว่า “วัยชรา” ซึ่งมีความหมายตามพจนานุกรมว่า แก่ด้วยอายุ ชำรุดทรุดโทรม นอกจากนั้นยังมีการเรียกผู้สูงอายุว่า “ราษฎรอาวุโส” (Senior citizen) แต่คำนี้ไม่เป็นที่นิยมนัก โดยเฉพาะในกลุ่มสูงอายุและนักวิชาการ เพราะคำนี้ก่อให้เกิดความหดหู่และถดถอยสิ้นหวัง ดังนั้นในที่ประชุมคณะแพทย์ผู้อาวุโสและผู้สูงอายุจากวงการต่าง ๆ โดยมี พลตำรวจตรี หลวงอรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร เป็นประธาน จึงได้กำหนดคำว่า “ผู้สูงอายุ” ขึ้นใช้แทนคำว่า “คนแก่” “คนชรา” เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ.2505 ซึ่งคำนี้ให้ความหมายที่ยกย่องให้เกียรติแก่ผู้ชราภาพว่าเป็นผู้ที่สูงทั้งวัยวุฒิและประสบการณ์ โดยพิจารณาจากกระบวนการทางชีววิทยาที่เป็นช่วงสุดท้ายของวัฏจักรชีวิตของเรา โดยเฉพาะในระยะ 1 ใน 3 หรือ 1 ใน 4 ของช่วงอายุของเรา จะมีความสูญเสียทางจิตใจ เศรษฐกิจและสังคมมากที่สุด ในภาษาอังกฤษมีความคล้ายคลึงกับภาษาไทย คือ ให้ใช้คำว่า “Older adults” หรือ “Older people” ที่สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกและองค์การสหประชาชาติ ซึ่งมีความหมายในทางบวกแทนคำอื่น ๆ เช่น Elderly หรือ Senior ซึ่งมีความหมายในทางลบ (บรรลุ ศิริพานิช, 2559)

โดยการนิยามความหมายของผู้สูงอายุในทั่วโลก อาจมีการนิยามผู้สูงอายุต่างกันตามสังคม (Social) วัฒนธรรม (Culture) และสภาพร่างกาย (Functional markers) เช่น ในประเทศที่เจริญแล้วมักจัดผู้สูงอายุนับจากอายุ 65 ปีขึ้นไป หรือบางประเทศอาจนิยามผู้สูงอายุตามอายุกำหนดให้เกษียณงาน (อายุ 50 หรือ 60 หรือ 65 ปี) หรือนิยามตามสภาพของร่างกายโดยผู้หญิงสูงอายุอยู่ในช่วง 45-55 ปี ส่วนชายสูงอายุ อยู่ในช่วง 55-75 ปี สำหรับประเทศไทย “ผู้สูงอายุ” ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2546)

นอกจากนี้ ยังมีการแบ่งกลุ่มวัยของผู้สูงอายุที่ใช้เกณฑ์ผู้ที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 60 ปีขึ้นไป โดยสามารถแบ่งกลุ่มวัยของผู้สูงอายุออกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ วัยสูงอายุตอนต้น (Young-old) คือ อายุ 60-69 ปี วัยสูงอายุตอนกลาง (Medium-old) อายุ 70-79 ปี และวัยสูงอายุมาก (Old-old) อายุ 80 ปีหรือมากกว่า สำหรับผู้สูงอายุที่ใช้เกณฑ์อายุเท่ากับหรือมากกว่า 65 ปีขึ้นไป การจัดกลุ่มจะเป็นผู้สูงอายุวัยต้น (Early old age, Younger-age) อายุ 65-74 ปี ผู้สูงอายุวัยกลาง (Middle old age, Old age, Old-old หรือ Old-elderly) อายุ 75-84 ปี และผู้สูงอายุวัยปลาย (Late old age, The very old) อายุ 85 ปีขึ้นไป

จากความไม่ชัดเจนในหลักนิยามของความสูงอายุ ในหลายครั้ง คำว่า “ผู้สูงอายุ” จึงมักถูกนำไปอ้างอิงเป็นกลุ่มคนในช่วงวัยที่ไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพอีกต่อไป ควรหยุดหรือเกษียณจากการทำงาน ซึ่งท้ายที่สุดทำให้ความเข้าใจของคนในสังคมเกี่ยวกับอายุเริ่มต้นของการเป็นผู้สูงอายุถูกนำไปผูกติดกับกำหนดเกษียณอายุจากการทำงานว่าเป็นที่เกณฑ์อายุเดียวกัน (Roebuck, 1979) (Uotinen, Rantanen & Suutama, 2005) (Anthony, 2010) ซึ่งอาจไม่จำเป็นต้องเป็นเช่นนั้นเสมอไป โดยเฉพาะในปัจจุบันที่คนมีอายุยืนยาวขึ้น มีสุขภาพและประสิทธิภาพในการทำงานที่ดี แต่อายุที่หยุดทำงานหรืออายุเกษียณในทางปฏิบัติกลับมีแนวโน้มอยู่ในช่วงอายุที่เร็วขึ้น (เฉลิมพล แจ่มจันทร์, 2556) (Orimo and others., 2006)

ในมุมมองเชิงนโยบาย ผู้สูงอายุมักถูกจัดเป็นกลุ่มประชากรที่ต้องการการคุ้มครอง การสนับสนุนและการช่วยเหลือจากภาครัฐที่มากกว่าประชากรกลุ่มอื่น ทั้งในเชิงสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม ทำให้การให้ความหมายกับความสูงอายุ หรือการเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งกำหนดไว้ในเอกสารนโยบายหรือกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง มักสะท้อนภาพของกลุ่มประชากรที่มีลักษณะของความเปราะบาง มีความเสี่ยงต่อความยากลำบาก การไม่มีงานทำ และไม่มีรายได้ และทำให้ความเข้าใจของสังคมเกี่ยวกับอายุเริ่มต้นของการเข้าสู่ความสูงอายุ ถูกนำไปผูกติดกับอายุที่สามารถเริ่มรับสิทธิสวัสดิการต่าง ๆ ที่รัฐเป็นผู้จัดหาให้ (Mujahid, 2006) (Anthony, 2010)

ส่วนคำว่า "สังคมสูงอายุ" องค์การสหประชาชาติ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing society) ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete-Aged society) และ

ระดับสุดยอด (Super-Aged society) โดยให้นิยามของระดับต่าง ๆ ซึ่งทั้งประเทศไทยและรวมทั้งประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกใช้ความหมายเดียวกันในนิยามของทุกระดับของสังคมสูงอายุ

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมสุขภาพ คือ การกระทำหรือปฏิบัติของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้ของบุคคลเป็นสำคัญ แสดงออกให้เห็นในลักษณะการกระทำที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ และการไม่กระทำผลเสียต่อสุขภาพ (กองสุศึกษาและภาควิชาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, 2542)

พฤติกรรมสุขภาพ เป็นการปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำ หรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง ในรูปของความรู้ ความเข้าใจ ซึ่งเรียกว่าพุทธิพิสัย (Cognitive Domain) ความรู้สึกนึกคิด เจตคติ ท่าที ความคิดเห็น ที่บุคคลมีต่อบุคคล สิ่งของ หรือเหตุการณ์ ซึ่งเรียกว่า เจตพิสัย (Affective Domain) และในรูปของการกระทำ หรือการปฏิบัติของบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งเรียกว่า ทักษะพิสัย (Psychomotor Domain) (กองสุศึกษาและภาควิชาสุศึกษาและภาควิชาพฤติกรรมศาสตร์, 2556) จำแนกได้เป็น 4 ประเภท

1) พฤติกรรมการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล การเจ็บป่วยของคนเราจะเกิดขึ้นบนพื้นฐานของความเชื่อในสาเหตุ อาการ อันตรายที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง จะเป็นตัวกำหนดการรักษาพยาบาล ตัวอย่าง เช่น เมื่อเจ็บคอเชื่อว่ามีสาเหตุมาจากเชื้อแบคทีเรีย พฤติกรรมการแสดงออกเมื่อตัวเองป่วย (รับรู้) สิ่ง que แสดงออกถึงอาการเจ็บป่วย คือ การรักษาพยาบาล

2) พฤติกรรมการรักษาโรค คือการแสดงออกโดยการกระทำหรือไม่กระทำ ถ้าพฤติกรรมตัวนี้ไม่ดีก็เกิดการเจ็บป่วย เช่น การไม่สวมหมวกนิรภัย เมื่อเกิดอุบัติเหตุจะทำให้เกิดการเจ็บป่วย ดังนั้น การจะแสดงพฤติกรรมป้องกันโรคได้ก็ต้องมองเห็นแล้วว่าสิ่งที่ทำอยู่นั้นจะทำให้เกิดการเจ็บป่วยง่าย

3) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ คือสิ่งที่กระทำเพื่อให้มีสุขภาพที่พึงประสงค์ เช่น การออกกำลังกาย เป็นสิ่งที่ปฏิบัติแล้วทำให้ร่างกายดี ระบบต่าง ๆ ดี จิตดี ทุกองค์ประกอบของร่างกายต้องป้องกันด้วยการส่งเสริมสุขภาพ

4) พฤติกรรมมีส่วนร่วมคือการกระทำเพื่อส่งผลดีต่อส่วนรวม เช่น คนในชุมชนมีพฤติกรรมมีส่วนร่วมในทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย เพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก

2.2.1 ขอบเขตของพฤติกรรมสุขภาพ

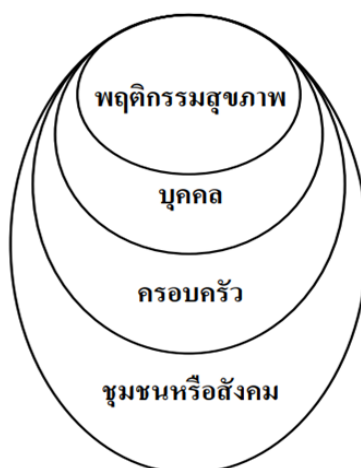
โดยทั่วไปแล้วพฤติกรรมสุขภาพสามารถจำแนกตามลักษณะและขอบเขตของพฤติกรรมได้เป็น 3 ระดับ ดังที่แสดงในแผนภาพที่ 1 คือ (ชนวรรณ อิมสมบุญ, 2546)

1) พฤติกรรมสุขภาพระดับปัจเจกบุคคล (Individual) แสดงออกได้ถึงความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการกระทำของตนเองในลักษณะใดลักษณะหนึ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง

ไม่ว่าจะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพ การกระทำของบุคคลตามแบบแผนของพฤติกรรมสุขภาพ

2) พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว เป็นพฤติกรรมสุขภาพเช่นเดียวกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ซึ่งแต่ละบุคคลในครอบครัวจะมีการกระทำในลักษณะเดียวกันและในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือ บุคคลในครอบครัวแสดงออกถึงความรู้ความเข้าใจ ความเชื่อ เจตคติ ที่ทำ และการกระทำในเรื่องใดเรื่องหนึ่งเหมือนกัน การกระทำของบุคคลในครอบครัวที่มีผลต่อสุขภาพของครอบครัวในลักษณะนี้จัดเป็นเป็นลักษณะชีวิต (Lifestyle) ของแต่ละครอบครัว ซึ่งอาจจะเหมือนหรือแตกต่างจากครอบครัวอื่น ๆ ก็ได้

3) พฤติกรรมสุขภาพของชุมชนและสังคม เป็นสิ่งที่คนส่วนใหญ่ในชุมชนหรือสังคมได้แสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ ที่ทำ ค่านิยมและการกระทำเกี่ยวกับสุขภาพของคนในชุมชนหรือในสังคมนั้น ๆ พฤติกรรมสุขภาพของชุมชนและสังคมในลักษณะนี้ ถือเป็นวิถีชีวิต (Ways of life) ทางสุขภาพของแต่ละสังคม ซึ่งมีความสำคัญต่อสุขภาพของคนส่วนใหญ่ในชุมชนและสังคมโดยทั่วไปแล้วแต่ละชุมชนและสังคมมีวิถีชีวิตที่เป็นของตนเอง



ภาพที่ 1 ขอบเขตของพฤติกรรมสุขภาพ

ที่มา: ธนวรรณ อิมสมบุญ (2546)

2.2.2 พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในวัยสูงอายุ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2556) เพื่อให้สอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 ในประเด็น ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย และดูแลตนเองเบื้องต้นโดยครอบคลุม 5 พฤติกรรม ดังนี้

1) พฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันครั้งละ 15-30 นาที เพราะการออกกำลังกายเป็นการเพิ่มความสามารถทางร่างกายของผู้สูงอายุ เพื่อดำรงไว้ซึ่งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ คลายความตึงเครียด กระตุ้นการทำงานของปอดและระบบไหลเวียนของโลหิต ให้มีประสิทธิภาพ ข้อต่อของร่างกายมีความยืดหยุ่นและมีภาวะร่างกายสมบูรณ์ ซึ่งกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุแต่ละคนแตกต่างกันไปตามความเหมาะสมกับความสามารถของแต่ละคน ความเข้มข้นและชนิดหรือวิธีการออกกำลังกายต้องอยู่ในขอบข่ายความสามารถทางร่างกายของผู้สูงอายุที่จะทนได้ ซึ่งวิธีการออกกำลังกายควรเป็นประโยชน์โดยตรงต่อร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ อย่างน้อยต้องทำให้เกิดความกระฉับกระเฉงขึ้นในตัวผู้สูงอายุ วิธีการออกกำลังกายที่ดีและมีความสุขในวัยสูงอายุควรเลือกกิจกรรมที่ทำได้และไม่ขัดกับปัญหาสุขภาพ กิจกรรมการออกกำลังกายควรเป็นการออกแรงเบา ๆ เช่น การเดิน การวิ่งเหยาะ ๆ รำมวยจีน เป็นต้น รวมถึงจะต้องมีการปรับท่าการออกกำลังกายให้เหมาะกับตนเอง อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพื่อเป็นการสร้างสุขภาพโดยวิถีธรรมชาติที่ดีที่สุด

2) พฤติกรรมการรับประทานผักสด ผลไม้สด เป็นประจำ เพราะผักผลไม้เป็นอาหารที่อุดมด้วยวิตามินและแร่ธาตุ วิตามินเป็นสารอาหารที่ช่วยในกระบวนการเผาผลาญของร่างกาย การขาดวิตามินอย่างใดอย่างหนึ่งจะมีผลกระทบต่อกระบวนการชีวเคมีของร่างกายและอาจทำให้เกิดโรคได้หลายอย่าง ดังนั้น ผักและผลไม้เป็นแหล่งวิตามินที่สำคัญ การกินผักควรกินทั้งชนิดดิบและสุก ใบเขียวและใบเหลือง โดยเฉพาะผักที่ให้วิตามินเอและซีจะต้องกินมากขึ้น สำหรับวิตามินซีควรกินจากผักสด เพราะการต้มเปื่อยจะทำให้สูญเสียวิตามินไป นอกจากนี้ ผักยังให้แร่ธาตุพวกเหล็ก แคลเซียมและอื่น ๆ ด้วย ดังนั้นผู้สูงอายุควรกินผักใบเขียวและผลไม้ต่าง ๆ ให้มากเพื่อให้ระบบขับถ่ายเป็นปกติและลดอาการท้องผูกอีกด้วย

3) พฤติกรรมการดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้วหรือมากกว่า ผู้สูงอายุต้องดื่มน้ำให้มากพอ น้ำเป็นส่วนประกอบของร่างกายกว่าร้อยละ 66 หรือประมาณ 2 ใน 3 ของน้ำหนักตัว ทำหน้าที่ควบคุมสภาพปฏิกิริยาทางเคมีในร่างกายและเป็นตัวจักรสำคัญในการขับถ่ายของเสียออกทางปัสสาวะ ป้องกันท้องผูก จำนวนน้ำที่ดื่มแต่ละวันจึงควรมากพอ อย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว หรือประมาณ 1,500-2,500 ซีซี ดังนั้น น้ำจึงมีความจำเป็นต่อร่างกายเพราะน้ำทำหน้าที่สำคัญ ในการควบคุมอุณหภูมิของร่างกายให้สมดุล ถ้าอากาศร้อนจะกระจายน้ำ แต่ถ้าอากาศเย็นมากร่างกายจะต้องการน้ำน้อยลง ภาวะร่างกายที่ต้องการน้ำมากกว่าภาวะปกติ เช่น อาเจียน ท้องเดินอย่างรุนแรง ถ้าได้น้ำไปทดแทนไม่เพียงพอ จะตรวจพบอาการผิดปกติหลายอย่าง เช่น ผิวหนังและเยื่อบุปากแห้ง น้ำหนักตัวลด ปัสสาวะน้อยลงหรือไม่ปัสสาวะ ถ้ายังแก้ไขไม่ถูกต้องอาจถึงแก่ความตายได้ ดังนั้น น้ำจึงมีความสำคัญกับชีวิตมนุษย์เช่นเดียวกับอาหาร หากร่างกายขาดน้ำจะส่งผลให้เกิดความผิดปกติของระบบย่อยอาหาร การไหลเวียนของกระแสเลือด การรักษาอุณหภูมิในร่างกาย เป็นต้น

4) พฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่ / ไม่สูบบุหรี่ เนื่องจากสารพิษจากบุหรี่อาจทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะถุงลมโป่งพอง และมะเร็งปอด เป็นต้น ซึ่งการสูบบุหรี่นี้มีผลแต่เฉพาะผู้สูบเท่านั้น แต่ผู้อยู่ข้างเคียงที่ได้รับควันบุหรี่ขณะที่มีการสูบบุหรี่ก็ได้รับสารพิษเหล่านี้ไปด้วย ดังนั้นเพื่อสุขภาพของตนเองและผู้อยู่ข้างเคียง ควรลดหรืองดสูบบุหรี่จะเป็นการถนอมสุขภาพของตนเองและสร้างประโยชน์ให้กับสังคมด้วย

5) พฤติกรรมการไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาตองเหล้า เป็นต้น เนื่องจากเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์มีผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลาง เมื่อดื่มเข้าไปมาก ๆ จะทำให้มีอาการมึนเมา เพราะการสะสมของแอลกอฮอล์ที่ดูดซึมเข้าทางกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก ยังส่งผลกระทบต่อระบบของแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดมากขึ้นตามลำดับ มีพิษต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ควบคุมสติและการแสดงออกไม่ได้ อีกทั้งอันตรายต่อผู้สูงอายุทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ อีกด้วย ซึ่งการงดดื่มได้จะเป็นวิถีทางของการดูแลสุขภาพที่ดีที่สุด

จาก 5 พฤติกรรมดังกล่าวยังใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินสัดส่วนประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ในโครงการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2550-2554) ในดัชนีที่ 8 อีกด้วย

ต่อมาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ได้แก่ (1) การมีกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายที่ระดับปานกลาง สะสม 150 นาที/สัปดาห์ (2) การรับประทานอาหาร ผัก ผลไม้ เป็นประจำ (3) การดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว (4) การไม่สูบบุหรี่ / ไม่สูบบุหรี่ (5) การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาตองเหล้า เป็นต้น (6) การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย (รวมถึงการคัดกรองสุขภาพในชุมชนโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) (7) มีพฤติกรรมการนอนหลับอย่างเพียงพอ และ (8) การดูแลสุขภาพฟันและช่องปาก (การแปรงฟันก่อนนอน)

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย (ขวัญดาว กล่ำรัตน์, ศิริบุญ จงวุฒิเวศย์, ภัทรพล มหาจันทร์ และนวลฉวี ประเสริฐสุข, 2556) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย และหาแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย จำนวน 400 คน ได้มาด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling)

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมสุขภาพ ความรู้การดูแลสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่อประสิทธิภาพแห่งตน อยู่ในระดับปานกลาง การร่วมกิจกรรมทางสังคม ความเชื่อวัฒนธรรมท้องถิ่น การเข้าถึงแหล่งเรียนรู้ และการชี้นำตนเอง อยู่ในระดับต่ำ ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย เมื่อจำแนกตามเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน สภาพการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุ และบทบาทในชุมชนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และแบบจำลองปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลการวิจัย โดยปัจจัยที่ส่งผลทางบวกและมีนัยสำคัญทางสถิติต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การชี้นำตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงแหล่งเรียนรู้ และความเชื่อประสิทธิภาพแห่งตน ส่วนปัจจัยที่ส่งผลทางลบและมีนัยสำคัญทางสถิติต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความเชื่อวัฒนธรรมท้องถิ่น และความรู้การดูแลสุขภาพ

การศึกษาตลอดชีวิตสำหรับสังคมไทยสู่สังคมผู้สูงอายุ (ปริยาภรณ์ ตั้งคุณานันต์, 2557) ซึ่งทำการศึกษาระหว่างปี พ.ศ. 2537-2554 ประเทศไทยมีร้อยละของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเมื่อมองแนวโน้มจากวันนี้เป็นต้นไปจนถึงปี 2583 สัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นว่า ขณะนี้สังคมไทยได้เข้าสู่สภาวะสังคมผู้สูงอายุแล้ว ส่งผลให้ประชากรวัยแรงงานจะต้องรับภาระผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุมีแต่ภาวะเสื่อมถอยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดังนั้น การนำแนวทางการศึกษาตลอดชีวิตด้วยรูปแบบที่หลากหลายมาใช้ในการเพิ่มพูนความรู้สร้างทักษะในงานอาชีพ และการพัฒนาด้านจิตใจ สังคม ให้แก่ผู้สูงอายุจึงเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการเตรียมความพร้อมสังคมไทยในการเข้าสู่สภาวะสังคมผู้สูงอายุ

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคูบัว จังหวัดราชบุรี (วิธดา อรรถเมธากุล และวรรณ ศรีวิสัย, 2556) เพื่อประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ และสร้างสมการพยากรณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรที่อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 772 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ แบบประเมินความสุข แบบประเมินความเครียด และภาวะครอบครัวเป็นสุข ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุในตำบลคูบัว มีเพศหญิง จำนวน 444 คน คิดเป็นร้อยละ 57.5 มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.3 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 57.6 มีรายได้พอเพียง คิดเป็น ร้อยละ 39.9 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาปีที่ 4 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.1 และร้อยละ 33.5 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 57.0 ของผู้สูงอายุมีความเห็นว่าตนเองมีสภาพร่างกายแข็งแรง มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.4 ของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวทั้งหมด และร้อยละ 86.7 ไม่มีความพิการ มีปัญหาด้าน

โภชนาการเกินและทุพโภชนาการ คิดเป็นร้อยละ 75.4 และร้อยละ 34.7 ตามลำดับ ด้านสุขภาพพบว่า มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 75.5 ตัวแปรพยากรณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุคือ ภาวะครอบครัวเป็นสุข (X4) และ เพศ (X6) ซึ่งมีอำนาจการพยากรณ์ได้ร้อยละ 8.0 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ 0.283 มีค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการพยากรณ์ ± 7.987 และมีค่าคงที่ของสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ 52.215

การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี (วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว, 2557) เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุและเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ตอบแบบสอบถามจะเป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 60-69 ปี มากกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรส มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากกว่าครึ่งมีรายได้ไม่เกิน 5,000 บาทต่อเดือน มีรายได้น้อยกว่ารายจ่าย มีแหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่ได้รับจากสวัสดิการจากรัฐ มีภาวะสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง มีสัดส่วนผู้มีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัวใกล้เคียงกัน โดยพบว่าผู้ที่มีโรคประจำตัวป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมาคือโรคเบาหวาน และการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายละเอียดในแต่ละด้าน พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน โดยมีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารเป็นพฤติกรรมดีที่สุด รองลงมาคือการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วยการจัดการความเครียด และมีพฤติกรรมออกกำลังกายแย่มากที่สุด และเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ สถานภาพสมรส รายได้ ความพอเพียงของรายได้และภาวะการมีโรคประจำตัวแตกต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้สูงอายุที่มีเพศระดับการศึกษาแหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การศึกษาระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุและความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (เกสร มัยจีน, 2558) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 400 คน จากประชากรผู้สูงอายุจำนวนประมาณ 32,000 คน ในเขตจังหวัดปทุมธานี (7 อำเภอ) ประกอบด้วย อำเภอเมือง อำเภอคลองหลวง อำเภอธัญบุรี อำเภอหนองเสือ อำเภอลาดหลุมแก้ว อำเภอลำลูกกา และอำเภอสสามโคก เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามจำนวน 3 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามลักษณะทางประชากร (Demographic data questionnaire) ของกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามวิธีการจัดการปัญหา (Ways of coping questionnaire: WOC) สร้างและพัฒนาโดย Folkman และ Lazarus (1988) และแบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ ปี พ.ศ. 2550 ของกรมสุขภาพจิต ผลการวิจัยพบว่า ระดับคะแนนสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่มีค่าเฉลี่ยระดับ

สุขภาพจิต เท่ากับ 43.48 คะแนน S.D. เท่ากับ 3.968 แปลผลอยู่ในเกณฑ์สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (fair) เป็นภาวะที่บุคคลมีสภาพจิตใจ สมรรถภาพจิตใจ คุณภาพของจิตใจ และปัจจัยสนับสนุนที่ เท่ากับบุคคลปกติส่วนใหญ่ จำแนกออกเป็นด้านปัจจัย 2 ปัจจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของตนเองมีระดับคะแนนสุขภาพจิตเท่ากับ 43.63 ซึ่งเป็นระดับคะแนนสุขภาพจิตที่สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีรายได้เป็นของตนเองซึ่งมีระดับคะแนนสุขภาพจิตเท่ากับ 43.19 และพบว่า สถานภาพสมรส โสด มีระดับคะแนนสุขภาพจิตเท่ากับ 43.92 ซึ่งเป็นระดับคะแนนสุขภาพจิตที่สูงที่สุด รองลงมาคือ สถานภาพคู่ หย่าร้าง และหม้าย โดยมีระดับคะแนนสุขภาพจิตเท่ากับ 43.77, 43.40, และ 43.21 ตามลำดับ ทุกสถานภาพสมรสสามารถแปลผลอยู่ในเกณฑ์สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (fair) นำมาหาความสัมพันธ์ พบว่าปัจจัยด้านสถานภาพสมรสส่งผลให้ระดับสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และปัจจัยด้านรายได้ส่งผลให้ระดับสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย (ปีทมาสน์ เพชรสม, 2558) การศึกษารังนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย โดยใช้ข้อมูลจากโครงการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554 โดยมีขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 16,660 ราย ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 8.95 คะแนน จากคะแนนเต็ม 12 คะแนน และพบว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มี พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ มีเพียงร้อยละ 12.3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ประกอบด้วย 14 ปัจจัย คือ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การทำงาน ระดับรายได้ ความเพียงพอของรายได้ ทักษะคิดต่อการเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุ การประเมินสุขภาพตนเอง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะสุขภาพจิต จำนวนโรคเรื้อรัง การดูแลโดยบุคลากรด้านสุขภาพ ภาคที่อยู่อาศัย และ เขตที่อยู่อาศัย โดยปัจจัยทั้งหมดมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ยกเว้น จำนวนโรคเรื้อรังที่มีความสัมพันธ์ทางลบต่อคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ

การศึกษาการดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย (พิมพ์พิสุทธิ บัวแก้ว และรติพร ถึงฝั่ง, 2559) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยและอำนาจในการทำนาย ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยตัวแปรคุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลสุขภาพ โดยใช้อยู่อาศัยข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุ ประจำปี พ.ศ.2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 16,058 คน ผลการศึกษา พบว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยได้ ร้อยละ 11.2 ตัวแปรที่สำคัญที่สุด คือ รายได้ โดยพบว่าระดับรายได้เฉลี่ยต่อปีตั้งแต่ 50,000 บาทขึ้นไป สามารถทำนายภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

ได้มากที่สุด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน เท่ากับ .174 รองลงมาคือการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน เท่ากับ .164 การศึกษานี้เสนอแนะว่าภาครัฐควรที่จะคงไว้ซึ่งนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการของผู้สูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่งเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและปรับปรุงช่องทางการเข้าถึงสิทธิดังกล่าวให้ครอบคลุมและทั่วถึง รวมทั้งส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว

การศึกษาด้านสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลคูคต อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี (ศรีเมือง พลังฤทธิ์, เกษร ลำภาทอง, อารีย์ สงวนชื่อ และลำดวน โรจรัตน์, 2561) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลเมืองคูคต เลือกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ จากรายชื่อของผู้สูงอายุที่รับเบี้ยยังชีพในเขตเทศบาลเมืองคูคต จำนวน 826 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบสอบถาม ผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง ส่วนมากเป็นเพศหญิงร้อยละ 62.23 อายุเฉลี่ย 70.01 ปีป่วยมีโรคประจำตัว ร้อยละ 79.78 เคยตก/ หกล้มเกือบ 1 ใน 3 (ร้อยละ 31.96) พฤติกรรมสุขภาพส่วนมากนอนกลางวัน หลับง่าย หลับสบายดี ขับถ่ายปกติ ออกกำลังกาย ร้อยละ 62.35 สูบบุหรี่ ร้อยละ 7.38 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 7.99 กลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้, ต้องการความช่วยเหลือบ้าง, และจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ ร้อยละ 87.77, ร้อยละ 3.63, และร้อยละ 2.91 ตามลำดับด้านจิตใจ ส่วนมากมีความวิตกกังวล เครียด เล็กน้อย ร้อยละ 38.98 ด้านครอบครัว ส่วนมากสมาชิกในครอบครัวมี 3 คน ร้อยละ 23.24 บ้านสองชั้นนอนชั้นบน ส้วมชักโครก พื้นห้องน้ำไม่ลื่น ด้านชุมชนส่วนมากเข้าร่วมบางกิจกรรม มีความต้องการเข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุ ระบุว่าตนเองมีสุขภาพดี พอใช้ดีมาก ไม่ดี ดีเลิศ (ร้อยละ 41.40, ร้อยละ 38.14, ร้อยละ 9.08, ร้อยละ 6.54 และร้อยละ 0.48 ตามลำดับ) ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ พฤติกรรมการออกกำลังกาย ($P < .0001$) การใส่เครื่องปรุงรสในอาหาร ($P = .001$) และมีความวิตกกังวล เครียด ($P < .0001$)

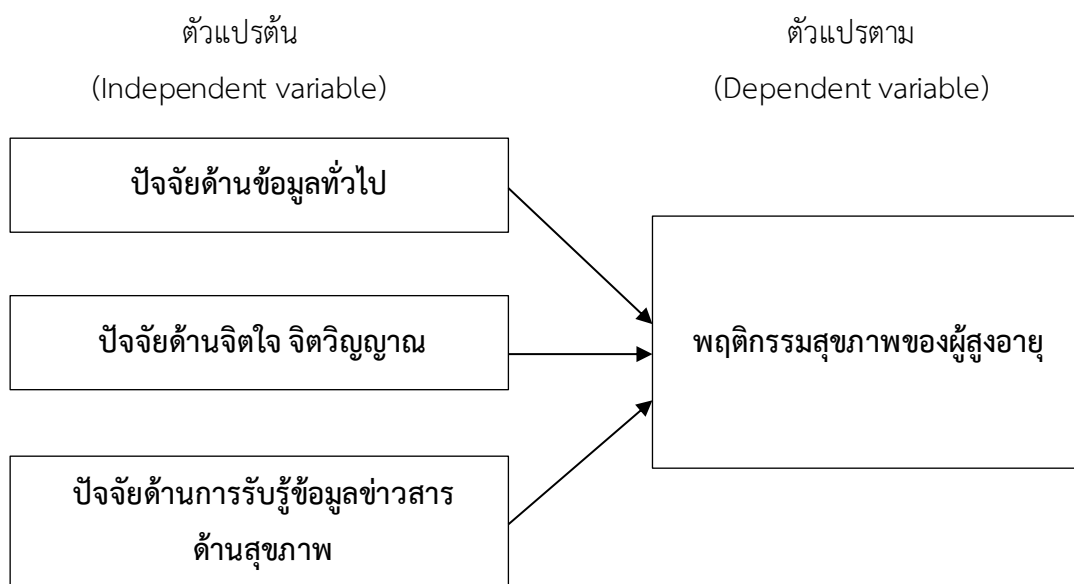
การศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร (ศิริสุข นาคะเสนีย์, 2561) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และความต้องการสวัสดิการจากรัฐของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือผู้สูงอายุ จำนวน 400 คน โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพโดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด มีความต้องการสวัสดิการจากรัฐโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และเพศแตกต่างกัน มีการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพโดยภาพรวมไม่แตกต่างกัน ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุและระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพโดยภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เพศและระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดย

ภาพรวมแตกต่างกัน และอายุแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยภาพรวมไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ (สุชาดา สมบูรณ์, สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ และชนนาต สุ่มเงิน, 2561) เพื่อดูความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกด้านจิตวิญญาณกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีภูมิลำเนาในเขตเทศบาลเมืองวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 100 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบประเมินการรับรู้ ภาวะสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบประเมินความพึงพอใจในชีวิต แบบ ประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินความผาสุกด้านจิตวิญญาณ และแบบประเมินการสูงวัย อย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 96 มีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 144.66, S.D. = 10.29) การสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกด้าน จิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .59 และ .38 ตามลำดับ) และการรับรู้ภาวะสุขภาพและ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .22 และ .24 ตามลำดับ) ส่วนความพึงพอใจในชีวิตไม่มี ความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.4 กรอบแนวคิดการศึกษา

การส่งเสริมสุขภาพเป็นประเด็นสำคัญในการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความสามารถในการดูแลด้านสุขภาพเบื้องต้นด้วยตนเองของผู้สูงอายุ จะสามารถนำไปสู่โอกาสของ การมีภาวะสุขภาพที่ดีได้ การมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สำหรับผู้สูงอายุเป็นส่วนสำคัญต่อการ ส่งเสริมสุขภาพ การศึกษานี้ต้องการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุกับ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี เมื่อได้ทราบถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่ พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ จะช่วยให้ผู้สูงอายุและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุมีข้อมูลแนวทางการปฏิบัติที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุตามแนวทางที่เหมาะสมได้ ง่ายขึ้น รวมทั้งสามารถสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายตาม SDGs ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้ อีกด้วย



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

บทที่ 3

ผลการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับ พฤติกรรม สุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การศึกษาเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการสำรวจ เก็บรวบรวมข้อมูลแบบออนไลน์จากผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี การศึกษาเชิงคุณภาพใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุ และใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้บริหารและข้าราชการระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข โดยสัมภาษณ์ผ่านทางออนไลน์ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถามสำหรับผู้สูงอายุ และแบบสัมภาษณ์ผู้บริหารและข้าราชการระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข

แบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ด้านจิตใจ จิตวิญญาณ

ส่วนที่ 3 ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพ

ส่วนที่ 5 ความคิดเห็นอื่นๆ

การสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้แบบสัมภาษณ์ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้บริหารและข้าราชการระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง “การขับเคลื่อนการดำเนินงาน เพื่อการบรรลุ SDGs ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ”

ผู้สูงอายุ (ผู้ที่มีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป) ที่อยู่ในจังหวัดนนทบุรี เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม และส่งคำตอบแบบสอบถามทางออนไลน์จำนวน 110 คน ผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึกประกอบด้วย ผู้บริหารและข้าราชการระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขโดยใช้แบบสัมภาษณ์ในการสัมภาษณ์ผ่านทางออนไลน์ รวมจำนวน 3 คน

3.1 ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลความหมายของผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้กำหนดสัญลักษณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

n	แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง (Mean)
S.D.	แทน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
t	แทน ค่าที่ใช้พิจารณาใน t-distribution
F	แทน ค่าที่ใช้พิจารณาใน F-distribution
SS	แทน ผลบวกกำลังสองของคะแนน (Sum of Squares)
MS	แทน ค่าคะแนนเฉลี่ยของผลบวกกำลังสองของคะแนน (Mean of Squares)
df	แทน ระดับขั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)
Sig.	แทน ระดับนัยสำคัญทางสถิติจากการทดสอบใช้ในการสรุปผลการทดสอบสมมติฐาน
r	แทน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson Correlation)
B	แทน ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (Unstandardized)
Adjusted R ²	แทน ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจของสถิติวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณ
y	แทน พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไป (ส่วนบุคคล) ของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไป (ส่วนบุคคล) ของผู้สูงอายุ		จำนวน (คน)	ร้อยละ
1	เพศ		
	- หญิง	72	65.5
	- ชาย	38	34.5

ปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไป (ส่วนบุคคล) ของผู้สูงอายุ		จำนวน (คน)	ร้อยละ
2	อายุ		
	- อายุ 60-69 ปี (ผู้สูงอายุวัยต้น)	101	91.8
	- อายุ 70-79 ปี (ผู้สูงอายุวัยกลาง)	9	8.2
	- อายุต่ำสุด (Min) = 60 ปี, อายุสูงสุด (Max) = 78 ปี		
	อายุเฉลี่ย ($\bar{X}$) = 65.23 ปี S.D. = 3.49 ปี		
3	น้ำหนัก		
	- น้ำหนักต่ำสุด (Min) = 38.60 กก. น้ำหนักสูงสุด (Max) = 85 กก.		
	น้ำหนักเฉลี่ย ($\bar{X}$) = 63.04 กก. S.D. = 9.12 กก.		
4	ดัชนีมวลกาย (BMI)		
	- ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน	3	2.7
	- ปกติ	71	64.5
	- สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน	36	32.8
	BMI ต่ำสุด (Min) = 10.02 กก./ม. ² BMI สูงสุด (Max) = 33.73 กก./ม. ²		
	BMI เฉลี่ย ($\bar{X}$) = 24.12 กก./ม. ² S.D. = 3.29 กก./ม. ²		
5	รอบเอว		
	- เพศชาย: รอบเอวต่ำสุด (Min) = 60 ซม. รอบเอวสูงสุด (Max) = 108 รอบเอวเฉลี่ย ($\bar{X}$) = 80.57 ซม. SD. = 8.82 ซม.		
	- เพศหญิง: รอบเอวต่ำสุด (Min) = 65 ซม. รอบเอวสูงสุด (Max) = 106 รอบเอวเฉลี่ย ($\bar{X}$) = 79.81 ซม. SD. = 8.31 ซม.		
6	สถานภาพสมรส		
	- คู่	68	61.8
	- โสด/หม้าย/หย่า/แยก	42	38.2
7	ศาสนา		
	- พุทธ	109	99.99
	- คริสต์	1	0.9
8	ระดับการศึกษา		
	- ต่ำกว่าปริญญาตรี	29	26.4
	- ปริญญาตรีขึ้นไป	81	73.6

ปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไป (ส่วนบุคคล) ของผู้สูงอายุ		จำนวน (คน)	ร้อยละ
9	สวัสดิการด้านสุขภาพ		
	- สิทธิสวัสดิการข้าราชการ	69	62.7
	- ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	21	19.1
	- ประกันชีวิต/อื่นๆ	13	11.8
	- ประกันสังคม	7	6.4
10	การตรวจสุขภาพ		
	- ไม่เคยตรวจ	7	6.4
	- ตรวจแต่ไม่ประจำ	31	28.1
	- ตรวจเป็นประจำ	72	65.5
11	การมีโรคประจำตัว		
	- มีโรคประจำตัว	69	62.7
	- ไม่มีโรคประจำตัว	41	37.3
12	อาชีพ		
	- ไม่ได้ประกอบอาชีพแล้ว	67	60.9
	- ยังประกอบอาชีพเพื่อหารายได้	43	39.1
13	การมีรายได้		
	- มีรายได้ประจำ (ยกเว้นเบี้ยผู้สูงอายุ)	79	71.8
	- ไม่มีรายได้ประจำ	31	28.2
14	แหล่งที่มาของรายได้		
	- บำนาญ/ ค่าจ้างจากการทำงาน	79	71.8
	- เบี้ยผู้สูงอายุ บุตรหลาน	31	28.2
15	ความเพียงพอของรายได้		
	- ไม่พอ	12	10.9
	- พอบ้าง ไม่พอบ้าง	17	15.5
	- เพียงพอ	81	73.6
16	การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/กลุ่มผู้สูงอายุ		
	- ไม่เป็น	81	73.6
	- เป็น	29	26.4

ปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไป (ส่วนบุคคล) ของผู้สูงอายุ		จำนวน (คน)	ร้อยละ
17	การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ กลุ่มผู้สูงอายุ ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา		
	- ไม่เคยเข้าร่วม	78	70.9
	- เข้าร่วมเป็นบางครั้ง	23	20.9
	- เข้าร่วมเกือบทุกครั้งหรือทุกครั้ง	9	8.2
18	ความพึงพอใจต่อชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/กลุ่มผู้สูงอายุ		
	- ไม่ตอบคำถาม	21	19.1
	- ตอบคำถาม	89	80.9
	- พึงพอใจน้อย	41	46.1
	- พึงพอใจปานกลาง	33	37.1
	- พึงพอใจมาก	15	16.8
19	การมีส่วนร่วมในกิจกรรมหมู่บ้าน/ชุมชนในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา		
	- ไม่เคยเข้าร่วม	72	65.5
	- เข้าร่วมเป็นบางครั้ง	26	23.6
	- เข้าร่วมเกือบทุกครั้งหรือทุกครั้ง	12	10.9
20	ความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์และผลดีของการเข้าร่วม ในกิจกรรมหมู่บ้าน/ชุมชน		
	- มีประโยชน์และผลดีน้อย	32	29.1
	- มีประโยชน์และผลดีปานกลาง	60	54.5
	- มีประโยชน์และผลดีมาก	18	16.4

ตอนที่ 2 ปัจจัยด้านจิตใจ จิตวิญญาณของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับปัจจัยด้านจิตใจ จิตวิญญาณของผู้สูงอายุ

ข้อ	ปัจจัยด้านจิตใจ จิตวิญญาณของผู้สูงอายุ	ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยด้าน		
		จิตใจ จิตวิญญาณของผู้สูงอายุ		
		$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1	รู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมาย (มีคุณค่ามีประโยชน์)	2.28	0.54	ปานกลาง
2	รู้สึกว่าชีวิตของท่านมีความสุข	2.16	0.49	ปานกลาง
3	รู้สึกกังวลใจ	1.63	0.86	ค่อนข้างต่ำ
4	พอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับบุคคลอื่น	1.90	0.64	ปานกลาง
5	มีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน	1.94	0.53	ปานกลาง
6	เห็นว่าปัญหาส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่ท่านสามารถแก้ไขได้	2.10	0.46	ปานกลาง
7	สามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่อยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา)	2.00	0.40	ปานกลาง
8	รู้สึกยินดีกับความสำเร็จของคนอื่น	2.18	0.51	ปานกลาง
9	รู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์	2.10	0.49	ปานกลาง
10	พึงพอใจกับความสามารถของตนเอง	2.10	0.44	ปานกลาง
11	รู้สึกภูมิใจในตนเอง	2.18	0.49	ปานกลาง
12	มีเพื่อนหรือคนอื่น ๆ ในสังคมคอยช่วยเหลือเมื่อท่านต้องการ	1.95	0.56	ปานกลาง
13	ครอบครัวมีความรักและผูกพันต่อกัน	2.17	0.52	ปานกลาง
14	มั่นใจว่าครอบครัวจะดูแลท่านเป็นอย่างดีถ้าท่านป่วย	2.12	0.56	ปานกลาง
15	สมาชิกของครอบครัวให้ความช่วยเหลือท่าน	2.11	0.58	ปานกลาง
เฉลี่ยรวม		2.06	0.31	ปานกลาง

ตอนที่ 3 ปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ข้อ	ปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ		
		$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1	รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ จากหนังสือพิมพ์ จำนวน 5-7 วันต่อสัปดาห์	0.99	1.00	นาน ๆ ครั้ง
2	รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากนิตยสาร วารสาร จำนวน 5-7 วันต่อสัปดาห์	0.94	0.89	นาน ๆ ครั้ง
3	รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ จากโทรทัศน์ จำนวน 5-7 วันต่อสัปดาห์	1.79	0.85	บางครั้ง
4	รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ จากวิทยุจำนวน 5-7 วันต่อสัปดาห์	1.14	0.96	นาน ๆ ครั้ง
5	รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากโปสเตอร์ ป้าย ประชาสัมพันธ์ จำนวน 5-7 วันต่อสัปดาห์	0.99	0.93	นาน ๆ ครั้ง
6	รับรู้ข้อมูลข่าวสารจากแผ่นพับ จำนวน 5-7 วันต่อสัปดาห์	1.01	0.99	นาน ๆ ครั้ง
7	รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ จากสื่อออนไลน์ เช่น Facebook, Line, YouTube และอื่นๆ จำนวน 5-7 วันต่อสัปดาห์	2.22	0.67	บางครั้ง
8	รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ จากหอกระจายข่าวในหมู่บ้านหรือชุมชน จำนวน 5-7 วันต่อสัปดาห์	0.86	1.00	นาน ๆ ครั้ง
9	รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ จากสื่อบุคคล เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. จำนวน 5-7 วันต่อสัปดาห์	0.85	0.98	นาน ๆ ครั้ง
10	รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใกล้บ้าน จำนวน 5-7 วันต่อสัปดาห์	0.82	1.02	นาน ๆ ครั้ง

ข้อ	ปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยด้านการ รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ		
		$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
11	รับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสมาชิกในครอบครัว จำนวน 5-7 วันต่อสัปดาห์	1.74	0.83	บางครั้ง
12	รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ จากสื่อ ประชาสัมพันธ์ หรือช่องทางอื่นๆของหน่วยงาน ภาครัฐ จำนวน 5-7 วันต่อสัปดาห์	1.32	0.81	นาน ๆ ครั้ง
13	รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อ ประชาสัมพันธ์ หรือช่องทางอื่นๆของหน่วยงาน ภาคเอกชนจำนวน 5-7 วันต่อสัปดาห์	1.30	0.83	นาน ๆ ครั้ง
14	รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ จากสื่อ ประชาสัมพันธ์ หรือช่องทางอื่น ๆ จากหน่วยงาน ไม่แสวงหาผลกำไรเอ็นจีโอ หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานภาครัฐและไม่ใช่หน่วยงาน ภาคเอกชน จำนวน 5-7 วันต่อสัปดาห์	1.16	0.86	นาน ๆ ครั้ง
15	รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ จากแหล่งข้อมูล ใด ๆ ก็ตาม ทุกวัน	1.83	0.67	บางครั้ง
เฉลี่ยรวม		1.27	0.63	บางครั้ง

ตอนที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ข้อ	พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ	ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ		
		$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1	มีการออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายจนรู้สึกเหนื่อย และมีเหงื่อออก จำนวน 5-7 วันต่อสัปดาห์	1.90	0.68	ปานกลาง
2	ดื่มน้ำสะอาด อย่างน้อยวันละ 8 แก้ว จำนวน 5-7 วัน/สัปดาห์	2.01	0.60	ปานกลาง
3	กินผักและผลไม้สด วันละ 5 ส่วน จำนวน 5-7 วันต่อสัปดาห์	1.84	0.59	ปานกลาง
4	ดื่มนมและผลิตภัณฑ์นม (เช่น นมวัว โยเกิร์ต นมถั่วเหลือง เป็นต้น) จำนวน 5-7 วันต่อสัปดาห์	1.55	0.81	ค่อนข้างต่ำ
5	ไม่ได้ดื่ม ชา กาแฟ หรือ เครื่องดื่มชูกำลัง	1.40	0.93	ค่อนข้างต่ำ
6	ไม่ได้ดื่ม น้ำอัดลม เครื่องดื่มที่มีรสหวานจัด	1.41	0.97	ค่อนข้างต่ำ
7	ไม่ได้สูบบุหรี่ ยาเส้น หรือสูดควันบุหรี่	1.30	1.21	ค่อนข้างต่ำ
8	ไม่ได้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาตองเหล้า เป็นต้น	1.30	1.14	ค่อนข้างต่ำ
9	แปรงฟันแท่งก่อนนอนทุกวัน	2.51	0.53	สูงที่สุด
10	ไม่ได้นั่งนิ่ง ๆ อยู่กับที่ หรือนอนติดต่อกันเกินกว่า 2 ชั่วโมงขึ้นไป โดยไม่รวมการนอนหลับ	1.71	0.80	ค่อนข้างต่ำ
11	นอนหลับ 7-8 ชั่วโมงต่อคืน	1.82	0.71	ปานกลาง
เฉลี่ยรวม		1.71	0.49	ค่อนข้างต่ำ

ตอนที่ 5 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

การวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ เนื่องจากตัวแปรอิสระมีจำนวนมาก ผู้ทำการศึกษาจึงแยกการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา สวัสดิการด้านสุขภาพ การตรวจสุขภาพ โรคประจำตัว อาชีพ รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/กลุ่มผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/กลุ่มผู้สูงอายุ ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา การมีส่วนร่วมในกิจกรรมหมู่บ้าน/ชุมชน ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์และผลดีของการเข้าร่วมในกิจกรรมหมู่บ้าน/ชุมชน

ชุดที่ 2 ได้แก่ ข้อมูลต่อเนื่องที่เก็บจากแบบสอบถามความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พฤติกรรมการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านจิตใจ จิตวิญญาณ

สมมติฐานที่ 1 ผู้สูงอายุที่มี เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา สวัสดิการด้านสุขภาพ การตรวจสุขภาพ โรคประจำตัว อาชีพ รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/กลุ่มผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/กลุ่มผู้สูงอายุ ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา การมีส่วนร่วมในกิจกรรมหมู่บ้าน/ชุมชน ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์และผลดีของการเข้าร่วมในกิจกรรมหมู่บ้าน/ชุมชน ที่แตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ที่แตกต่างกัน สามารถเขียนเป็นสมมติฐานทางสถิติ ได้ดังนี้

H_0 : เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา สวัสดิการด้านสุขภาพ การตรวจสุขภาพ โรคประจำตัว อาชีพ รายได้/แหล่งที่มาของรายได้/ความเพียงพอของรายได้ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/กลุ่มผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/กลุ่มผู้สูงอายุ ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา การมีส่วนร่วมในกิจกรรมหมู่บ้าน/ชุมชน ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์และผลดีของการเข้าร่วมในกิจกรรมหมู่บ้าน/ชุมชน ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุได้

H_1 : เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา สวัสดิการด้านสุขภาพ การตรวจสุขภาพ โรคประจำตัว อาชีพ รายได้/แหล่งที่มาของรายได้/ความเพียงพอของรายได้ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/กลุ่มผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/กลุ่มผู้สูงอายุ ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา การมีส่วนร่วมในกิจกรรมหมู่บ้าน/ชุมชน ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์และผลดีของการเข้าร่วมในกิจกรรมหมู่บ้าน/ชุมชน สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุได้

สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน คือ การวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) โดยเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการถดถอยด้วยเทคนิค Stepwise ใช้ระดับความเชื่อมั่น 95% ดังนั้นจะปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) ก็ต่อเมื่อ Sig. มีค่าน้อยกว่า 0.05 ซึ่งผลการทดสอบ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุโดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณ (Stepwise Linear Multiple Regression Analysis)

Model	แหล่งความแปรปรวน	SS	Df	MS	F	Sig.
1	Regression	1.527	1	1.527	6.638	0.011
	Residual	24.851	108	0.230		
	Total	26.378	109			
2	Regression	3.303	2	1.652	7.659	0.001
	Residual	23.075	107	0.216		
	Total	26.378	109			
3	Regression	4.147	3	1.382	6.592	0.000
	Residual	22.230	106	0.210		
	Total	26.378	109			

จากตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์พบว่า พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับกลุ่มตัวแปรอิสระ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, $F(3,106) = 6.592$, $p\text{-value} < 0.05$ และสามารถสร้างสมการพยากรณ์เชิงเส้นตรงได้ ซึ่งจากการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ สามารถคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณได้ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงผลการวิเคราะห์พหุคูณสมการที่พึ่งประสงค์ของผู้สูงอายุ ซึ่งมีตัวแปรที่เป็นตัวแปรทำนายได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย เพศ และการตรวจสุขภาพ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (Stepwise Linear Multiple Regression Analysis)

ตัวแปร	B	SE	t	Sig.
ค่าคงที่ (Constant)	0.846	0.339	2.494	0.014
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI*)	0.036	0.014	2.576	0.011
	$r = 0.241$		Adjusted $R^2 = 0.049$	
	$R^2 = 0.58$		SE = 0.479	
ค่าคงที่ (Constant)	0.667	0.334	1.995	0.049
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI*)	0.039	0.014	2.914	0.004
เพศ (Gender)	0.268	0.094	2.870	0.005
	$r = 0.354$		Adjusted $R^2 = 0.109$	
	$R^2 = 0.125$		SE = 0.464	
ค่าคงที่ (Constant)	0.344	0.367	0.939	0.350
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI*)	0.043	0.013	3.196	0.002
เพศ (Gender)	0.279	0.092	3.022	0.003
การตรวจสุขภาพ (Health_Check)	0.146	0.073	2.006	0.047
	$r = 0.397$		Adjusted $R^2 = 0.133$	
	$R^2 = 0.157$		SE = 0.457	

*BMI = Body Mass Index

จากตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพที่พึ่งประสงค์ของผู้สูงอายุ (y) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, $F(3,106) = 6.592$, $p\text{-value} < 0.05$ มีจำนวน 3 ตัวแปร คือ ค่าดัชนีมวลกาย เพศ และการตรวจสุขภาพ ซึ่งสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพที่พึ่งประสงค์ของผู้สูงอายุได้

ร้อยละ 13.3 (Adjusted $R^2 = 0.133$) สามารถเขียนสมการทำนายตามแบบปกติ (Unstandardized Simple Regression Equation) ได้ ดังนี้

$$y = 0.344 + 0.043(\text{BMI}) + 0.279(\text{Gender}) + 0.146(\text{Health_Check})$$

ผลการศึกษาตามสมมติฐานที่ 1 สรุปได้ดังนี้

ผลการวิเคราะห์จากคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ (y) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ดัชนีมวลกาย เพศ และการตรวจสุขภาพ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ 0.043, 0.279 และ 0.146 ตามลำดับ ซึ่งหมายความว่า ดัชนีมวลกาย เพศ และการตรวจสุขภาพ เป็นปัจจัยทำนายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งจากค่าสัมประสิทธิ์ดังกล่าวสามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

เมื่อตัวอย่มีค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ 0 มีเพศเท่ากับ 0 และการตรวจสุขภาพเท่ากับ 0 จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เท่ากับ 0.344 หน่วยคะแนน

เมื่อผู้สูงอายุที่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เปลี่ยนแปลงไป 1 หน่วย จะทำให้พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 0.043 หน่วยคะแนน โดยควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ในสมการทั้งหมด

เมื่อผู้สูงอายุที่มีเพศ (Gender) ที่เปลี่ยนแปลงไป 1 หน่วย จะทำให้พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 0.279 หน่วยคะแนนโดยควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ในสมการทั้งหมด

ถ้าผู้สูงอายุที่มีการตรวจสุขภาพ (Health_Check) เปลี่ยนแปลงไป 1 หน่วย จะทำให้พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 0.146 หน่วยคะแนนโดยควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ในสมการทั้งหมด

ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลที่ไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีจำนวน 12 ปัจจัย ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา สวัสดิการด้านสุขภาพ โรคประจำตัว อาชีพ รายได้/แหล่งที่มาของรายได้/ความเพียงพอของรายได้ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/กลุ่มผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/กลุ่มผู้สูงอายุ ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา การมีส่วนร่วมในกิจกรรมหมู่บ้าน/ชุมชน ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์และผลดีของการเข้าร่วมในกิจกรรมหมู่บ้าน/ชุมชน

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและปัจจัยด้านจิตใจ จิตวิญญาณของผู้สูงอายุ สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุได้ สามารถเขียนเป็นสมมติฐานทางสถิติ ได้ดังนี้

H_0 : ปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและปัจจัยด้านจิตใจ จิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุได้

H_1 : ปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและปัจจัยด้านจิตใจ จิตวิญญาณของผู้สูงอายุ สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุได้

สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน คือ การวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) โดยเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการถดถอย ด้วยเทคนิค Stepwise ใช้ระดับ

ความเชื่อมั่น 95% ดังนั้นจะปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) ก็ต่อเมื่อ Sig. มีค่าน้อยกว่า 0.05 ซึ่งผลการทดสอบ แสดงดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงผลการวิเคราะห์ ปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุโดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณ (Stepwise Linear Multiple Regression Analysis)

Model	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig.
1	Regression	5.921	4	5.921	31.257	0.000
	Residual	20.457	105	0.189		
	Total	26.378	109			

จากตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์พบว่า พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรอิสระ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, $F(1,108) = 31.257$, $p\text{-value} < 0.01$ และสามารถสร้างสมการพยากรณ์เชิงเส้นตรงได้ ซึ่งจากการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ สามารถคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณได้ ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 แสดงผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ซึ่งมีตัวแปรที่เป็นตัวแปรทำนาย ได้แก่ ปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (Stepwise Linear Multiple Regression Analysis)

ตัวแปร	B	SE	t	Sig.
ค่าคงที่ (Constant)	1.242	0.094	13.246	0.000
การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (Health_Information)	0.369	0.066	5.591	0.000
	$r = 0.474$		Adjusted $R^2 = 0.217$	
	$R^2 = 0.224$		SE = 0.435	

จากตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ (y) คือ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ซึ่งสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 21.7 (Adjusted $R^2 = 0.217$) สามารถเขียนสมการทำนายตามแบบปกติ (Unstandardized Simple Regression Equation) ได้ ดังนี้

$$y = 1.242 + 0.369(\text{Health_Information})$$

ผลการศึกษาตามสมมติฐานที่ 2 สรุปได้ดังนี้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านจิตใจ จิตวิญญาณและข้อมูลการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ (y) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้แก่ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ โดยมีความสัมพันธ์เท่ากับ 0.369 ซึ่งหมายความว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ซึ่งจากค่าสัมประสิทธิ์ดังกล่าวสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

หากไม่พิจารณาการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพหรือการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเท่ากับ 0 จะทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (y) อยู่ในระดับ 1.242 หน่วยคะแนน ถ้าหากผู้สูงอายุที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 0.369 หน่วยคะแนน

ส่วนตัวแปรปัจจัยด้านจิตใจ จิตวิญญาณไม่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุได้

3.2 ความคิดเห็นอื่นๆ ของผู้สูงอายุ

ข้อคำถามที่ 1 ท่านมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในปัจจุบันอย่างไร

จากการตอบแบบสอบถามของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นที่ดีแล้ว แต่ขาดความทั่วถึง โดยการให้บริการยังไม่ทั่วถึงครอบคลุมทุกพื้นที่โดยมีข้อเสนอแนะว่าควรมีการส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย ทำจิตใจให้แจ่มใส และจัดให้แต่ละจังหวัดมีศูนย์สุขภาพให้ไปออกกำลังกาย จะเป็นการดีมากสำหรับผู้สูงอายุ โดยเน้นควรออกกำลังกาย เช่น เดินอย่างน้อย 30 นาที มีการจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้พบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการดูแลสุขภาพกันและกัน โดยให้หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมร่วมกัน ต้องดูแลตัวเองให้สุขภาพแข็งแรงเพื่อตัวเองและไม่ให้เป็นภาระลูกหลาน พักผ่อนมากๆ ดูแลอาหารเหมาะสม กินและออกกำลังกายแต่พอดี ไม่น้อยหรือมากเกินไป แต่มีผู้สูงอายุบางท่านไม่มีหน่วยงานอะไรลงมาดูแลเยี่ยมให้คำแนะนำความรู้สื่อสารข้อมูลอะไรเลย ส่วนใหญ่จะศึกษาดูแลตัวเองกัน แต่บางท่านมีความเห็นว่ารัฐเน้นดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยติดเตียงมากเกินไป ส่วนผู้สูงอายุทั่วไปไม่มีคนเหลียวแล น้อยมากที่จะมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือ พยาบาลมาเยี่ยมบ้านเหมือนสมัยก่อน ยังไม่ทั่วถึง

ข้อคำถามที่ 2 การดูแลผู้สูงอายุที่ท่านอยากให้เป็น (ท่านอยากให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างไร)

จากการตอบแบบสอบถามของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นว่า ผู้สูงอายุควรได้รับการตรวจก่อน มีคลินิกเฉพาะ หมอเฉพาะ มีการให้ความรู้ และสถานที่ให้คำปรึกษาสำหรับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น มีสวนสุขภาพ และสถานที่ออกกำลังกาย ให้ความรู้ มีสวัสดิการและมีหน่วยงานอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้สูงอายุยามจำเป็น และภาครัฐหลาย ๆ หน่วยงานควรเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุตามบ้านบ้าง

มีการจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพให้คนรุ่นใหม่ ใส่ใจ ผู้สูงอายุ มาก ๆ ยิ่ง ๆ ขึ้น เพราะปัจจุบันมีผู้ที่อยู่เป็นโสดมากขึ้น อยากให้มีศูนย์ที่รับเฉพาะผู้ที่อยู่ตัวคนเดียว มีเจ้าหน้าที่คอยติดตาม หรือมีเครื่องมือติดตามตัวไว้ขอความช่วยเหลือยามคับขัน มีการดูแลสุขภาพจิตและการออกกำลังกาย ให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปให้คำแนะนำมากกว่าให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ไปให้คำแนะนำแบบเชิงรุก ถ้าเป็นไปได้ก็อยากให้มีผู้ใกล้ชิดดูแลและตีความ และเรื่องอื่น ๆ ก็อยากให้ภาครัฐให้ความสำคัญและมีสวัสดิการอย่างพอเพียง เรื่องอื่นๆ สม่าเสมอ รอบคอบ พันท่งที่ โดยเน้นให้รัฐสนับสนุนให้ผู้สูงอายุทุกคนมีผู้ดูแลหรือคนคอยให้คำปรึกษาด้านสุขภาพตลอด คล้ายๆ partners และที่สำคัญ ผู้สูงอายุทุกคนควรมีสวัสดิการเหมือนกัน ควรดูแลอย่างต่อเนื่องครบทุกคน ทั้งที่ป่วยและไม่ป่วย เน้นให้ผู้สูงอายुरักษาสุขภาพให้ดีจะได้ดูแลและช่วยเหลือตัวเองได้ ฟังคนอื่นให้น้อยที่สุด และในอดีตเมื่อ 20-30 ปีที่ผ่านมา หน้าที่การดูแลเยี่ยมให้สุขศึกษา ขาวสารแนะนำต่าง ๆ ให้ผู้สูงอายุรับรู้และเยี่ยมผู้สูงอายุที่ติดเตียงเคลื่อนไหวช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ สาธารณสุขที่อยู่สถานีนอมนัยสมัยนั้นลงไปเยี่ยมเยียนสม่าเสมอ ปัจจุบันนี้เรื่องการลงไปเยี่ยมเยียนดูแล ผู้สูงอายุหายไปไม่มี ไม่เหมือนที่ผ่าน ๆ มา ควรให้ความรู้ ให้ทางเลือกที่เหมาะสม ควรมีหน่วยงานที่รับผิดชอบผู้สูงอายุโดยตรง เข้าถึงง่าย สะดวก และ รวดเร็ว อยากให้ผู้สูงอายุได้รับสิทธิเป็นอันดับต้น ๆ ในการรับบริการทุก ๆ ด้าน เช่น การรักษาพยาบาลและการทำธุรกรรมอื่น ๆ และในปัจจุบันพบว่า หลายๆ หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน เน้นการสื่อสารเป็นแบบโซเชียลกับผู้สูงอายุ การสื่อสารค่อนข้างเข้าใจได้ยาก

ข้อคำถามที่ 3 ท่านมีข้อเสนอแนะในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างไร

จากการตอบแบบสอบถามของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นว่าการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ กินให้ครบ 5 หมู่ พักผ่อนให้เพียงพอ มีรายได้ ไม่เครียด รัฐบาลควรสนับสนุน และส่งเสริมผู้สูงอายุมากกว่านี้ และอยากให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมมาก ๆ อยากให้มีบุคลากรให้ความรู้ จัดสถานที่ออกกำลังกายที่เหมาะสม จัดให้มีลิฟท์สำหรับขึ้นสะพานลอยสำหรับผู้สูงอายุ มีกิจกรรมหลากหลายใกล้บ้าน และมีเจ้าหน้าที่มาชักชวนให้ไปทำกิจกรรมและออกกำลังกาย และส่งเสริมและอำนวยความสะดวกให้ตรวจสุขภาพทุกปี และมีการรณรงค์ให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุใกล้บ้าน ชุมชน รัฐ วิทยาการให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ เน้นอาหารเหมาะสมกับวัย

โดยสรุปผู้สูงอายุมองว่า “การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่เหมาะสม” นั้น ประกอบไปด้วยอาหารที่เหมาะสมกับวัย ตามหลักโภชนาการ การพักผ่อน การมีอารมณ์ที่ดี ไม่เครียด และการมีรายได้หรือการมีอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้ในผู้สูงอายุ

ข้อคำถามที่ 4 ข้อเสนอแนะอื่นๆ

จากการตอบแบบสอบถามของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีข้อเสนอแนะว่า อยากให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุทำงานร่วมกัน บูรณาการการทำงาน และให้ทุกภาคส่วนทั้งรัฐ องค์กร อีสระและภาคีเครือข่ายอื่นเข้ามามีส่วนร่วมมาก ๆ โดยมีการบูรณาการในการทำงานซึ่งเน้นผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง

3.3 บทสรุปและข้อเสนอแนะการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้บริหารและข้าราชการระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง “การขับเคลื่อนการดำเนินงาน เพื่อการบรรลุ SDGs ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ประเด็นที่ 1 ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับการดูแลด้านสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งในอดีตที่ผ่านมา และในปัจจุบัน

หน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขมีการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเป็นประเด็นสำคัญและเร่งด่วน มีการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานของกระทรวงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงสาธารณสุข ยังบูรณาการกันไม่ชัดเจน ขาดการบูรณาการที่แท้จริง ในส่วนของการเข้าถึงบริการ มีทั้งผู้สูงอายุที่เข้าถึงและยังไม่เข้าถึง และพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคือผู้ที่เข้าไม่ถึงบริการ การที่ลูกหลานอพยพมาทำงานในเมือง ไปอยู่ต่างถิ่น หรือในเมืองใหญ่ๆ ทำให้ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง ท้องถิ่นควรมีบทบาทเข้ามาจัดการด้านความต้องการขั้นพื้นฐาน โดยมีเป้าหมายให้พึ่งพาตนเองได้ เช่น ผู้สูงอายุที่อยู่โดดเดี่ยว ที่ไม่มีลูกหลานดูแล หรือแม้กระทั่งตัวรัฐบาลเอง กรมกิจการผู้สูงอายุควรมีบทบาทในการจัดการให้ชัดเจน ในการสร้างเครือข่ายที่ชัดเจน การจัดการในภาคอื่นๆ อีกมากมายในเรื่องสังคม ชีวิต ความเป็นอยู่ ผู้สูงอายุไม่ได้ต้องการเพียงการดูแลด้านสุขภาพอย่างเดียว มีความต้องการด้านอื่น ๆ ด้วย หรือแม้กระทั่งการเข้าใช้ application การดำเนินงานด้านสุขภาพของสนับสนุนมาผู้สูงอายุที่ผ่านมา เราอาจจะเน้นการดูแลระยะยาว (Long Term Care: LTC) มาโดยตลอด มีงบประมาณตลอด แต่กลุ่มติดบ้าน ติดสังคม เรายังมีงบประมาณไม่เพียงพอ โดยที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุข เน้นไปที่การรักษา และที่ผ่านมาก็มีประเด็นด้านความรู้ด้านสุขภาพ ที่เรายังไม่ได้เน้นให้เกิดความชัดเจน

ประเด็นที่ 2 ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับการดูแลด้านสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศไทยในอนาคต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

สถานที่ที่เกี่ยวข้องกับบริการสาธารณะทุกอย่างควรมีการจัดการตามแนวทาง “อารยสถาปัตย์” หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรไปปรับมาตรฐานให้ดี ในอนาคตผู้สูงอายุจะอยู่คนเดียวมากขึ้น น่าจะออกแบบให้ user friendly สำหรับผู้สูงอายุ แต่ปัจจุบัน smart phone ปุ่มเยอะ

ใช้งานยาก อาจจะไม่เหมาะกับผู้สูงอายุ ควรจะพัฒนา เช่น ระบบ iOS ให้เหลือ 1-2 ปุ่ม ที่ผู้สูงอายุจะสามารถใช้งานง่าย ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรมีเพียงพอ เช่น นักบริบาล นักจัดการ ควรเพิ่มปริมาณและกำหนดบทบาทให้ชัดเจน โดยกำหนดบทบาทให้สามารถเกื้อหนุนผู้สูงอายุได้ พร้อมทั้งเพิ่มคุณภาพและการเข้าถึง กิจกรรมของผู้สูงอายุค่อนข้างจะลดน้อยลงไป ควรมีกิจกรรมลงไปถึงหมู่บ้าน ตำบล เช่น กิจกรรมฟิสิกส์ฟิสิกส์ ควรให้คงมีกิจกรรมไว้ มีการอำนวยความสะดวก สร้างสังคมให้เอื้อกับผู้สูงอายุโดยชุมชน ท้องถิ่น ควรมีสถานที่ในการทำกิจกรรมที่ใกล้บ้าน อยู่ในชุมชน ลดการเดินทางไกล การส่งเสริมสุขภาพ การส่งเสริมให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่ง ที่ผ่านมายังไม่ค่อยชัดเจน ในอนาคตเราควรส่งเสริม Healthy Ageing และควรทำส่งเสริมตั้งแต่ในช่วง Pre-Aging ในกลุ่มวัยทำงาน 40-50 ปี เพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีต่อไป การบริการด้านต่าง ๆ ที่เป็นแบบ Digital ภายใต Social Distancing ทำอย่างไรที่เราจะจัดให้มีการดูแลระยะยาวได้ เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย/ไม่สบาย ระบบสาธารณสุขไม่มีปัญหา สามารถบริหารจัดการได้ แต่หากผู้สูงอายุมีความซับซ้อนหลายปัญหา หรือเป็นโรคที่ซับซ้อนเฉพาะของผู้สูงอายุ ประเทศไทยยังขาดแพทย์เฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ, แพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ควรส่งเสริมให้มีแพทย์เฉพาะทางดังกล่าวข้างต้น ด้านการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ขอเปรียบเทียบการขับเคลื่อนงานด้านเด็กที่มีการขับเคลื่อนหรือการกระจายงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก นำวิธีการมาประยุกต์ใช้ให้ผู้สูงอายุเข้าถึงแหล่งความรู้ ข้อมูลและข่าวสาร ซึ่งในกลุ่มผู้สูงอายุ ยังขาดสถานที่ ขาดการเข้าถึง แต่ก็ยังมี “ชมรมผู้สูงอายุ” พอให้ขับเคลื่อนได้บ้าง ซึ่งทำกันเอง แต่ก็ควรมีการสนับสนุนจากทางราชการ

ประเด็นที่ 3 ท่านมีความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะอย่างไร ในประเด็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ในบริบทของความร่วมมือระหว่างประเทศ

มีงานวิจัยหลายฉบับได้ศึกษาไว้อย่างชัดเจนเกี่ยวกับการทำงานของผู้สูงอายุ หรือการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมอย่างอื่น โดยการนำบทเรียนจากต่างประเทศมาใช้ในการประเทศไทยได้ ซึ่งพิจารณาตามความเหมาะสมทั้งการจ้างงานและอื่นๆ หรือการคงไว้ซึ่งสมรรถภาพทางกายและทางใจ และสติปัญญา โดยส่งเสริมผู้สูงอายุที่ยัง Active ในชุมชน ให้มีงานทำ เราควรศึกษาก่อนว่าประเทศไหนเป็นอย่างไร จุดอ่อน/จุดแข็งอย่างไร เรียนรู้วิวัฒนาการแล้วนำมาปรับเข้ากับเรา เช่น หน่วยงานด้านสุขภาพ ในบริบทเอเชีย เป็นสังคมครอบครัว แต่ในประเทศไทย เรามีสังคมเมืองกับสังคมชนบท ประเทศไทยมีตัวอย่างที่สามารถนำไปแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับต่างประเทศได้ เช่น นนทบุรี ซึ่งเป็นสังคมเมือง และมีแนวทางการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่สามารถเป็นตัวอย่างได้ การที่ประเทศไทยเข้าสู่ Aging society อาจจะขอความร่วมมือจากประเทศที่เขาผ่านช่วงนี้มาแล้ว เช่น ประเทศญี่ปุ่น อาจจะให้มีส่วนช่วยเราในเรื่องการนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยด้วย หรือนำเทคโนโลยีใหม่ ๆ ให้เราสามารถใช้เป็นแนวทางมาประยุกต์และพัฒนาภายใต้บริบทประเทศเรา

ประเด็นที่ 4 การขับเคลื่อนการดำเนินงานในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านสุขภาพผู้สูงอายุ มีความเชื่อมโยงและเป็นส่วนช่วยในการบรรลุเป้าหมายตาม SDGs ได้อย่างไร

ถ้าเราสามารถส่งเสริมผู้สูงอายุให้ Active มีคุณภาพชีวิตที่ดี ก็จะสามารถทำให้บรรลุเป้าหมายตาม SDGs ได้ดี การจัดการที่มีคุณภาพ จะต้องบูรณาการเข้ากับครอบครัว ชุมชน ท้องถิ่น และมองไปถึงคุณภาพชีวิต เน้นแนวความคิด “มีอยู่ มีกิน เข้าถึงบริการ และสร้างรายได้” โดยมีจุดกำเนิดที่ดีมาจากนโยบายและการจัดการของรัฐบาลสามารถนำไปตอบ SDGs ได้ทุกข้อ ที่จริง SDGs เป็นกรอบใหญ่ และมีประเด็นหลักที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยตรงในส่วนของ Health & Well Being เช่น ลดการเสียชีวิตจากโรคที่ไม่ควรให้มีการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ให้มีการเรียนรู้อยู่เสมอ ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยี เช่น หมอพร้อม เราชนะ คนละครึ่ง ผู้สูงอายุสามารถมีกิจกรรม ไปร้องเพลง เย็บปักถักร้อย นอกจากนี้ยังมีประเด็นการลดความไม่เสมอภาคในผู้สูงอายุ เช่น ด้านเศรษฐกิจ สังคม การพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-friendly Cities) ตามแนวทางของ WHO ที่มีอยู่ 8 ด้าน Age-friendly Cities สามารถตอบเรื่อง SDGs ได้หมดแล้ว และการบรรลุเป้าหมายตาม SDGs จะต้องทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีสุขภาพดี ซึ่งจะส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมายตาม SDGs ของประเทศต่อไป

ประเด็นที่ 5 ท่านคิดว่าการส่งเสริมด้านความร่วมมือระหว่างประเทศ เป็นประโยชน์ต่อการขับเคลื่อนการดำเนินงานในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยได้อย่างไรบ้าง

ความร่วมมือระหว่างประเทศบางครั้ง ถ้าเป็นการทำงานร่วมกันในรูปแบบ research และในระดับท้องถิ่นเป็นอย่างไร จะทำผู้สูงอายุดีขึ้นแบบไหน ประเด็นที่สำคัญอย่างหนึ่งคือผู้สูงอายุกับอาหารภูมิปัญญาท้องถิ่นในแต่ละพื้นที่มีมากมาย แนวทางการดำรงชีวิตในแต่ละท้องถิ่นซึ่งมีภูมิปัญญาท้องถิ่นสามารถนำมาจัดการร่วมกันได้ หรือถ้าจะเป็นด้านวิชาการก็ขอให้เน้นเป็นวิชาการจริง ๆ ส่วนการพัฒนา Human resource โดยการผลิตบุคลากรที่มีความรู้ด้านผู้สูงอายุมากขึ้น เช่น ความร่วมมือทางด้านวิชาการ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และยังอาจมีการแลกเปลี่ยน การสนับสนุนในด้านทรัพยากรบุคคล รวมถึงด้านเทคโนโลยีและดิจิทัล

ประเด็นที่ 6 ท่านมีข้อเสนอแนะหรือแนวทางอย่างไร เกี่ยวกับการพัฒนาระบบสุขภาพของผู้สูงอายุของประเทศไทย และความร่วมมือกันของกลุ่มประเทศในประชาคมอาเซียนในการพัฒนาระบบสุขภาพของผู้สูงอายุ

นโยบายระดับประเทศ การร่วมมือระหว่างกระทรวงต่างๆ ควรมีการบูรณาการให้มีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน โดยภาพรวมควรเสนอให้ผู้สูงอายุที่ อายุ 60-80 ปี เป็นช่วงอายุที่ไม่มีผู้สูงอายุติดเตียง เป็นผู้สูงอายุที่มีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี ในประเทศไทย อาจจะมีการตั้งกองทุนในการดูแลตนเองหลังเกษียณ รัฐจะต้องทำตรงนี้ไว้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองในอนาคต ประเทศเราควร

เน้นการออมและการดูแลสุขภาพตนเอง ความร่วมมือระหว่างประเทศอาเซียน แบ่งเป็นหลาย ๆ ส่วน เช่น กลุ่มแม่น้ำโขง ก็จะไม่แตกต่างกันมากกับบ้านเรา สมาคมไทยลาว ชายแดนเมียนมา ซึ่งจริง ๆ แล้ว เขาอยู่ด้วยกันมาช้านาน ซึ่งมีการดำเนินการอยู่แล้วในด้านความร่วมมือ ประเทศไทยเป็นเจ้าภาพ ในการดำเนินการจัดตั้ง ASEAN Centre for Active Ageing and Innovation ซึ่งเป็นการส่งเสริมความร่วมมือกันของกลุ่มประเทศในประชาคมอาเซียนได้อีกทางหนึ่ง ควมมีการเตรียมการให้มีการบูรณาการระหว่างกรมให้ชัดเจน และ ในด้านสังคมก็ควมมีการบูรณาการระหว่างกระทรวงให้ชัดเจน

3.4 การอภิปรายผลการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 110 ราย เป็นเพศหญิง 72 คน (ร้อยละ 65.5) เพศชาย 38 คน (ร้อยละ 34.5) ผู้ที่อายุ 60-69 ปี 101 คน (ร้อยละ 91.8) ผู้ที่อายุ 70-79 ปี 9 คน (ร้อยละ 8.2) อายุเฉลี่ย 65.23 ปี ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายปกติ (18.5-22.9 กก./ม.2) ร้อยละ 64.5 รองลงมาคือ สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (23.0-24.9 กก./ม.2) ร้อยละ 32.8 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 61.8 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.9 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 73.6 สวัสดิการด้านสุขภาพ เป็นสิทธิสวัสดิการข้าราชการ ร้อยละ 62.7 รองลงมาคือสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 19.1 ส่วนใหญ่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีทุกปีที่โรงพยาบาลหรือหน่วยงานบริการสาธารณสุข ร้อยละ 65.5 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 62.7 โดยพบว่าส่วนใหญ่ของโรคประจำตัวที่กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเป็น ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 51.3 และโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 47.4 และโรคหัวใจ ร้อยละ 15.4 ในปัจจุบันผู้สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 60.9 มีรายได้ประจำ (ยกเว้นเบี้ยผู้สูงอายุ) ร้อยละ 71.8 ซึ่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่มาจากบำนาญ/ค่าจ้างจากการทำงาน ร้อยละ 71.8 และพบว่าผู้สูงอายุมีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 73.6 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/กลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 73.6 และในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/กลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 70.9 ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมหมู่บ้าน/ชุมชน ร้อยละ 65.5 ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์และผลดีของการเข้าร่วมในกิจกรรมหมู่บ้าน/ชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.5

ปัจจัยด้านจิตใจ จิตวิญญาณของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.06 จาก คะแนนเต็ม 4 คะแนน) ปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในภาพรวมได้รับรู้บางครั้ง (ค่าเฉลี่ย 1.27 จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน) โดยแนวโน้มส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อออนไลน์, โทรศัพท์ และสมาชิกในครอบครัว ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในภาพรวมค่อนข้างต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.71 จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน) โดยกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีแนวโน้มของพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ในด้านการแปรงฟันแท่งก่อนนอนทุกวัน ในระดับสูงที่สุด พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ที่มีในระดับปานกลาง ได้แก่ การออกกำลังกาย

หรือเคลื่อนไหวร่างกายจนรู้สึกเหนื่อย และมีเหงื่อออก จำนวน 5-7 วันต่อสัปดาห์, ตื่นน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว จำนวน 5-7 วัน/สัปดาห์, กินผักและผลไม้สด วันละ 5 ส่วน จำนวน 5-7 วันต่อสัปดาห์ และนอนหลับ 7-8 ชั่วโมงต่อคืน พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ที่มีในระดับค่อนข้างต่ำ ได้แก่ ตื่นนอนและผลิตภันฑ์นม (เช่น นมวัว โยเกิร์ต นมถั่วเหลือง เป็นต้น) จำนวน 5-7 วันต่อสัปดาห์, ไม่ได้ดื่ม ชา กาแฟ หรือ เครื่องดื่มชูกำลัง, ไม่ได้ดื่ม น้ำอัดลม เครื่องดื่มที่มีรสหวานจัด, ไม่ได้สูบบุหรี่ ยาเส้น หรือสูดควันบุหรี่, ไม่ได้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาตองเหล้า และไม่ได้นั่งนิ่ง ๆ อยู่กับที่ หรือนอนติดต่อกันเกินกว่า 2 ชั่วโมงขึ้นไป โดยไม่รวมการนอนหลับ

การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้น เพศชาย และการตรวจสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์ที่เพิ่มขึ้น ปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ที่เพิ่มขึ้น ปัจจัยด้านจิตใจ จิตวิญญาณไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์ที่เพิ่มขึ้นนั้น อาจมีความเชื่อมโยงได้กับการที่ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยดังกล่าวมีความตระหนักมากขึ้นถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพ ทำให้มีแนวโน้มของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์มากขึ้น ซึ่งโดยทั่วไปผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยอมรับตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพเป็นพื้นฐานอยู่พอสมควร แต่ในผู้ที่มีดัชนีมวลกายค่อนข้างไปทางสูงและสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ถือได้ว่าเป็นสัญญาณเตือนอย่างหนึ่งต่อความเสี่ยงที่จะเป็นโรคต่าง ๆ ได้มากกว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกายปกติและอยู่ในระดับที่เหมาะสม จึงสามารถเป็นสิ่งที่ชักนำให้มีความตระหนักเพิ่มขึ้นได้ สำหรับผู้สูงอายุเพศชายซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น สำหรับจังหวัดนนทบุรี ถึงแม้จะเป็นจังหวัดในเขตปริมณฑล แต่ก็ยังมีพื้นที่อยู่หลายแห่งที่ยังคงมีลักษณะของความเป็นอยู่ และวัฒนธรรมแบบดั้งเดิม เพศหญิงมักจะมีภาระหน้าที่ในการดูแลบ้านเรือนซึ่งรวมไปถึงการจัดการเรื่องต่าง ๆ เช่น อาหาร เสื้อผ้า การดูแลสุขภาพบ้านและข้าวของเครื่องใช้ต่าง ๆ เป็นต้น ส่วนเพศชายซึ่งในช่วงก่อนเกษียณมีช่องทางการเข้าถึงเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ และกลุ่มเพื่อนที่มีความสนใจด้านสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย ฯลฯ ค่อนข้างมากและยังคงรักษาเครือข่ายดังกล่าวไว้อยู่ ประกอบกับการที่ฝ่ายหญิงมีภาระหน้าที่ในการดูแลบ้านเรือนอยู่แล้ว ทำให้ภาระหน้าที่โดยรวมในแต่ละวันของผู้สูงอายุเพศชายไม่มากเท่าเพศหญิง เพศชายจึงมีโอกาสน้อยและทางเลือกในการปฏิบัติตนตามแนวทางพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สำเร็จได้มากกว่า สำหรับการตรวจสุขภาพ สะท้อนให้เห็นถึงความดูแลเอาใจใส่ด้านสุขภาพ จึงความเป็นไปได้สูงที่ผู้สูงอายุที่มีการตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปีมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์มากกว่าผู้สูงอายุที่มีการตรวจสุขภาพ แต่ไม่ประจำทุกปี และมากกว่าผู้ที่ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปีเลย

ผู้สูงอายุที่รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมากขึ้น มีโอกาสได้รับคำแนะนำ/แนวทางต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดี จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์เพิ่มขึ้น

ปัจจัยที่ไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยด้านจิตใจ จิตวิญญาณ และปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไป ในด้าน อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา สวัสดิการด้านสุขภาพ โรคประจำตัว อาชีพ รายได้/แหล่งที่มาของรายได้/ความเพียงพอของรายได้ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/กลุ่มผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/กลุ่มผู้สูงอายุ ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา การมีส่วนร่วมในกิจกรรมหมู่บ้าน/ชุมชน ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์และผลดีของการเข้าร่วมในกิจกรรมหมู่บ้าน/ชุมชน

จากข้อคำถามในแบบสอบถามด้านจิตใจ จิตวิญญาณ ซึ่งใช้แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น มี 15 ข้อ ได้แก่ ท่านรู้สึกว่าคุณค่าในชีวิตมีความหมาย (มีคุณค่ามีประโยชน์), ท่านรู้สึกว่าคุณค่าของชีวิตของท่านมีความสุข, ท่านรู้สึกกังวลใจ, ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับบุคคลอื่น, ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน, ท่านเห็นว่าปัญหาส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่ท่านสามารถแก้ไขได้, ท่านสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา), ท่านรู้สึกยินดีกับความสำเร็จของคนอื่น, ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์, ท่านพึงพอใจกับความสามารถของตนเอง, ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง, ท่านมีเพื่อนหรือคนอื่น ๆ ในสังคมคอยช่วยเหลือท่านเมื่อท่านต้องการ, ครอบครัวของท่านมีความรักและผูกพันต่อกัน, ถ้าท่านป่วยท่านมั่นใจว่าครอบครัวของท่านจะดูแลท่านเป็นอย่างดี และสมาชิกของครอบครัวให้ความช่วยเหลือท่าน ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เห็นได้ว่า ปัจจัยด้านจิตใจ จิตวิญญาณแตกต่างกันมากกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ที่กำหนดในการศึกษานี้ซึ่งส่วนใหญ่เน้นไปทางพฤติกรรมสุขภาพด้านร่างกายและการดำรงชีวิตประจำวันทั่วไป ถึงแม้ว่าในบางกรณี ภาวะจิตใจ จิตวิญญาณ อาจส่งผลต่อการพิจารณาตัดสินใจที่จะปฏิบัติตนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ แต่ในการศึกษานี้ พบว่าปัจจัยด้านจิตใจ จิตวิญญาณ ไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นไปได้ทั้งในแง่ที่ไม่มีความเชื่อมโยงเพียงพอที่จะส่งผล หรือการใช้แบบประเมินฯ ฉบับสั้น มีเพียง 15 ข้อ อาจไม่เพียงพอที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่ไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับกรณีอายุ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้/แหล่งที่มาของรายได้/ความเพียงพอของรายได้ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/กลุ่มผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/กลุ่มผู้สูงอายุ ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา การมีส่วนร่วมในกิจกรรมหมู่บ้าน/ชุมชน ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์และผลดีของการเข้าร่วมในกิจกรรมหมู่บ้าน/ชุมชน แสดงให้เห็นได้ว่า เมื่อพิจารณาตามประเด็นต่าง ๆ ข้างต้นนี้ ไม่ว่าผู้สูงอายุจะอยู่ในกลุ่มใดในแต่ละประเด็นเหล่านี้ ทางเลือกสำหรับการพิจารณาตัดสินใจปฏิบัติตนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ก็ยังคงสามารถทำได้อยู่ ตัวอย่าง เช่น ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมฯ หรือ ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมฯ ก็ไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

เนื่องจากหากผู้สูงอายุพิจารณาตัดสินใจที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ การเป็นสมาชิกหรือไม่ได้เป็นสมาชิกก็ไม่ทำให้ช่องทางในการปฏิบัติตนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์หมดไป เพียงแต่อาจมีรูปแบบของพฤติกรรมนั้นแตกต่างกันไปตามความถนัด ความสามารถ ความสะดวกและความคุ้นเคยของผู้สูงอายุแต่ละคน สำหรับประเด็นอื่น ๆ ก็เช่นเดียวกันกับกรณีตัวอย่างนี้ สำหรับกรณีระดับการศึกษา สวัสดิการด้านสุขภาพ โรคประจำตัว ซึ่งก็ไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเช่นกัน กลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 73.6 ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 26.4 อาจเป็นไปได้ว่าการศึกษาระดับใดก็ตาม ต่างก็เน้นการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ใกล้เคียงกัน หรือการศึกษาในระดับที่สูงขึ้นจำเป็นต้องเน้นวิชาการสาขาต่าง ๆ อาจยังไม่ได้เน้นการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เท่าที่ควร จึงไม่ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ กลุ่มตัวอย่างมีสวัสดิการด้านสุขภาพ สิทธิสวัสดิการข้าราชการ ร้อยละ 62.7 ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 19.1 ประกันสังคม ร้อยละ 6.4 และมีประกันชีวิต/อื่น ๆ ร้อยละ 11.8 การที่ผู้สูงอายุมีสวัสดิการด้านสุขภาพหรือประกันรูปแบบต่าง ๆ กันไป ไม่ได้เป็นสิ่งที่ทำให้การมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์มากหรือน้อยจากการที่มีรูปแบบของสวัสดิการ/ประกันแตกต่างกัน หรือในอีกทางหนึ่ง ผู้สูงอายุบางท่านอาจไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญมากนักของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เนื่องจากมีสวัสดิการฯ หรือประกันฯ ในด้านสุขภาพแล้ว สำหรับกรณีโรคประจำตัว กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว ร้อยละ 62.7 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 37.3 การมีโรคประจำตัวไม่เป็นการตัดโอกาสของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุยังสามารถเลือกรูปแบบของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ให้เหมาะสมกับสภาวะสุขภาพของตนเองได้ ดังนั้นไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุที่มีหรือไม่มีโรคประจำตัว ก็ยังคงสามารถปฏิบัติตนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้ หรือในทางกลับกัน มีความเป็นไปได้ว่า ผู้สูงอายุทั้งในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวและกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัวไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เท่าที่ควรและไม่ได้มีความแตกต่างกันอย่างเด่นชัดระหว่างกลุ่มที่มีโรคประจำตัวและกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว

บทที่ 4

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

4.1 สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับ พฤติกรรม สุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การศึกษาเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการสำรวจ เก็บรวบรวมข้อมูลแบบออนไลน์จากผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี การศึกษาเชิงคุณภาพใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุ และใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้บริหารและข้าราชการระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข โดยสัมภาษณ์ผ่านทางออนไลน์ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้เป็นแบบสอบถามสำหรับผู้สูงอายุ ทำการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อยู่ในจังหวัดนนทบุรี จำนวน 110 คน โดยการตอบแบบสอบถามและส่งคำตอบแบบสอบถามทางออนไลน์ และแบบสัมภาษณ์ผู้บริหารและข้าราชการระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 3 คน โดยสัมภาษณ์ผ่านทางออนไลน์ ผลการสำรวจกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 110 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเพศหญิง ร้อยละ 65.5 และผู้สูงอายุเพศชาย ร้อยละ 34.5 มีอายุอยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 91.8 และช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 8.2 ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายปกติ (18.5-22.9 กก./ม.2) ร้อยละ 64.5 รองลงมาคือ สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (23.0-24.9 กก./ม.2) ร้อยละ 32.8 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสอยู่ ร้อยละ 61.8 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.9 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 73.6 สวัสดิการด้านสุขภาพ เป็นสิทธิสวัสดิการข้าราชการ ร้อยละ 62.7 รองลงมาคือสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 19.1 ส่วนใหญ่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีทุกปีที่โรงพยาบาลหรือหน่วยงานบริการสาธารณสุข ร้อยละ 65.5 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 62.7 โดยพบว่าส่วนใหญ่ของโรคประจำตัวที่กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเป็น ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 51.3 และโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 47.4 และโรคหัวใจ ร้อยละ 15.4 ในปัจจุบันผู้สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 60.9 มีรายได้ประจำ (ยกเว้นเบี้ยผู้สูงอายุ) ร้อยละ 71.8 ซึ่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่มาจากบำนาญ/ค่าจ้างจากการทำงาน ร้อยละ 71.8 และพบว่าผู้สูงอายุมีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 73.6 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เป็นสมาชิกชมรม ร้อยละ 73.6 และในรอบ 12 เดือนไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 70.9 ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นต่อประโยชน์ของกิจกรรมกลุ่ม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.5

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยด้านจิตใจ จิตวิญญาณ ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.06 จาก คะแนนเต็ม 4 คะแนน) ปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในภาพรวมได้รับรู้บ้างครั้ง (ค่าเฉลี่ย 1.27 จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน) โดยแนวโน้มส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อออนไลน์ (เช่น Facebook, Line, YouTube และอื่น ๆ) แนวโน้มรองลงมาได้แก่ โทรทัศน์ และสมาชิกในครอบครัว ตามลำดับ

ในส่วนของพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ มีพฤติกรรมด้านการแปรงฟันก่อนนอนทุกวัน สูงที่สุด และมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลาง ได้แก่ การออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายจนรู้สึกเหนื่อย และมีเหงื่อออก จำนวน 5-7 วันต่อสัปดาห์, ดื่มน้ำสะอาด อย่างน้อยวันละ 8 แก้ว จำนวน 5-7 วัน/สัปดาห์, กินผักและผลไม้สด วันละ 5 ส่วน จำนวน 5-7 วันต่อสัปดาห์, นอนหลับ 7-8 ชั่วโมงต่อคืน และพฤติกรรมสุขภาพในระดับค่อนข้างต่ำ ได้แก่ ดื่มนมและผลิตภัณฑ์นม (เช่น นมวัว โยเกิร์ต นมถั่วเหลือง เป็นต้น) จำนวน 5-7 วันต่อสัปดาห์, ไม่ได้ดื่ม ชา กาแฟ หรือ เครื่องดื่มชูกำลัง, ไม่ได้ดื่มน้ำอัดลม เครื่องดื่มที่มีรสหวานจัด, ไม่ได้สูบบุหรี่ ยาเส้น หรือสูดควันบุหรี่, ไม่ได้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาตองเหล้า และไม่ได้นั่งนิ่ง ๆ อยู่กับที่ หรือนอนติดต่อกันเกินกว่า 2 ชั่วโมงขึ้นไป โดยไม่รวมการนอนหลับ และโดยสรุป กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในภาพรวมค่อนข้างต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.71 จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน)

ผลการทดสอบสมมติฐานกรณีความสัมพันธ์ของปัจจัยกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่มีค่าดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุที่เป็นเพศชายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุที่มีการตรวจสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น ปัจจัยด้านจิตใจ จิตวิญญาณ ไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

การศึกษาเชิงปริมาณ ซึ่งมีผลการศึกษาตามที่สรุปได้ข้างต้นนั้นนี้ ถือได้ว่าเป็นเพียงการศึกษาเบื้องต้น เก็บรวบรวมข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามของผู้สูงอายุจำนวนเพียง 110 คน ซึ่งยังถือว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย (หมายเหตุ: การมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่มีความรุนแรงของสถานการณ์เพิ่มมากขึ้นกว่าในช่วงที่เริ่มวางแผนทำการศึกษาในระยะเริ่มต้น ความรุนแรงของสถานการณ์ดังกล่าวมีผลกระทบต่อการพูดคุยติดต่อสื่อสารในระยะใกล้ชิด การเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามจึงดำเนินการทางออนไลน์แต่อย่างไรก็ตาม ยังคงเก็บข้อมูลจากผู้ตอบแบบสอบถามได้จำนวนน้อย เนื่องจากเป็นสถานการณ์ที่ไม่ใช่ช่วงที่เป็นปกติ อาจมีภาระต่าง ๆ ที่อาจส่งผลต่อการที่ต้องใช้เวลากับการตอบแบบสอบถาม) โดย

สรุปนั้น ยังคงอาจมีจุดด้อยสำหรับการพิจารณานำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ต่อไป แต่สามารถเพิ่มความเชื่อมั่นได้มากยิ่งขึ้นเมื่อพิจารณาข้อมูลจากแหล่งอื่น ๆ ในประเด็นที่เกี่ยวข้องร่วมด้วย

การศึกษาเชิงคุณภาพโดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ในส่วนที่ 5 ความคิดเห็นอื่น ๆ โดยสรุปมีความคิดเห็นในประเด็นหลัก ๆ ได้แก่ ผู้สูงอายุต้องดูแลตัวเองให้สุขภาพแข็งแรงเพื่อตัวเอง และไม่ให้เป็นภาระลูกหลาน หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนควรเข้ามามีส่วนร่วมร่วมกัน ควรมีการส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย ทำจิตใจให้แจ่มใส ควรจัดให้มีศูนย์สุขภาพสำหรับออกกำลังกาย และควรมีการจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้พบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการดูแลสุขภาพแก่กันและกัน ควรมีหน่วยงานอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้สูงอายุ หน่วยงานควรมีผู้เยี่ยมเยียนผู้สูงอายุตามบ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังเพียงคนเดียว ภาครัฐให้ความสำคัญดูแลด้านสวัสดิการอย่างพอเพียง ผู้สูงอายุทุกคนควรมีสวัสดิการเหมือนกัน เจ้าหน้าที่ควรมาชักชวนให้ผู้สูงอายุไปทำกิจกรรมและออกกำลังกาย จัดให้มีกิจกรรมหลากหลายใกล้บ้าน จัดให้มีลิฟท์ขึ้นสะพานลอยสำหรับผู้สูงอายุ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ประกอบไปด้วย อาหารที่เหมาะสมกับวัย ตามหลักโภชนาการ การพักผ่อน การมีอารมณ์ที่ดี ไม่เครียด และการมีรายได้หรือการมีอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้ในผู้สูงอายุ อยากให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุทำงานร่วมกัน บูรณาการการทำงานโดยเน้นผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง

การศึกษาเชิงคุณภาพโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้บริหารและข้าราชการระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข รวม 3 คน โดยสัมภาษณ์ผ่านทางออนไลน์ โดยสรุปมีความเห็นว่า ความร่วมมือระหว่างประเทศสามารถช่วยการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ เช่น ความร่วมมือด้านวิชาการ ความร่วมมือในการพัฒนาศักยภาพบุคลากร การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และแนวทางในการพัฒนาด้านการดูแลผู้สูงอายุ โดยต้องมีการบูรณาการระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ให้ชัดเจน การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการทำกิจกรรมได้สะดวก ใกล้บ้าน การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ การช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยส่งเสริมการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุร่วมด้วย สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะช่วยในการบรรลุเป้าหมายตาม SDGs ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านสุขภาพผู้สูงอายุได้

4.2 ข้อเสนอแนะ

4.2.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) หน่วยงานหลักที่มีบทบาทความรับผิดชอบด้านผู้สูงอายุควรมีการบูรณาการอย่างชัดเจนยิ่งขึ้น เช่น การพัฒนาระบบข้อมูลด้านผู้สูงอายุร่วมกัน การพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ทั้งในการด้านการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทย และยังสามารถสนับสนุนการดำเนินงานในมิติของความร่วมมือระหว่างประเทศที่อาจต้องมีการแลกเปลี่ยน

ประสบการณ์ การพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน และจากผลการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีการตรวจสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น จึงสมควรเน้นการพัฒนา ระบบสุขภาพผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพ ประจำปีเป็นประจำด้วย

2) การส่งเสริมให้การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชากรทุกกลุ่มวัย เป็นนโยบายสำคัญของหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีบทบาทความรับผิดชอบเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพของ ประชากรทุกกลุ่มวัย และการสื่อสารประชาสัมพันธ์ เน้นการสื่อสารประชาสัมพันธ์ทางสื่อออนไลน์, Social Media ให้มากขึ้น โดยกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในด้านการพัฒนาที่เกี่ยวข้อง กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ สนับสนุนหน่วยงานต่าง ๆ ให้สามารถดำเนินการตามนโยบายดังกล่าวได้ ซึ่งจะมีส่วนช่วยให้ประชาชนเข้าถึงแหล่งที่จะรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่เชื่อถือได้ และสามารถ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและอาจมีแนวโน้มที่จะไปรับการตรวจสุขภาพตามความ เหมาะสมเพิ่มขึ้น และจากผลการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นมี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุที่มีการตรวจสุขภาพมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น จะเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปได้

3) การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุที่ยังมีความสามารถในการทำงานและต้องการ ทำงาน มีงานทำ รวมถึงการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุสามารถมีการศึกษาเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง สามารถ เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ตามความเหมาะสม โดยได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานต่าง ๆ และ ภาคส่วนต่าง ๆ ของสังคมร่วมมือกัน ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมให้ยังคงมีพฤติกรรมและแนวทางการ ปฏิบัติตนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณได้อย่างต่อเนื่อง

4) การส่งเสริมให้หน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่เกี่ยวข้องกับการ พัฒนาด้านเทคโนโลยีและดิจิทัล ทั้งในส่วนของภาครัฐและภาคเอกชน มีความร่วมมือกันในการ ส่งเสริมความรอบรู้ด้านเทคโนโลยีและดิจิทัลให้แก่ประชากรทุกกลุ่มวัย และพัฒนาระบบเทคโนโลยี และดิจิทัลให้ประชากรทุกกลุ่มวัยสามารถเข้าถึงได้ ซึ่งจากผลการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับข้อมูล ข่าวสารด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น และมีแนวโน้ม ของการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจากสื่อออนไลน์, Social Media การพัฒนาด้าน เทคโนโลยีและดิจิทัลจะมีส่วนในการสนับสนุนได้เป็นอย่างดีต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและ สามารถเชื่อมโยงไปถึงการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุได้ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อทั้ง ผู้สูงอายุในปัจจุบัน และผู้ที่จะเป็นผู้สูงอายุในอนาคต

5) สนับสนุนการวิจัยและพัฒนา โดยหน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ สถาบันการศึกษา สถาบันการวิจัย และกระทรวงต่าง ๆ

ที่เกี่ยวข้อง ควรส่งเสริมให้มีการวิจัยและพัฒนาในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ สำหรับผลการศึกษานี้ ในส่วนของผลการทดสอบสมมติฐานกรณีความสัมพันธ์ของปัจจัยกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่มีค่าดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุที่เป็นเพศชายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น การศึกษาวิจัยเพื่อค้นหาสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีค่าดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น และค้นหาช่วงของค่าดัชนีมวลกายที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร การศึกษาวิจัยเพื่อค้นหาสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุเพศชายมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในระดับที่สูงกว่าเพศหญิง เพื่อเป็นแนวทางและเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนทั้งในระยะสั้นและระยะยาวต่อไป

4.2.2 ข้อเสนอแนะในการดำเนินการ

1) หน่วยงานต่าง ๆ ที่เป็นภาคีเครือข่ายในด้านการดูแลผู้สูงอายุ ในมิติต่าง ๆ เช่น สุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ควรมีการประสานงานร่วมกันในทุกระดับ และในด้านสุขภาพนั้น การพัฒนาระบบสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ควรคำนึงถึงการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีเป็นประจำด้วย

2) การรณรงค์และประชาสัมพันธ์ต่าง ๆ ควรติดตามสถานการณ์การติดตามข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ของประชาชน มักจะมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากแหล่งใดเป็นส่วนใหญ่เป็นประจำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ปัจจุบันมีการใช้สื่อออนไลน์, Social Media เพิ่มขึ้นมาก ก็เป็นช่องทางหนึ่งที่มีความการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพซึ่งจะช่วยให้เข้าถึงประชาชนจำนวนมากได้ และการเสริมด้วยช่องทางอื่น ๆ เช่น การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ทางโทรทัศน์ การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ผ่านทางสมาชิกในครอบครัวที่สามารถกระจายข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปสู่ผู้สูงอายุได้ในอีกทางหนึ่ง ซึ่งประชาชนกลุ่มวัยทำงานก็เป็นกลุ่มหนึ่งที่จะช่วยเสริมการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้

3) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ นักบริบาล รวมทั้งสหวิชาชีพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยพัฒนาให้มีบุคลากรอย่างเพียงพอและทั่วถึง

4) การวิจัยและพัฒนาเพิ่มเติมในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ดัชนีมวลกาย เพศ การตรวจสุขภาพ ปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และปัจจัยอื่น ๆ ที่ไม่ได้รวมอยู่ในการศึกษานี้ด้วย

ซึ่งหากสามารถดำเนินการตามข้อเสนอแนะข้างต้นนี้ แล้วส่งผลให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในระดับที่เพิ่มมากขึ้น จะเป็นส่วนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี และมีความเป็นอยู่ที่ดี และจะช่วยในการบรรลุเป้าหมายตาม SDGs ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านสุขภาพผู้สูงอายุได้

บรรณานุกรม

หนังสือ

กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. ยุทธศาสตร์กรมกิจการผู้สูงอายุ 20 ปี พ.ศ. 2561-2580. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สามลดา, 2561.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ. นนทบุรี: โรงพิมพ์วชิรรินทร์ พี.พี., 2556.

กรมอาเซียน กระทรวงการต่างประเทศ. อาเซียน 2025: มุ่งหน้าไปด้วยกัน = ASEAN 2025: FORGING AHEAD TOGETHER วิสัยทัศน์ประชาคมอาเซียน 2025 และแผนงานประชาคมอาเซียน 2016-2025. กรุงเทพฯ: กรมอาเซียน กระทรวงการต่างประเทศ, 2559.

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิสัย, 2553.

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพโดยชุมชน. นนทบุรี: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556.

กองสุศึกษาและภาควิชาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์. เอกสารการประชุมวิชาการสุศึกษาแห่งชาติครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, 2542.

คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ.2552. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิสัย, 2553.

ธนวรรณ อิมสมบุรณ์. พฤติกรรมสุขภาพและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. เอกสารการสอนชุดวิชาสุศึกษาและการประชาสัมพันธ์งานสาธารณสุข หน่วยที่ 3. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2546.

บรรลุ ศิริพานิช. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2559.

วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ. รายงานการศึกษา โครงการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2550-2554). กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2556.

สำนักงานจังหวัดนนทบุรี กลุ่มงานยุทธศาสตร์และข้อมูลเพื่อการพัฒนาจังหวัด. บรรยายสรุปจังหวัดนนทบุรี. นนทบุรี: สำนักงานจังหวัดนนทบุรี กลุ่มงานยุทธศาสตร์และข้อมูลเพื่อการพัฒนาจังหวัด, 2561.

สำนักงานเลขาธิการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-2580 (ฉบับย่อ). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2561.

Mujahid, G. Population Ageing in East and South-East Asia: Current Situation and Emerging Challenges. Bangkok: UNFPA Country Technical Services Team for East and South-East Asia, 2006.

United Nations. Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing: Second World Assembly on Ageing, Madrid, Spain 8-12 April 2002. New York: United Nations, 2002.

World Health Organization. Decade of healthy ageing: baseline report. Geneva: World Health Organization, 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

บทความในวารสาร

เกสร มัยจิน. ปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 23(2), (เมษายน-มิถุนายน 2558): 306-318.

ขวัญดาว กล่ำรัตน ศิริบุณ จงวุฒิเวศย์ ภัทรพล มหาพันธ์ และนวลฉวี ประเสริฐสุข. ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์), 7(3), (กันยายน-ธันวาคม 2556): 93-104.

เฉลิมพล แจ่มจันทร์. ข้อพิจารณาโน้ตค้นใหม่ของ “นิยามผู้สูงอายุ” และ “อายุเกษียณ” ในประเทศไทย. วารสารประชากร, 4(1), (2556): 131-150.

ปรียาภรณ์ ตั้งคุณานันต์. การศึกษาตลอดชีวิตสำหรับสังคมไทยสู่สังคมผู้สูงอายุ. วารสารครุศาสตร์อุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี, 2(1), (มกราคม-มิถุนายน 2557): 1-8.

พิมพ์สิทธิ์ บัวแก้ว และรติพร ถึงฝ่ง. การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. วารสารสมาคมนักวิจัย, 21(2) (2559): 94-109.

วิรดา อรรถเมธากุล และวรรณ ศรีวิลัย. ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคูบัว จังหวัดราชบุรี. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 7(2), (กรกฎาคม-ธันวาคม 2556): 18-28.

ศรีเมือง พลังฤทธิ์, เกษร สำเภาทอง, อารีย์ สงวนชื่อ และลำดวน โรจรัตน์. สถานะสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคูคต อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 36(3), (กรกฎาคม-กันยายน 2561): 69-78.

ศิริสุข นาคะเสนีย์. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วารสารวิจัยรำไพพรรณี, 12(1), (มกราคม-เมษายน 2561): 39-48.

สุชาดา สมบูรณ์, สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ และชมนาด สุ่มเงิน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารเกื้อการุณย์, 25(1), (มกราคม-มิถุนายน 2561): 141-153.

Anthony, O. C. Managing behavior and emotional issues in older people. The Social Sciences, 5(5), (2010): 401-413.

Orimo, H., and others. Reviewing the definition of “elderly”. Japan Geriatrics Society, 6, (August 2006): 149-158.

Roebuck J. When does old age begin?: the evolution of the English definition. Journal of Social History, 12(3), (March 1979): 416-428.

Uotinen, V., Rantanen, T., Suutama, T. Perceived age as a predictor of old age mortality: A 13-year prospective study. Age and Ageing, 34(4), (July 2005): 368-372.

วิทยานิพนธ์

ปัทมาสน์ เพชรสม. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาประชากรศาสตร์ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2558.

วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตำหรุ อำเภอมะนัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการบริหารทั่วไป วิทยาลัยการศึกษารัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2557.

สื่ออิเล็กทรอนิกส์

กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2563. [ออนไลน์]. 2564. แหล่งที่มา: <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/335> [3 กรกฎาคม 2564].

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
คำชี้แจงแบบสอบถาม

“ความสัมพันธ์ของปัจจัยกับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี”

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยและความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ข้อมูลด้านสุขภาพ สถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยด้านจิตใจ จิตวิญญาณ ปัจจัยด้านสังคม อาชีพและสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ คำถามในแบบสอบถามนี้ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด คำตอบของท่านมีความสำคัญและเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป จึงขอความร่วมมือจากท่านในการตอบคำถามด้วยตัวของท่านเองอย่างเป็นจริงที่สุด คำตอบของท่านจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อตัวท่าน ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามนี้จะไม่เปิดเผยรายชื่อหรือรายละเอียดที่เป็นการเฉพาะเจาะจงให้ทราบว่าเป็นคำตอบของบุคคลใดหรือหน่วยงานใด โดยผลการศึกษาจะนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น จึงขอให้ท่านไว้วางใจและกรุณาตอบคำถามให้ครบทุกข้อ

แบบสอบถามฉบับนี้ ประกอบด้วย 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ด้านจิตใจ จิตวิญญาณ

ส่วนที่ 3 ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพ

ส่วนที่ 5 ความคิดเห็นอื่นๆ

ผู้วิจัย ขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูง ที่ท่านกรุณาสละเวลาอันมีค่าเพื่อตอบแบบสอบถามนี้

นายแพทย์กิตติ ลาภสมบัติศิริ ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ

โทร. 081 682 9668 อีเมล kitti.l@anamai.mail.go.th

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ภาคผนวก ข

แบบสอบถาม

“ความสัมพันธ์ของปัจจัยกับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี”

แบบสอบถามฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ แบบสอบถามฉบับนี้ ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ด้านจิตใจ จิตวิญญาณ

ส่วนที่ 3 ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพ

ส่วนที่ 5 ความคิดเห็นอื่นๆ

คำชี้แจง : ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ หรือเติมข้อมูลตามที่เป็นจริง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ ☐ (1) ชาย ☐ (2) หญิง ☐ (3) ไม่ระบุ
2. อายุ ปี
3. น้ำหนัก.....กิโลกรัม/ ส่วนสูง.....เซนติเมตร รอบเอว.....เซนติเมตร
4. สถานภาพสมรส
☐ (1) โสด ☐ (2) สมรส ☐ (3) หม้าย ☐ (4) หย่าร้าง ☐ (5) แยกกันอยู่
5. ศาสนา
☐ (1) พุทธ ☐ (2) คริสต์ ☐ (3) อิสลาม ☐ (4) อื่น ๆ (ระบุ).....
6. ระดับการศึกษา (ระบุการศึกษาชั้นสูงสุด)
☐ (0) ไม่ได้เรียนหนังสือ ☐ (1) ประถมศึกษา
☐ (2) มัธยมศึกษา ☐ (3) ปริญญาตรี
☐ (4) สูงกว่าปริญญาตรี
7. สวัสดิการด้านสุขภาพของท่านในปัจจุบัน
☐ (1) บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า
☐ (2) สิทธิประกันสังคม/กองทุนทดแทน
☐ (3) สวัสดิการข้าราชการ
☐ (4) ประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน
☐ (5) อื่น ๆ (ระบุ).....

8. ท่านได้รับการตรวจสอบสุขภาพประจำปีหรือไม่

- ☐ (0) ไม่เคยเลย
- ☐ (1) ตรวจ แต่ไม่ประจำทุกปี
- ☐ (2) ตรวจเป็นประจำทุกปี ที่โรงพยาบาล หรือหน่วยงานบริการด้านสาธารณสุข

9. ท่านมีโรคประจำตัวที่ต้องพบแพทย์เป็นประจำหรือไม่

- ☐ ไม่มี
- ☐ มี โปรดระบุโรคประจำตัวของท่าน (สามารถระบุได้มากกว่า 1 โรค)

- | | |
|--|--|
| ☐ เบาหวาน | ☐ ความดันโลหิตสูง |
| ☐ หัวใจและหลอดเลือด | ☐ ไขมันในเลือดสูง |
| ☐ ภูมิแพ้ | ☐ ภาวะซึมเศร้า |
| ☐ มะเร็ง | ☐ อื่นๆ |

10. ท่านได้ประกอบอาชีพหรือไม่

- ☐ ไม่ทำ ☐ ทำ

11. ท่านมีรายได้หรือไม่

- ☐ มี ☐ ไม่มี

12. แหล่งที่มาของรายได้

- ☐ บำนาญ ☐ ค่าจ้าง ☐ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
- ☐ บุตรหลาน ☐ อื่น ๆ

13. รายได้ของท่านเพียงพอกับรายจ่ายหรือไม่

- ☐ เพียงพอ ☐ ไม่เพียงพอ ☐ พอบ้าง ไม่พอบ้าง

14. ท่านเป็น สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/กลุ่มผู้สูงอายุ หรือไม่

- ☐ (0) ไม่เป็น
- ☐ (1) เป็น (โปรดระบุชื่อ)

ชื่อชมรม/โรงเรียน/กลุ่ม.....

ตำบล อำเภอ จังหวัด

15. ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยเข้าร่วมในกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/กลุ่มผู้สูงอายุ หรือไม่

- ☐ (0) ไม่เข้าร่วม
☐ (1) เข้าร่วม “เป็นบางครั้ง”
☐ (2) เข้าร่วม “เกือบทุกครั้งหรือทุกครั้ง”

16. ท่านมีความพึงพอใจต่อชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/กลุ่มผู้สูงอายุ ในระดับใด

- ☐ (1) น้อย ☐ (2) ปานกลาง ☐ (3) มาก

17. ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมหมู่บ้าน/ชุมชนหรือไม่

- ☐ (0) ไม่เข้าร่วม
☐ (1) เข้าร่วม “เป็นบางครั้ง”
☐ (2) เข้าร่วม “เกือบทุกครั้งหรือทุกครั้ง”

18. ท่านคิดว่า “การเข้าร่วมในกิจกรรมหมู่บ้าน/ชุมชน มีประโยชน์และผลดีต่อท่าน” ในระดับใด

- ☐ (1) น้อย ☐ (2) ปานกลาง ☐ (3) มาก

ส่วนที่ 2 ด้านจิตใจ จิตวิญญาณ

แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น

Thai Geriatric Mental Health Assessment Tool (T-GMHA-15)

คำชี้แจง

1. กรุณาภาครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่มีข้อความตรงกับตัวท่านมากที่สุด และขอความร่วมมือตอบคำถามทุกข้อ

2. คำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์ของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จนถึงปัจจุบัน ให้ท่านสำรวจตัวท่านเองและประเมินเหตุการณ์ อารมณ์ ความคิดเห็นและความรู้สึกของท่าน ว่าอยู่ในระดับใด แล้วตอบลงในช่องคำตอบที่เป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบจะมี 4 ตัวเลือก คือ

- | | | |
|-----------|---------|---|
| ไม่เคย | หมายถึง | ไม่เคยมีเหตุการณ์ อารมณ์ ความรู้สึก หรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ |
| เล็กน้อย | หมายถึง | เคยมีเหตุการณ์ อารมณ์ ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ เพียงเล็กน้อย หรือ เห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ เพียงเล็กน้อย |
| มาก | หมายถึง | เคยมีเหตุการณ์ อารมณ์ ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ มาก หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ มาก |
| มากที่สุด | หมายถึง | เคยมีเหตุการณ์ อารมณ์ ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ มากที่สุด หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ มากที่สุด |

ข้อ	ข้อความ	ระดับความรู้สึก			
		ไม่ เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด
1	ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมาย (มีคุณค่ามีประโยชน์)				
2	ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีความสุข				
3	ท่านรู้สึกกังวลใจ				
4	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับบุคคลอื่น				
5	ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน				
6	ท่านเห็นว่าปัญหาส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่ท่านสามารถแก้ไขได้				
7	ท่านสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่อยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา)				
8	ท่านรู้สึกยินดีกับความสำเร็จของคนอื่น				
9	ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์				
10	ท่านพึงพอใจกับความสามารถของตนเอง				
11	ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง				
12	ท่านมีเพื่อนหรือคนอื่น ๆ ในสังคมคอยช่วยเหลือท่าน เมื่อท่านต้องการ				
13	ครอบครัวของท่านมีความรักและผูกพันต่อกัน				
14	ถ้าท่านป่วยท่านมั่นใจว่าครอบครัวของท่านจะดูแลท่าน เป็นอย่างดี				
15	สมาชิกของครอบครัวให้ความช่วยเหลือท่าน				

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

คำชี้แจง

1. กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่มีข้อความตรงกับตัวท่านมากที่สุด และขอความร่วมมือตอบคำถามทุกข้อ
2. คำถามต่อไปนี้จะถามถึงระดับความคิดเห็นที่ตรงกับพฤติกรรมของท่าน ในช่วงระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ให้ท่านสำรวจตัวท่านเองและประเมินเหตุการณ์ อาการ ความคิดเห็น และความรู้สึกของท่าน ว่าอยู่ในระดับใด แล้วตอบลงในช่องคำตอบที่เป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบจะมี 4 ตัวเลือก คือ

ไม่เลย หมายถึง ไม่เคยมีพฤติกรรม

เล็กน้อย หมายถึง เคยมีพฤติกรรมในเรื่องนั้น ๆ เพียงเล็กน้อย

มาก หมายถึง เคยมีพฤติกรรมในเรื่องนั้น ๆ มาก

มากที่สุด หมายถึง เคยมีพฤติกรรมในเรื่องนั้น ๆ มากที่สุด

ข้อ	รายการ	ระดับความคิดเห็น			
		ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด
1	ท่านรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากหนังสือพิมพ์จำนวน 5-7 วันต่อสัปดาห์				
2	ท่านรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากนิตยสารวารสาร จำนวน 5-7 วันต่อสัปดาห์				
3	ท่านรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากโทรทัศน์จำนวน 5-7 วันต่อสัปดาห์				
4	ท่านรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากวิทยุจำนวน 5-7 วันต่อสัปดาห์				
5	ท่านรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากโปสเตอร์ป้ายประชาสัมพันธ์ จำนวน 5-7 วันต่อสัปดาห์				
6	ท่านรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากแผ่นพับจำนวน 5-7 วันต่อสัปดาห์				
7	ท่านรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อออนไลน์ เช่น Facebook, Line, Youtube และอื่น ๆ จำนวน 5-7 วันต่อสัปดาห์				

ข้อ	รายการ	ระดับความคิดเห็น			
		ไม่ เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด
8	ท่านรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจาก หอกระจายข่าว ในหมู่บ้านหรือชุมชน จำนวน 5-7 วันต่อสัปดาห์				
9	ท่านรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจาก สื่อบุคคล เช่น กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน, อสม. จำนวน 5-7 วันต่อสัปดาห์				
10	ท่านรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจาก เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขใกล้บ้าน จำนวน 5-7 วันต่อสัปดาห์				
11	ท่านรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจาก สมาชิกใน ครอบครัว จำนวน 5-7 วันต่อสัปดาห์				
12	ท่านได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อ ประชาสัมพันธ์ หรือช่องทางอื่น ๆ ของ หน่วยงาน ภาครัฐ จำนวน 5-7 วันต่อสัปดาห์				
13	ท่านได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจาก สื่อประชาสัมพันธ์ หรือช่องทางอื่น ๆ จาก หน่วยงาน ภาคเอกชน จำนวน 5-7 วันต่อสัปดาห์				
14	ท่านได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อประชาสัมพันธ์ หรือช่องทางอื่น ๆ จาก หน่วยงานไม่แสวงหาผลกำไร เอ็นจี โอ หรือ หน่วยงานอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ หน่วยงานภาครัฐและไม่ใช่ หน่วยงานภาคเอกชน จำนวน 5-7 วันต่อสัปดาห์				
15	ท่านได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ จากแหล่งข้อมูลใด ๆ ก็ตาม ทุกวัน				

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพ

คำชี้แจง

1. กรุณาภาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่มีข้อความตรงกับตัวท่านมากที่สุด และขอความร่วมมือตอบคำถามทุกข้อ
2. คำถามต่อไปนี้จะถามถึงระดับความคิดเห็นที่ตรงกับพฤติกรรมของท่านในช่วงระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ให้ท่านสำรวจตัวท่านเองและประเมินเหตุการณ์ อาการ ความคิดเห็น และความรู้สึกของท่าน ว่าอยู่ในระดับใด แล้วตอบลงในช่องคำตอบที่เป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบจะมี 4 ตัวเลือก คือ

ไม่เลย หมายถึง ไม่เคยมีพฤติกรรม

เล็กน้อย หมายถึง เคยมีพฤติกรรมในเรื่องนั้น ๆ เพียงเล็กน้อย

มาก หมายถึง เคยมีพฤติกรรมในเรื่องนั้น ๆ มาก

มากที่สุด หมายถึง เคยมีพฤติกรรมในเรื่องนั้น ๆ มากที่สุด

ข้อ	รายการ	ระดับความคิดเห็น			
		ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด
1	ใน 1 สัปดาห์ ท่านได้ออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายจนรู้สึกเหนื่อย และมีเหงื่อออก จำนวน 5-7 วันต่อสัปดาห์ (ตัวอย่าง เช่น การเดิน, ปั่นจักรยาน, ทำงานบ้าน, ทำสวน, ทำไร่, ทำนา และออกกำลังกาย ฯลฯ)				
2	ใน 1 สัปดาห์ ท่านดื่มน้ำสะอาด อย่างน้อยวันละ 8 แก้ว จำนวน 5-7 วันต่อสัปดาห์				
3	ใน 1 สัปดาห์ ท่านกินผักและผลไม้สด วันละ 5 ส่วน จำนวน 5-7 วันต่อสัปดาห์ (ผัก 1 ส่วน หมายถึง ผักสุก 1 ทัพพี ผักสด 2 ทัพพี, ผลไม้ 1 ส่วน หมายถึง ผลไม้ 6-8 ชิ้นคำ)				
4	ใน 1 สัปดาห์ ท่านดื่มนมและผลิตภัณฑ์นม (เช่น นมวัว โยเกิร์ต นมถั่วเหลือง เป็นต้น) จำนวน 5-7 วันต่อสัปดาห์				

ข้อ	รายการ	ระดับความคิดเห็น			
		ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด
5	ท่าน <u>ไม่ได้</u> ดื่ม ชา กาแฟ หรือ เครื่องดื่มชูกำลัง				
6	ท่าน <u>ไม่ได้</u> ดื่ม น้ำอัดลม เครื่องดื่มที่มีรสหวานจัด				
7	ท่าน <u>ไม่ได้</u> สูบบุหรี่ ยาเส้น หรือสูดควันบุหรี่				
8	ท่าน <u>ไม่ได้</u> ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาต้องเหล้า เป็นต้น				
9	ท่าน <u>แปรงฟัน</u> แต่ก่อนนอน <u>ทุกวัน</u>				
10	ใน 1 วัน ท่าน <u>ไม่ได้</u> นั่งนิ่ง ๆ อยู่กับที่ หรือนอน ติดต่อกันมากกว่า 2 ชั่วโมงขึ้นไป โดยไม่รวมการนอนหลับ				
11	ท่านนอนหลับ 7-8 ชั่วโมงต่อคืน				

ส่วนที่ 5 ความคิดเห็นอื่นๆ

คำชี้แจง : โปรดแสดงความคิดเห็นของท่านตามความเป็นจริง

5.1 ท่านมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในปัจจุบันอย่างไร

.....

5.2 การดูแลผู้สูงอายุที่ท่านอยากให้เป็น (ท่านอยากให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างไร)

.....

5.3 ท่านมีข้อเสนอแนะในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างไร

.....

5.4 ข้อเสนอแนะอื่นๆ

.....

ภาคผนวก ค.

แบบสัมภาษณ์ผู้บริหารและข้าราชการระดับสูง กระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง

“การขับเคลื่อนการดำเนินงาน เพื่อการบรรลุ SDGs ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ
ผู้สูงอายุ”

ผู้ให้สัมภาษณ์ :

ผู้สัมภาษณ์ :

วันที่ : (โดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์/ออนไลน์)

ประเด็นคำถาม

1. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับการดูแลด้านสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งในอดีตที่ผ่านมาและในปัจจุบัน

คำตอบ

2. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับการดูแลด้านสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยในอนาคต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุ

คำตอบ

3. ท่านมีความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะอย่างไร ในประเด็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในบริบทความร่วมมือระหว่างประเทศ

คำตอบ

4. การขับเคลื่อนการดำเนินงานประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ มีความเชื่อมโยงและเป็นส่วนช่วยในการบรรลุเป้าหมายตาม SDGs ได้อย่างไร

คำตอบ

5. ท่านคิดว่าการส่งเสริมด้านความร่วมมือระหว่างประเทศ เป็นประโยชน์ต่อการขับเคลื่อนการดำเนินงานประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทยได้อย่างไรบ้าง

คำตอบ

6. ท่านมีข้อเสนอแนะอย่างไร เกี่ยวกับการพัฒนาระบบสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย และความร่วมมือกันของกลุ่มประเทศในประชาคมอาเซียนในการพัฒนาระบบสุขภาพของผู้สูงอายุ

คำตอบ

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล

นายกิตติ ลาภสมบัติศิริ

ประวัติการศึกษา

- แพทยศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- วุฒิบัตร สาขากุมารเวชศาสตร์ แพทยสภา
(โดย ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)
- สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติการทำงาน

- | | |
|-------------------|--|
| พ.ศ. 2534 | แพทย์ประจำโรงพยาบาลไชยวาน จังหวัดอุดรธานี |
| พ.ศ. 2535 | รักษาการผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองแสง จังหวัดอุดรธานี |
| พ.ศ. 2540 | นายแพทย์ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู จังหวัดหนองบัวลำภู |
| พ.ศ. 2544 | นายแพทย์ โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี |
| พ.ศ. 2548 | นายแพทย์ โรงพยาบาลเลิดสิน (กรมการแพทย์) |
| ธันวาคม พ.ศ. 2548 | นายแพทย์ กองโภชนาการ กรมอนามัย |
| พ.ศ. 2555 | หัวหน้ากลุ่มอนามัยเด็กวัยเรียนและเยาวชน
สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย |
| พ.ศ. 2559 | ปฏิบัติหน้าที่ผู้อำนวยการกองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ
กรมอนามัย |
| พ.ศ. 2560 | รักษาราชการแทนผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี กรมอนามัย |
| ตุลาคม พ.ศ. 2560 | ปฏิบัติหน้าที่ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย |

ตำแหน่งปัจจุบัน

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านสาธารณสุข)
ปฏิบัติหน้าที่ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข