

# ผลของการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเยือง จังหวัดอุดรธานี

อรรถัย แก้วอัศอาด, ส.บ., พ.ย.บ.\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และประเมินผลของการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเยือง จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนตุลาคม - พฤศจิกายน 2566 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 39 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป CVI= 1 พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์  $\alpha = 0.88$ , การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ  $\alpha = 0.85$ , แบบประเมินคุณภาพชีวิต  $\alpha = 0.84$  วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Paired t – test

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ กิจกรรมการส่งเสริมการรับรู้เป็นกลุ่มย่อยในชมรมผู้สูงอายุ ใน 4 สัปดาห์ ดังนี้ 1) การส่งเสริมสุขภาพทางกาย 2) การส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านการเงิน ครอบครัว และสุขภาพจิต 3) การส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม 4) การสรุปประเมินผล ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ หลังดำเนินการ พบว่า อยู่ในระดับปกติมากกว่าก่อนดำเนินการ ได้แก่ ระดับความดันโลหิต systolic จากร้อยละ 76.9 เป็นร้อยละ 94.9 ค่าเส้นรอบเอว จากร้อยละ 59.0 เป็นร้อยละ 84.6 ดัชนีมวลกาย จากร้อยละ 38.5 เป็นร้อยละ 48.7 มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์โดยรวมอยู่ในระดับสูงมากกว่าก่อนดำเนินการ โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 79.5 เป็น 97.4 พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ข้อที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดคือ ด้านการรับประทานอาหารพวกผักและผลไม้เป็นประจำ จาก  $3.03 \pm 0.77$  เป็น  $3.85 \pm 0.36$  โอกาสเข้าร่วมประเพณี/กิจกรรมของชุมชน จาก  $3.38 \pm 0.49$  เป็น  $3.64 \pm 0.70$  และรู้สึกภูมิใจที่เป็นส่วนหนึ่งในการช่วยเหลือกิจกรรมของครอบครัว จาก  $3.46 \pm 0.60$  เป็น  $3.63 \pm 0.71$  ตามลำดับ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยรวมหลังดำเนินการมากกว่าก่อนดำเนินการ โดยเพิ่มจากร้อยละ 48.7 เป็นร้อยละ 94.9 ด้านที่มีคะแนนมากที่สุดคือด้านสุขภาพกาย เพิ่มจากร้อยละ 71.8 เป็นร้อยละ 79.5 รองลงมาคือด้านสังคม เพิ่มจากร้อยละ 30.8 เป็นร้อยละ 69.2 และด้านสิ่งแวดล้อม เพิ่มจากร้อยละ 12.8 เป็นร้อยละ 64.1 ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุนี้ ทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้น ควรนำรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุนี้ไปใช้เพื่อให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้น

**คำสำคัญ:** การพัฒนารูปแบบ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ผู้สูงอายุ

\*โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเยือง อำเภอนาเยือง จังหวัดอุดรธานี

# Effects of developing model for promoting desired health behaviors of elderly Na Yung Subdistrict Health Promoting Hospital Udon Thani Province

Orathai Kaewukhard, B.P.H., B.N.S.

## Abstract

This quasi-experimental research aimed to develop the program for promoting desired health behaviors and evaluate the results of developing desirable health behaviors among elderly. In Na Yung Subdistrict Health Promoting Hospital Udon Thani Province. Between October - November 2023, a sample group of 39 elderly people. Tools used were questionnaires: general information CVI = 1, desired health behavior alpha = 0.88, health behavior promotion alpha = 0.85, quality of life assessment form alpha = 0.84. Data were analyzed using descriptive statistics and Paired t – test.

**Results:** found that model for promoting desired health behaviors of elderly, activities to promote awareness in small groups in the Elderly Club in 4 weeks as follows: 1) Promotion of physical health, 2) Promotion of quality of life in terms of finances, family and mental health, 3) Promotion of quality of life in social and environmental aspects, 4) Evaluation summary. Health conditions of elderly after the operation, the levels were more normal than before, including systolic blood pressure from 76.9% to 94.9, waist circumference from 59.0% to 84.6, body mass index from 38.5% to 48.7. Overall desirable health behaviors were at a higher level than before the intervention, from 79.5% to 97.4. Desired health behavior that changed the most was in the area of eating fruits and vegetables regularly, from  $3.03 \pm 0.77$  to  $3.85 \pm 0.36$ , opportunity to participate in community traditions/activities from  $3.38 \pm 0.49$  to  $3.64 \pm 0.70$  and feeling proud to be a part of helping with family activities from  $3.46 \pm 0.60$  to  $3.63 \pm 0.71$ , respectively. Quality of life of the elderly Overall, after the operation was greater than before the operation, increasing from 48.7% to 94.9, the most score were physical from 71.8% to 79.5, social from 30.8% to 69.2 and environment from 12.8% to 64.1, respectively.

Suggestions: This model for promoting desirable health behaviors of the elderly should be used to increase the overall quality of life of the elderly.

**Keywords:** Model Development, Desirable Health Behaviors, Elderly

---

\*Subdistrict Health Promoting Hospital, Na Yung District, Udon Thani Province

## บทนำ

ในปัจจุบันประชากรมีอายุยืนยาวเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น องค์การสหประชาชาติคาดว่าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ หรือมีสัดส่วนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 30 ของประชากรทั้งประเทศในปี พ.ศ. 2563<sup>1</sup> จากการศึกษาประสิทธิผลของบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: กรณีศึกษาจังหวัดอุดรธานี ผู้สูงอายุซึ่งได้รับบริการการดูแลระยะยาวภายใต้แผนการดูแล (care plan) เช่น การตรวจวัด vital sign การดูแลกิจวัตรประจำวัน การทำกายภาพบำบัด เป็นต้น<sup>2</sup> ทั้งนี้ การศึกษาวิเคราะห์ประสิทธิผลของโครงการผู้สูงอายุระยะยาววัดจากคะแนนแธลชีบาร์เธลความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel activities of daily living: Barthel ADL) ของผู้เข้าร่วมโครงการหลังจากที่ได้รับบริการการดูแลระยะยาวเป็นเวลาประมาณ 4 เดือน พบว่า การให้บริการการดูแลระยะยาวทั้งในรูปแบบปกติและภายใต้โครงการ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานด้วยตนเองได้มากขึ้น<sup>3</sup>

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุที่ปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพ (ร่างกาย จิตใจ และสังคม) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม และด้านการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย<sup>4</sup> โดยจังหวัดอุดรธานี ได้กำหนดนโยบายในการขับเคลื่อนอุดรธานีเมืองผู้สูงอายุคุณภาพดี ได้จัดทำโครงการส่งเสริมความสามารถในกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี 2564 เป็นต้นมา เพื่อสร้างสุขภาพแก่ผู้สูงอายุผู้สูงอายุคุณภาพ การดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร เป็นวาระจังหวัดอุดรธานี โดยยึดกรอบแนวคิดในการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุคือ “เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา” และใช้รูปแบบ SALE Model เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ ดำรงชีวิตประจำวันได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี<sup>5</sup>

ผลงานอัตราผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเยื้อง อำเภอนาเยื้อง จังหวัดอุดรธานี ระหว่างปีงบประมาณ 2563-2565 พบว่า มีผู้สูงอายุ จำนวน 485, 497 และ 511 คน ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 80 มีผลงาน ร้อยละ 72.09, 73.58 และ 75.68 ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ในปีงบประมาณ 2565 มีผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน 511 คน จัดกลุ่มแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่ม 1 คะแนน ADL 12 - 20 พึ่งตนเองได้ (ติดสังคม: 1B1280) จำนวน 470 คน (ร้อยละ 91.98), กลุ่ม 2 คะแนน ADL 5 - 11 พึ่งตนเองได้บ้าง (ติดบ้าน: 1B1281) จำนวน 35 คน (ร้อยละ 6.85) และกลุ่ม 3 คะแนน ADL 0 - 4 พึ่งตนเองไม่ได้ (ติดเตียง: 1B1282) จำนวน 6 คน (ร้อยละ 1.17) โดยได้มีการพัฒนาและการจัดกิจกรรมรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเยื้อง ภายใต้โครงการอุดรธานีเมืองน่าอยู่ สูงวัยอย่างมีคุณภาพ ด้วยการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเยื้อง จังหวัดอุดรธานี ดังนั้น จึงเป็นเหตุผลให้ผู้วิจัยทำการศึกษาเรื่อง ผลของการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเยื้อง จังหวัดอุดรธานี ครั้งนี้

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเยื้อง
2. เพื่อประเมินผลรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเยื้อง

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

**ตัวแปรอิสระ** ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป และรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ

**ตัวแปรตาม** คือ การประเมินผลลัพธ์เปรียบเทียบระหว่างก่อนกับหลังพัฒนา ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

## วิธีดำเนินการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) สถานที่ศึกษาในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโยง จังหวัดอุดรธานี ระยะเวลาศึกษาระหว่างเดือน ตุลาคม - พฤศจิกายน 2566

**ประชากรที่ใช้ในการวิจัย** ตามเกณฑ์เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria) คือ กลุ่มประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีผลตรวจ ADL  $\geq 12$  คะแนน ที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโยง จังหวัดอุดรธานี เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีผลตรวจ ADL  $\geq 12$  คะแนน แต่เจ็บป่วยติดเตียง หรือที่ไม่สามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หรือที่ไม่ประสงค์ให้สอบถามข้อมูลหรือไม่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย

**กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ** จำนวน 39 คน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน<sup>6</sup>

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 39 คน ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (systematic sampling) หลายขั้นตอนตามลำดับดังนี้

ขั้นที่ 1 ทำการสุ่มเลือกแบ่งออกตามรายชื่อในทะเบียนประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโยง จังหวัดอุดรธานี

ขั้นที่ 2 สุ่มเลือกผู้สูงอายุที่มีผลตรวจ ADL  $\geq 12$  คะแนน ทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยเลือกผู้สูงอายุที่ถูกเลือกมาตามขั้นที่ 1 เริ่มจากลำดับเลขคี่ คือ 1, 3, 5, ... จนครบตามขนาดตัวอย่าง

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย 2 ตอน ดังนี้

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโยง ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) พัฒนามาจากแนวความคิดของ Rosenstock<sup>7</sup> การดำเนินงานกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุตามรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโยง โดยยึดตามคู่มือการดำเนินงานตัวชี้วัดของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์<sup>8</sup> โดยการสอนเป็นกลุ่มย่อยในชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มละประมาณ 7-10 คน ดำเนินการใน 4 สัปดาห์ ดังนี้ 1) การส่งเสริมสุขภาพทางกาย, 2) การส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านการเงิน ครอบครัว และสุขภาพจิต, 3) การส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม, 4) การสรุปและประเมินผล หลังดำเนินการ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ภาวะสุขภาพ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับไขมัน โคเลสเตอรอล ความดันโลหิต และค่าเส้นรอบเอว

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ การศึกษานี้เกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพ (ร่างกาย จิตใจ และสังคม) จำนวน 8 ข้อ ของกรมอนามัย<sup>8</sup> ได้แก่ กิจกรรมทางกายที่ระดับ

ปานกลาง กินผักและผลไม้ได้วันละ 5 กำมือ เป็นประจำ ดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย นอนหลับอย่างเพียงพอ และการดูแลสุขภาพช่องปาก

ส่วนที่ 3 การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ จำนวน 21 ข้อ ผู้วิจัยประยุกต์มาจากการศึกษาของ ธีรรัตน์ เลิศวิทยากุล<sup>9</sup> ประกอบด้วย ด้านพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพทางกาย ด้านการเงิน ครอบครัวและสุขภาพจิต ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม คะแนนการตอบ ระดับการปฏิบัติ 5 ระดับ<sup>10</sup> คือ 1=น้อยที่สุด ถึง 5=มากที่สุด การแปลผลคะแนนเฉลี่ย แบ่งเป็น 3 ระดับ<sup>11</sup> ดังนี้ ระดับต่ำ (21 – 49 คะแนน), ระดับปานกลาง (49.1 – 77 คะแนน) และระดับสูง (77.1 – 105)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิต 26 ข้อ (QOL: Quality of Life Indicator) ประยุกต์ใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย<sup>12</sup> (alpha 0.84) ประกอบด้วยคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ<sup>10</sup> คือ 1=น้อยที่สุด ถึง 5=มากที่สุด การจัดกลุ่มคุณภาพชีวิตรายด้าน ดังนี้

ด้านสุขภาพกาย (Physical)	7 -16	17-26	27-35
ด้านจิตใจ (Mental)	6 -14	15-22	23-30
ด้านสังคม (Social)	3 - 7	8 -11	12-15
ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)	8 -18	19-29	30-40
Total	26 -60	61-95	96-130

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) แบบสอบถามทำการตรวจสอบเพื่อพิจารณาความครอบคลุมของเนื้อหา โดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาถึงความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับแบบสอบถามรายข้อ การวิจัยครั้งนี้มีข้อคำถามที่มีค่า CVI = 1 คือ ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

2. หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) แบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้ (try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในเขตอำเภอนาโยง จังหวัดอุดรธานี หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ปรากฏค่าเชื่อมั่นดังนี้ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ alpha = 0.88 การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ alpha = 0.85 แบบประเมินคุณภาพชีวิต alpha = 0.84

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพรรณนา ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างก่อนกับหลังดำเนินการ ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

#### การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ รหัสโครงการ UDREC 1867 ลงวันที่ 10 ตุลาคม 2566

#### ผลการวิจัย

1. **ผลการพัฒนา** ได้คู่มือรูปแบบการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโยง จังหวัดอุดรธานี ครั้งนี้ การจัดกิจกรรมการส่งเสริมการรับรู้เป็นกลุ่มย่อยในชมรมผู้สูงอายุ ใน 4 สัปดาห์ ดังนี้ 1) การส่งเสริมสุขภาพทางกาย, 2) การส่งเสริมคุณภาพชีวิต

ด้านการเงิน ครอบครั้ว และสุขภาพจิต, 3) การส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม, 4) การสรุปและประเมินผล ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ผลการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ

สภาพปัญหา	กระบวนการพัฒนา	ผลการพัฒนา
1. ปัญหาผลงานอัตราผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ยังไม่ผ่านเกณฑ์	1. จัดทำโครงการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ 2. พัฒนาคู่มือรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ	1. มีคู่มือรูปแบบการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ
2. ยังไม่มีคู่มือรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ	กิจกรรมการสอนเป็นกลุ่มย่อยในชมรมผู้สูงอายุ สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมเพื่อส่งเสริมการรับรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพทางกาย	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมให้ตอบแบบสอบถาม (pretest)
	สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านการเงิน ครอบครั้วและสุขภาพจิต สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมเพื่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมการสรุปและประเมินผล	2. มีสรุปการประเมินคุณภาพชีวิต

**2. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ** พบว่า หลังดำเนินการ ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปกติเพิ่มขึ้น ได้แก่ ระดับความดันโลหิต systolic จากร้อยละ 76.9 เป็นร้อยละ 94.9 ค่าเส้นรอบเอว จากร้อยละ 59.0 เป็นร้อยละ 84.6 ดัชนีมวลกาย จากร้อยละ 38.5 เป็นร้อยละ 48.7 ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ (n=39)

ภาวะสุขภาพ	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระดับความดันโลหิต systolic</b>				
เกณฑ์ปกติ ( $\leq 139$ mmHg)	30	76.9	37	94.9
เกินเกณฑ์ ( $> 139$ mmHg)	9	23.1	2	5.1
<b>ระดับความดันโลหิต diastolic</b>				
เกณฑ์ปกติ ( $\leq 80$ -89 mmHg)	39	100.0	39	100.0
เกินเกณฑ์ ( $> 89$ mmHg)	0	0.0	0	0.0
<b>ค่าเส้นรอบเอว</b>				
ปกติ (80-90 เซนติเมตร)	23	59.0	33	84.6
เกินเกณฑ์ ( $>80$ -90 เซนติเมตร)	16	41.0	6	15.4
<b>ดัชนีมวลกาย</b>				
ปกติ (18.50 - 22.90 Kg/M <sup>2</sup> )	15	38.5	19	48.7
เกินเกณฑ์ ( $\geq 23.0$ Kg/M <sup>2</sup> )	24	61.5	20	51.3

**3. พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ** หลังดำเนินการ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ดีขึ้นกว่าก่อนดำเนินการ โดยข้อที่คะแนนเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ เมื่อเจ็บป่วยสามารถดูแลตนเองได้จากร้อยละ 89.7 เป็นร้อยละ 97.4 รองลงมาคือรับประทานผักและผลไม้ ได้วันละ 400 กรัมหรือ 5 กำมือ

3 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไป จากร้อยละ 59.0 เป็นร้อยละ 94.9 และ การแปรงฟัน/ทำความสะอาดปากก่อนนอน จากร้อยละ 66.7 เป็นร้อยละ 92.3 ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังดำเนินการ (n=39)

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เมื่อเจ็บป่วยสามารถดูแลตนเองได้				
ไม่สามารถดูแลตนเองได้	4	10.3	1	2.6
ดูแลตนเองได้	35	89.7	38	97.4
2. การแปรงฟัน/ทำความสะอาดปากก่อนนอน				
ไม่แปรงฟัน	13	33.3	3	7.7
แปรงฟันก่อนนอน	26	66.7	36	92.3
3. กิจกรรมทางกายระดับปานกลาง				
ทำไม่ได้เลย	10		9	23.1
ทำได้ 150 นาทีขึ้นไป/สัปดาห์	29	74.4	30	76.9
4. ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว				
ดื่มได้ 0 - 2 วันต่อสัปดาห์	8	20.5	6	15.4
ดื่มได้ 3 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไป	31	79.5	33	84.6
5. รับประทานผักและผลไม้ ได้วันละ 400 กรัมหรือ 5 กำมือ				
0 - 2 วันต่อสัปดาห์	16	41.0	2	5.1
3 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไป	23	59.0	37	94.9
6. สูบบุหรี่ หรือยาเส้น				
ไม่สูบ	28	71.8	28	71.8
สูบ	11	28.2	11	28.2
สูบบุหรี่เฉลี่ยต่อวัน (1.27±3.57)				
ไม่สูบ	28	71.8	28	71.8
ต่ำกว่า 10 มวน	11	28.2	11	28.2
7. ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	39	100.0	39	100.0
8. จำนวนชั่วโมงการนอนหลับ				
น้อยกว่า 5 ชั่วโมง/คืน	16	41.0	10	25.6
5 ชั่วโมงขึ้นไป/คืน	23	59.0	29	74.4

**4. การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์** พบว่า หลังดำเนินการผู้สูงอายุมีระดับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์อยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 79.5 เป็น 97.4 ดังตารางที่ 4 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ พบว่า หลังดำเนินการผู้สูงอายุมีคะแนนการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในภาพรวมเพิ่มขึ้นจาก  $55.87 \pm 3.78$  เป็น  $63.49 \pm 7.98$  ดังตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** ระดับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังดำเนินการ (n=39)

ระดับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	จำนวน (%)	จำนวน (%)
ระดับต่ำ (21 – 49 คะแนน)	0(0.0)	0(0.0)
ระดับปานกลาง (49.1 – 77 คะแนน)	8(20.5)	1(2.6)
ระดับสูง (77.1 – 105 คะแนน)	31(79.5)	38(97.4)

**ตารางที่ 4** คะแนนการเสริมพลังพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุก่อนและหลังดำเนินการ (n=39)

การเสริมพลังพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ก่อน	หลัง
	Mean±SD	Mean±SD
<b>พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางกาย</b>	<b>11.92±1.69</b>	<b>14.23±1.32</b>
1. รับประทานอาหารพวกผักและผลไม้เป็นประจำ	3.03±0.77	3.85±0.36
2. รับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัดเป็นประจำ	1.33±0.47	1.69±0.46
3. รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง	1.26±0.44	1.82±0.38
4. ประกอบอาหารอ่อนย่อยง่ายรับประทาน เช่น เนื้อปลา ผักนึ่ง เป็นต้น	3.05±0.22	3.26±0.44
5. มีกิจกรรมทางกาย	3.26±0.44	3.62±0.49
<b>ด้านการเงิน ครอบครัวและสุขภาพจิต</b>	<b>17.95±1.65</b>	<b>19.97±3.24</b>
1. รู้สึกภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งในการช่วยเหลือกิจกรรมของครอบครัว	3.46±0.60	3.63±0.71
2. คนในครอบครัว บุตรหลานให้เงินใช้อย่างเหมาะสมและเมื่อต้องการ	2.74±0.54	3.00±0.79
3. รายรับรายจ่ายสมดุลกันในแต่ละเดือน	2.38±0.49	2.64±0.70
4. เป็นผู้นำในการดูแลสุขภาพของครอบครัวและชุมชน	2.56±0.59	2.97±0.62
5. จะกู้เงินนอกระบบเมื่อเกิดความจำเป็น	1.44±0.75	1.67±1.22
6. มีส่วนร่วมทำกิจกรรมกับครอบครัวหรือมีการติดต่อสื่อสารกัน	2.82±0.38	3.08±0.42
7. จะออกกำลังกายและมีกิจกรรมพักผ่อนร่วมกับสมาชิกในครอบครัวเสมอ	2.54±0.75	3.00±0.56
<b>ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม</b>	<b>26.00±2.23</b>	<b>29.28±4.75</b>
1. มีเครื่องนุ่งห่มเพียงพอตามสภาพอากาศ	3.05±0.39	3.44±0.50
2. โอกาสได้ไปเลือกซื้อเสื้อผ้าและของใช้ด้วยตนเอง	2.72±0.56	3.08±0.70
3. ได้สวมเสื้อผ้าตามบุคลิกภาพ ตามความเหมาะสม	2.67±0.53	3.28±0.56
4. ได้รับเบี้ยยังชีพที่จัดสรรจากรัฐบาลอย่างเพียงพอ	2.62±0.49	2.77±0.58
5. การได้รับข่าวสารจาก โทรทัศน์ หอกระจายข่าว	3.03±0.70	3.18±0.68
6. ได้รับข่าวสารด้านสุขภาพที่ทันสมัยและนำไปปฏิบัติได้	2.46±0.50	3.23±0.70
7. มักจะมีโอกาสพบปะ สังสรรค์ และแลกเปลี่ยนความรู้ในด้านสุขภาพกับเพื่อนบ้าน	2.95±0.39	3.28±0.64
8. มีโอกาสเข้าร่วมประเพณีต่างๆ กิจกรรมของชุมชน	3.38±0.49	3.64±0.70
9. มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพของรัฐหรือเอกชนจัดขึ้น	3.13±0.61	3.38±0.49
<b>คะแนนเฉลี่ยในภาพรวม</b>	<b>55.87±3.78</b>	<b>63.49±7.98</b>

**5. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ** พบว่า หลังดำเนินการ ผู้สูงอายุมิฉะนั้นคะแนนคุณภาพชีวิตมากกว่าก่อนดำเนินการ โดยข้อที่มีคะแนนเพิ่มมากที่สุดคือ พอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมา จาก 3.64±0.74 เป็น 3.88±0.48 รองลงมา คือ พอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้ จาก 3.56±0.75 เป็น 3.87±0.52 และยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ จาก 3.64±0.74 เป็น 3.87±0.48 ตามลำดับ

ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวม หลังดำเนินการอยู่ในระดับดีเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 48.7 เป็นร้อยละ 94.9 ด้านที่ระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มมากที่สุดคือด้านสุขภาพกาย (physical) จากร้อยละ 71.8 เป็น 79.5 รองลงมาคือด้านสังคม (social) จากร้อยละ 30.8 เป็น 69.2 และด้านสิ่งแวดล้อม (environment) จากร้อยละ 12.8 เป็น 64.1 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5 และตารางที่ 6



ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนและหลังดำเนินการ (n=39)

คุณภาพชีวิต	ก่อน	หลัง
	Mean±SD	Mean±SD
1. พอใจกับสุขภาพในตอนนี้	3.05±0.22	3.49±0.50
2. การเจ็บปวดตามร่างกายทำให้ไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการ	3.03±0.42	3.49±0.64
3. มีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวัน	3.26±0.44	3.79±0.40
4. พอใจกับการนอนหลับของท่านระดับใด	3.15±0.36	3.51±0.50
5. รู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข สงบ มีความหวัง)	3.69±0.56	3.85±0.48
6. มีสมาธิในการทำงานต่างๆ ดี	3.69±0.56	3.86±0.48
7. รู้สึกพอใจในตนเองมากน้อย	2.51±0.75	3.79±0.40
8. ยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้	3.64±0.74	3.87±0.48
9. มีความรู้สึกไม่ดี	1.59±0.59	1.74±0.88
10. รู้สึกพอใจมากน้อยในระดับใดที่สามารถทำอะไรผ่านไปได้	3.13±0.46	3.69±0.56
11. จำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาล เพื่อที่จะมีชีวิตอยู่ไปได้	2.62±0.74	3.28±0.79
12. พอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมา	3.44±0.82	3.64±0.66
13. พอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมา	3.64±0.74	3.88±0.48
14. พอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ	2.87±0.92	3.74±0.54
15. รู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน	2.95±0.60	3.59±0.59
16. พอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้	3.56±0.75	3.87±0.52
17. มีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น	2.79±0.61	3.10±0.71
18. พอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น	2.62±0.84	3.69±0.46
19. ได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน	3.15±0.36	3.64±0.48
20. มีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด	2.90±0.75	3.56±0.50
21. สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพ	2.62±0.71	3.54±0.60
22. พอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหน	2.69±0.52	3.26±0.54
23. รู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมาย	3.21±0.40	3.74±0.44
24. สามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดี	2.95±0.39	3.21±0.61
25. พอใจในชีวิตทางเพศ	3.74±0.54	3.30±0.44
26. มีคุณภาพชีวิตหรือชีวิตความเป็นอยู่	2.82±0.88	3.69±0.56

ตารางที่ 6 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำแนกรายด้าน ก่อนและหลังพัฒนา (n=39)

คุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิต/จำนวน (ร้อยละ)		
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี
ด้านสุขภาพกาย (physical)			
ก่อนดำเนินการ	0 (0.0)	11 (28.2)	71.8 (71.8)
หลังดำเนินการ	0 (0.0)	8 (20.5)	31 (79.5)
ด้านจิตใจ (mental)			
ก่อนดำเนินการ	0 (0.0)	39 (100.0)	0 (0.0)
หลังดำเนินการ	0 (0.0)	34 (87.2)	5 (12.8)
ด้านสังคม (social)			
ก่อนดำเนินการ	2 (5.1)	25 (64.1)	12 (30.8)
หลังดำเนินการ		12 (30.8)	27 (69.2)
ด้านสิ่งแวดล้อม (environment)			
ก่อนดำเนินการ	1 (2.6)	33 (84.6)	5 (12.8)
หลังดำเนินการ	0 (0.0)	14 (35.9)	25 (64.1)
ภาพรวม			
ก่อนดำเนินการ	0 (0.0)	20 (51.3)	19 (48.7)
หลังดำเนินการ	0 (0.0)	2 (5.1)	37 (94.9)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตในภาพรวมทุกด้านมากกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) โดยเพิ่มจาก  $82.48 \pm 7.17$  เป็น  $92.35 \pm 9.52$  เมื่อพิจารณาารายด้าน พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตหลังดำเนินการทุกด้านมากกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ก่อนและหลังดำเนินการ ( $n=39$ )

คุณภาพชีวิต	ก่อน	หลัง	df	t	p-value	95%CI
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD				
ด้านสุขภาพกาย	27.74 $\pm$ 2.55	28.10 $\pm$ 3.05	38	-1.83	<0.001	1.23-1.51
ด้านจิตใจ	18.38 $\pm$ 1.78	20.82 $\pm$ 2.32	38	-12.57	<0.001	2.04-2.82
ด้านสังคม	10.26 $\pm$ 1.80	11.49 $\pm$ 1.35	38	-3.09	<0.001	2.42-2.03
ด้านสิ่งแวดล้อม	26.10 $\pm$ 3.19	31.95 $\pm$ 3.74	38	-7.29	0.004	4.22-7.46
รวมทุกด้าน	82.48 $\pm$ 7.17	92.35 $\pm$ 9.52	38	-11.07	<0.001	1.08-4.12

\*p-value <0.05, Paired t – test

## สรุปและอภิปรายผล

**1. ผลการพัฒนา** ได้คู่มือรูปแบบการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมการส่งเสริมการรับรู้เป็นกลุ่มย่อยในชมรมผู้สูงอายุ ใน 4 สัปดาห์ ดังนี้ 1) การส่งเสริมสุขภาพทางกาย 2) การส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านการเงิน ครอบครัว และสุขภาพจิต 3) การส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม 4) การสรุปและประเมินผล ทั้งนี้เนื่องจากพบปัญหาผลงานอัตราผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโยงระหว่างปีงบประมาณ 2563-2565 ยังไม่ผ่านเกณฑ์ตลอด 3 ปีที่ผ่านมา จึงได้ทำการพัฒนาและจัดทำเป็นคู่มือเพื่อเป็นการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุเป็นการเฉพาะของโรงพยาบาลนาโยงรูปแบบใหม่ ทั้งนี้ รัฐบาลให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุและตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น จึงได้มีการเตรียมความพร้อมในด้านระบบการดูแลระยะยาว (long-term care) เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตัวเองได้ระดับหนึ่ง ลดภาระต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งการสร้างการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชน ตลอดจนครอบครัว อันจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น<sup>3</sup> ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา ปัญญาธร และ ชลกร ทรงศรี<sup>13</sup> ศึกษาการดูแลสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุ พบว่า ปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพที่พบ ได้แก่ การดูแลสุขภาพอนามัยไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย ได้รับอาหารไม่เหมาะสม พักผ่อนไม่เพียงพอ ปัญหาขาดผู้ดูแล และไม่มีเงินในการรักษา ซึ่งผู้สูงอายุต้องการการดูแลและการช่วยเหลือด้านต่างๆ จากบุคลากรสุขภาพ บุตรหลาน และเพื่อนบ้าน และจากการวิเคราะห์ประสิทธิผลของโครงการประเมินผู้สูงอายุวัดจากคะแนนเฉลี่ยดัชนีบาร์เซลความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel activities of daily living: Barthel ADL) ของผู้เข้าร่วมโครงการหลังจากที่ได้รับบริการการดูแลระยะยาวเป็นเวลาประมาณ 4 เดือน พบว่า การให้บริการการดูแลระยะยาว ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานด้วยตนเองได้มากขึ้น และสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวลงได้<sup>2</sup>

**2. ผลของรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์** ด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ หลังดำเนินการอยู่ในระดับปกติมากกว่าก่อนดำเนินการ ได้แก่ ระดับความดันโลหิต systolic ค่าเส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ หลังดำเนินการดีขึ้นกว่าก่อนดำเนินการ เพิ่มขึ้นมากที่สุดคือเมื่อเจ็บป่วยสามารถดูแลตนเองได้ รองลงมาคือรับประทานผักและผลไม้ ได้วันละ 400 กรัมหรือ

5 กำมือ 3 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไป และการแปรงฟัน/ทำความสะอาดปากก่อนนอน ตามลำดับ หลังดำเนินการ มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์อยู่ในระดับสูงมากกว่าก่อนพัฒนา โดยด้านที่มีคะแนนมากที่สุดคือ ด้านการรับประทานอาหารพวกผักและผลไม้เป็นประจำ รองลงมาคือมีโอกาสเข้าร่วมประเพณี/กิจกรรมของชุมชน และรู้สึกภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งในการช่วยเหลือกิจกรรมของครอบครัว ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากเป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุให้สามารถช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวันได้มากขึ้นตามความเหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย ภายใต้การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้จัดการรายกรณีที่ได้รับการพัฒนาครั้งนี้ ทำงานร่วมกับสหวิชาชีพในพื้นที่ที่มีสอดคล้องกับความต้องการการบริการของผู้สูงอายุแต่ละราย จึงทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พัชราภรณ์ พัฒนะ และคณะ<sup>14</sup> การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ พบว่าหลังดำเนินการผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นในระดับดี คือ ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่สูบบุหรี่หรือยาเส้น มีการดื่มน้ำสะอาด กินผัก/ผลไม้สด และมีกิจกรรมทางกาย และการศึกษาของ ผู้สูงอายุติดสังคม การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพอันประกอบด้วยพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน การจัดการความเครียด การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุ ในตำบลแปะ อำเภอกาบัง จังหวัดสตูลในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางและเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันอุบัติเหตุมากที่สุด รองลงมาคือด้านการรับประทานอาหาร และน้อยที่สุด คือ ด้านการจัดการความเครียด<sup>15</sup>

**3. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ** โดยรวมหลังดำเนินการคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมากกว่าก่อนดำเนินการ โดยด้านที่มีคุณภาพชีวิตมากที่สุดคือด้านสุขภาพกาย (physical) รองลงมาคือด้านสังคม (social) และด้านสิ่งแวดล้อม (environment) ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเป็นเพศชายที่มีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง โดยจัดเป็นกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 (ผู้สูงอายุติดสังคม) เป็นผู้สูงอายุที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลสร้างคอมครั้งนี้ มีเป้าหมายในการพัฒนาผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ เพื่อก้าวไปสู่สังคมผู้สูงอายุตามโครงการผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนายูงมีสุขภาพดีทั้งกายและใจ ครอบคลุมทั้ง 3 มิติ อันได้แก่ (social) ครอบครัวและชุมชน เป็นสถาบันหลักที่เข้มแข็ง (strong health) ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีบริการรองรับได้อย่างมีคุณภาพมาตรฐาน เข้าถึงได้ เน้นการสร้างสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ การออกกำลังกายที่เหมาะสมและสร้างความแข็งแรงกล้ามเนื้อ จึงส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านความสามารถในกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนดำเนินการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิณทัต ตันบุญเสริม<sup>16</sup> ศึกษาความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่พบว่ากระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ กัลยา มั่นล้วน และคณะ<sup>17</sup> ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพรง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง รายด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด และด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย และการศึกษาของ สุดารัตน์ ชูพันธ์<sup>18</sup> ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุติดสังคมส่วนใหญ่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมาก มีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง และมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี

## ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษานี้เน้นการดูแลผู้สูงอายุโดยจัดกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ ดังนั้น ควรส่งเสริมสนับสนุนการสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่าย เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ออกปฏิบัติงานเชิงรุกให้การช่วยเหลือดูแลโดยการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค นอกเหนือจากกิจกรรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยทั่วไปเพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังมีภาวะพึ่งพิง

2. ผลการพัฒนาารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุครั้งนี้ ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้น ดังนั้นควรนำรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุไปขยายผลดำเนินการให้ครอบคลุมผู้สูงอายุทั้งอำเภอ

## ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม และการศึกษาเชิงคุณภาพวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ ด้านรูปแบบความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านอื่นๆ เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาอย่างบูรณาการในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างครบถ้วน

## เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. World population prospects the 2017 revision key findings and advance tables. New York: United Nations; 2017.
2. ยศ วัชรคุปต์, วรรณภา คุณากรวงศ์, พลิสฐ์ พัจณา, สาวิณี สุริยันรต์กร. ประสิทธิภาพของบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: กรณีศึกษาจังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2561; 12(1): 608-24.
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ [อินเทอร์เน็ต]. 2559. [เข้าถึงเมื่อ 30 มกราคม 2566]. เข้าถึงจาก: [www.nhso.go.th](http://www.nhso.go.th)
4. กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL). คู่มือการพยาบาลผู้สูงอายุ. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2560. [เข้าถึงเมื่อ 30 มกราคม 2566]. เข้าถึงจาก: <http://www.anamai.moph.go.th>
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. รายงานผลการดำเนินงานการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ. ข้อมูลจาก HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 30 มกราคม 2566]. เข้าถึงจาก <https://udpho.moph.go.th>
6. อรุณ จิรวัดน์กุล. สถิติในงานวิจัย เลือกใช้อย่างไรให้เหมาะสม. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์; 2557.
7. Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. Health Education Monographs 1974; 2:328-35.
8. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานตัวชี้วัด ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 30 มกราคม 2566]. เข้าถึงจาก: <https://apps.hpc.go.th>
9. จิตารัตน์ เลิศวิทยากุล. การทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุตามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ. วารสารวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย 2561; 8:287-307.

10. Likert R. "The Method of Constructing an Attitude Scale," Reading in Attitude Theory and Measurement. edited by Martin Fishbein. New York: John Wiley & Son; 1967.
11. Best JW. Research in Education. Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice Hall Inc, 1970.
12. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2558. [เข้าถึงเมื่อ 30 มกราคม 2566]. เข้าถึงจาก:<https://www.dmh.go.th>.
13. กาญจนา ปัญญาธร และ ชลการ ทรงศรี. การดูแลสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ตำบลบ้านตาด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท. 2563; 2(2): 41-52.
14. พัชรภรณ์ พัฒนะ, วัชรพงศ์ สอนคา, ปรียา ศรีนาอ้อม. การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 4 ปี 2562. กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยสูงอายุ ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี กรมอนามัย, 2562: 1-10.
15. จุฑาทิพย์ รอดฤกษ์, ไมสาเราะห์ สารดี, จิตรวี เขยชม, สุรัตน์สวัสดิ์ แซ่แต้. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลแปะ-ระ อำเภอกำแพง จังหวัดสตูล. การประชุมหาญวิชาการระดับชาติและนานาชาติครั้งที่ 10, 2562: 1652 – 62.
16. ปณณทัต ต้นบุญเสริม. ความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคกลางตอนล่างที่ 1. วารสารรังสิตบัณฑิตศึกษาในกลุ่มธุรกิจและสังคมศาสตร์ 2561; 4(1): 127-36.
17. กัลยา มั่นล้วน, วิภาดา กาญจนสิทธิ์, นิภา สุทธิพันธ์. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพรง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. การประชุมวิชาการระดับชาติ วิทยาลัยนครราชสีมา ครั้งที่ 6, 2562: 889-97.
18. สุดารัตน์ ชูพันธ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุติดสังคมในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสระตะเฒ่าตำบลบัลลังก์ อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2564; 38(2): 100-07.