

# ผลการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

ศิริวรรณ ริมโพธิ์เงิน, ส.บ., พ.ย.บ.\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุและเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และคุณภาพชีวิตด้านความสามารถในกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสร้างคอม ศึกษาในโรงพยาบาลสร้างคอม อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ จำนวน 270 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้ ค่า CVI ของข้อมูลทั่วไป เท่ากับ +1 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ค่า alpha เท่ากับ 0.89 และคุณภาพชีวิตด้านความสามารถในกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุเท่ากับ 0.94 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Wilcoxon Signed Ranks Test และ paired-samples t-test

**ผลการศึกษา** พบว่าหลังพัฒนาผลของการพัฒนาได้คู่มือรูปแบบการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) พัฒนาศักยภาพผู้จัดการรายกรณี 2) ให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน 3) จัดกิจกรรมตามรูปแบบ 4) ติดตามการปฏิบัติกิจกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุโดยรวมมากกว่าก่อนพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.001$ ) โดยพฤติกรรมที่พึงประสงค์ที่มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือการรับประทานผักและผลไม้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 90.0 เป็นร้อยละ 100 รองลงมาคือสามารถดูแลตนเองได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 52.2 เป็นร้อยละ 59.6 ผลของรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยรวมคะแนนมากกว่าก่อนพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.001$ ) จาก  $2.78 \pm 0.45$  เป็น  $2.85 \pm 0.44$  โดยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้นจาก  $2.83 \pm 0.62$  เป็น  $2.99 \pm 0.66$  ด้านการเงิน ครอบครัวและสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นจาก  $2.72 \pm 0.51$  เป็น  $2.82 \pm 0.55$  พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพทางกายเพิ่มขึ้นจาก  $2.79 \pm 0.78$  เป็น  $2.74 \pm 0.36$  คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านความสามารถในกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่า หลังพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในกิจวัตรประจำวันโดยรวมมากกว่าก่อนพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.001$ ) โดยเพิ่มจาก  $92.89 \pm 12.30$  เป็น  $97.72 \pm 9.22$  โดยการเคลื่อนไหวที่ภายในบ้าน จาก  $13.02 \pm 3.11$  เป็น  $14.74 \pm 1.47$  การรับประทานอาหาร จาก  $9.81 \pm 1.04$  เป็น  $9.91 \pm 0.80$  และการสวมใส่เสื้อผ้า จาก  $9.83 \pm 0.99$  เป็น  $9.91 \pm 0.80$  ตามลำดับ

**สรุป** ผลการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุครั้งนี้ ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนา

**คำสำคัญ:** การพัฒนารูปแบบ, พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์, ผู้สูงอายุ

---

\*โรงพยาบาลสร้างคอม อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

# Effects of model development for promoting desirable health behaviors of elderly Sangkhom Hospital Udon Thani Province

Siriwan Rimphongern, B.P.H., B.N.S.

## Abstract

This research and development was to study the process of developing a model for promoting desirable health behaviors in the elderly and comparing desirable health behaviors, desirable health behaviors promotion, and quality of life in terms of ability to do daily activities of the elderly in Sangkhom Hospital. The samples were 3 groups: 226 elderly caregivers, 270 elderly care networks, and 226 elderly people. The research tools were questionnaires that were examined for the quality of the tools as follows: general data, CVI was +1, desirable health behaviors and promotion of desirable health behaviors, alpha was 0.89, and quality of life in terms of activity capability the daily of elderly was 0.94. Data analysis using descriptive statistics, Wilcoxon Signed Ranks Test, paired-samples t-test.

**Results:** found that after development, it was found the effect of the development was a manual on the form of activities to promote desirable health behaviors in elderly, consisting of: 1) developing the potential of case managers, 2) providing home health care services for elderly, 3) organizing activities according to the figure form, 4) follow on activities once a week. Overall, desirable health Behavioral of elderly was statistically significantly higher than before ( $P<0.001$ ). The most desirable behaviors that increased the proportion were eating fruits and vegetables increased from 90.0% to 100%, followed by being able to take care of themselves increased from 52.2% to 59.6%. Overall desirable health behavior promotion model was significantly higher than before development ( $P<0.001$ ) from  $2.78\pm0.45$  to  $2.85\pm0.44$ . The social and environmental aspects increased from  $2.83\pm0.62$  to  $2.99\pm0.66$ , financial and mental health increased from  $2.72\pm0.51$  to  $2.82\pm0.55$  and physical health promotion behaviors increased from  $2.74\pm0.36$  to  $2.79\pm0.78$ . The Barthel index of activities of daily living, it was found that the mean scores significantly higher than before ( $P<0.001$ ). increased from  $92.89\pm12.30$  to  $97.72\pm9.22$ . Mobility increased from  $13.02\pm3.11$  to  $14.74\pm1.47$ , feeding from  $9.81\pm1.04$  to  $9.91\pm0.80$  and dressing from  $9.83\pm0.99$  to  $9.91\pm0.80$  respectively.

**Conclusion:** this results of the development of a model to promote desirable health behaviors in the elderly, it was increasing the overall quality of life of the elderly more than before the development.

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

---

\* Sangkhom Hospital, Sangkhom District, Udon Thani Province

## บทนำ

ในปัจจุบันประชากรมีอายุยืนยาวเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น องค์การสหประชาชาติคาดว่าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ หรือมีสัดส่วนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 30 ของประชากรทั้งประเทศในปี พ.ศ. 2563<sup>(1)</sup> จากการศึกษาประสิทธิผลของบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: กรณีศึกษาจังหวัดอุดรธานี ผู้สูงอายุซึ่งได้รับการบริการการดูแลระยะยาวภายใต้แผนการดูแล (care plan) เช่น การตรวจวัด vital sign การดูแลกิจวัตรประจำวัน การทำกายภาพบำบัด เป็นต้น<sup>(2)</sup> ทั้งนี้ การศึกษาวิเคราะห์ประสิทธิผลของโครงการผู้สูงอายุระยะยาววัดจากคะแนนเฉลี่ยดัชนีบาร์เธลความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (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>

ปัญหาผลงานอัตราผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของโรงพยาบาลสร้างคอม ระหว่างปีงบประมาณ 2563-2565 พบว่าผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 80 ผลงาน ร้อยละ 74.28, 68.44 และ 54.88 ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ ตลอด 3 ปีที่ผ่านมา ในปีงบประมาณ 2565 มีผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน 1,387 คน จัดกลุ่มแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้คือ กลุ่ม 1 คะแนน ADL 12-20 พึ่งตนเองได้ (ติดสังคม) จำนวน 1,345 คน กลุ่ม 2 คะแนน ADL 5-11 พึ่งตนเองได้บ้าง (ติดบ้าน) จำนวน 37 คน และกลุ่ม 3 คะแนน ADL 0-4 พึ่งตนเองไม่ได้ (ติดเตียง) จำนวน 5 คน

โดยในปีงบประมาณ 2564 ได้มีการพัฒนาและการจัดกิจกรรมรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสร้างคอม อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ภายใต้โครงการอุดรธานีเมืองน่าอยู่ สูงวัยอย่างมีคุณภาพ ด้วยการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสร้างคอม ดังนั้น จึงเป็นเหตุผลให้ผู้วิจัยทำการศึกษาเพื่อเป็นการประเมินผลของการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ครั้งนี้ ผลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นประโยชน์ที่สำคัญยิ่งต่อการนำข้อมูลการวิจัยไปประกอบการวางแผนและกำหนดแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านความสามารถในกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุที่ดีขึ้น

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

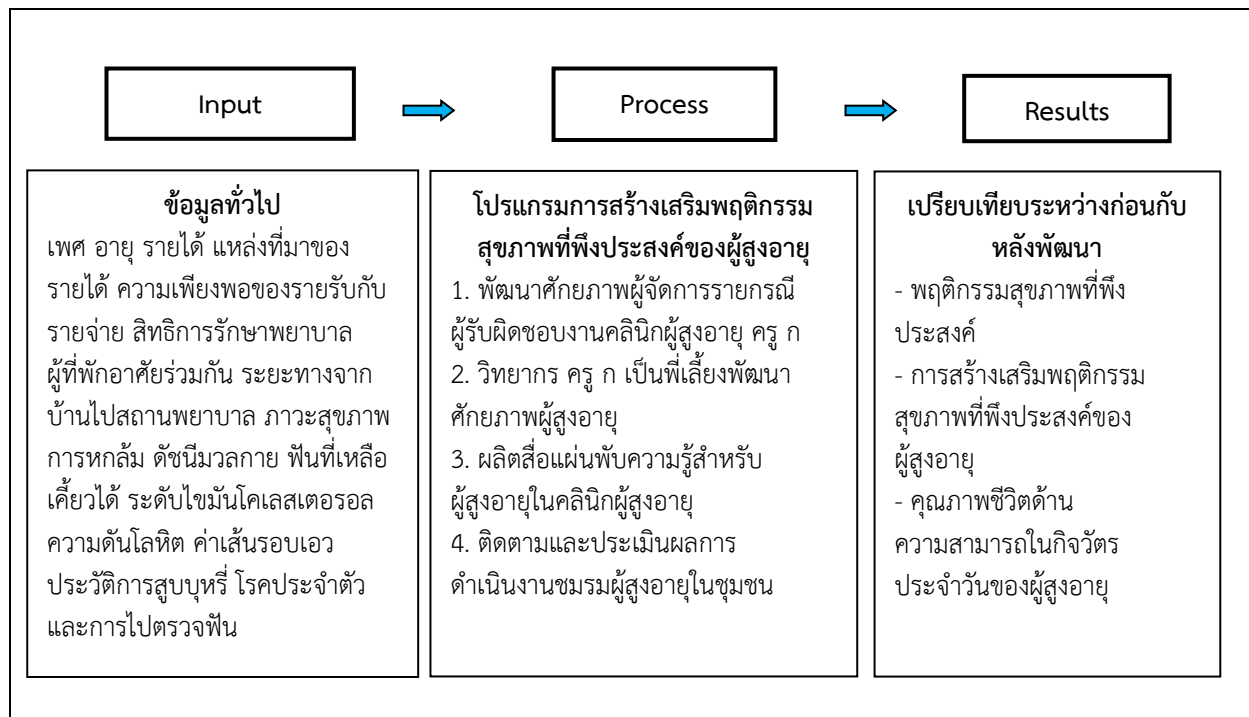
1. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสร้างคอม

2. เพื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนกับหลังพัฒนา ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และคุณภาพชีวิตด้านความสามารถในกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

#### กรอบแนวคิดของการวิจัย

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป และรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ

ตัวแปรตาม คือ การประเมินผลลัพธ์เปรียบเทียบระหว่างก่อนกับหลังพัฒนา ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตด้านความสามารถในกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ



#### วิธีการศึกษา

**รูปแบบการวิจัย** เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (research and development)

**สถานที่ศึกษา** ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสร้างคอม อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

**ประชากรศึกษา** ตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (inclusion criteria) คือ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีผลตรวจ ADL  $\geq 12$  คะแนน ที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสร้างคอม อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ทั้งหมดมีจำนวน 1,387 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกอาสาสมัครออกจากการศึกษา (exclusion criteria) คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีผลตรวจ ADL  $\geq 12$  คะแนน แต่เจ็บป่วยติดเตียง หรือที่ไม่สามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หรือไม่ประสงค์ให้สอบถามข้อมูล

**กลุ่มตัวอย่าง** จำนวน 270 คน ได้มาจากการคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรประมาณค่าเฉลี่ยเมื่อทราบจำนวนประชากร<sup>(6)</sup> สูตรและวิธีการคำนวณมีดังนี้

$$n = \frac{N Z_{\alpha/2}^2 \sigma^2}{d^2(N-1) + Z_{\alpha/2}^2 \sigma^2}$$

N = population size คือ กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งหมดมีจำนวน 1,387 คน

Z = กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95 % ( $Z_{\alpha/2} = Z_{0.05/2} = 1.96$ )

$\sigma^2$  = ค่าความแปรปรวน อ้างอิงการศึกษาของ ณรงค์ ดั่งพาน และคณะ<sup>(7)</sup> ศึกษาการพัฒนา รูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุการเปลี่ยนผ่านจากภาวะติดบ้านไปสู่ติดสังคม พบว่า หลังพัฒนามีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมระดับปานกลาง (Mean=3.65, S.D.=0.20) ดังนั้นค่าความแปรปรวน = 0.40

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ผู้วิจัยกำหนดที่ = 0.05

$$n = \frac{1,387 \times (1.96)^2 \times (0.40)}{(0.05)^2 \times (1,387-1) + (1.96)^2 \times (0.40)} = 245.85 \text{ คน}$$

หลังจากแทนค่าในสูตรได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 246 คน ผู้วิจัยเผื่อ drop out 10% (25 คน) ได้ขนาดตัวอย่างเป็นจำนวน 270 คน

**วิธีการสุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 270 คน สุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (systematic sampling) คือ ทำการสุ่มเลือกแบ่งออกตามรายชื่อในทะเบียนประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสร้างคอม อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี เลือกผู้สูงอายุที่มีผลตรวจ ADL  $\geq 12$  คะแนน เริ่มจากลำดับเลขคือ 1, 3, 5, ... จนครบตามขนาดตัวอย่าง

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งเป็น 4 ส่วน 57 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ จำนวน 18 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายรับกับรายจ่าย สิทธิการรักษาพยาบาล ผู้ที่พักอาศัยร่วมกัน ระยะทางจากบ้านไปสถานพยาบาล ภาวะสุขภาพ การหกล้ม น้ำหนัก ส่วนสูง ฟันที่เหลือเคี้ยวได้ ระดับไขมันโคเลสเตอรอล ความดันโลหิต ค่าเส้นรอบเอว ประวัติการสูบบุหรี่ โรคประจำตัว และการไปตรวจฟัน

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

ส่วนที่ 3 การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ จำนวน 21 ข้อ ประยุกต์มาจากการศึกษาของ อติรัตน์ เลิศวิทยากุล<sup>(9)</sup> ประกอบด้วย ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางกาย ด้านการเงิน ครอบครัว และสุขภาพจิต ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม คะแนนการตอบเป็นระดับพฤติกรรม 5 ระดับ คือ 1=น้อยที่สุด 2=ค่อนข้างน้อย 3=ค่อนข้างมาก 4=มาก 5=มากที่สุด การแปลผลคะแนนเฉลี่ย แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1.00 – 1.70 ระดับน้อย, 1.71 – 3.40 ระดับปานกลาง, 3.41 – 5.00 ระดับมาก

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสามารถในกิจวัตรประจำวัน จำนวน 10 ข้อ alpha =0.94 เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ด้วยคะแนน Barthel's index (The Barthel index of activities daily living: ADL) โดยใช้แบบประเมินวัดความสามารถในกิจวัตรประจำวัน ประยุกต์จากการศึกษาของ ยศ วัชรคุปต์ และคณะ<sup>(2)</sup> ใน 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิวผอม การลุกนั่ง การใช้ห้องน้ำ การขับถ่ายอุจจาระ การขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการเดินขึ้นลงบันได การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ADL แบ่งเป็น 4 ระดับ คะแนนดังนี้ 0-25.0 ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้, 26.0-50.0 = ปฏิบัติได้เล็กน้อย, 51.0-70.0 = ปฏิบัติได้ปานกลาง, 71.0-100.0 = ปฏิบัติได้ทั้งหมด

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) แบบสอบถามทำการตรวจสอบเพื่อพิจารณาความครอบคลุมของเนื้อหา โดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ จำนวน 4 ท่าน พิจารณาถึงความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับแบบสอบถามรายข้อ การวิจัยครั้งนี้มีข้อคำถามที่มีค่า CVI เท่ากับ +1 จึงนำมาพิจารณาเป็นข้อคำถามทั้งหมด คือ ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

2. หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) แบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้ (try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เพื่อวัดค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายใน (internal consistency) วิเคราะห์กับข้อมูล interval scale และ Likert scale ทำการปรับปรุงเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง ปรากฏค่าเชื่อมั่น ดังนี้ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์  $\alpha = 0.89$ , การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์  $\alpha = 0.88$ , ความสามารถในการกิจวัตรประจำวัน  $\alpha = 0.94$

**การวิเคราะห์ข้อมูล/สถิติที่ใช้** ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test และ Paired-Samples T Test เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และคุณภาพชีวิตด้านความสามารถในกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ก่อนกับหลังพัฒนา

## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี คาดว่าจะเริ่มเก็บข้อมูลได้ในเดือนมีนาคม 2566 เลขที่ UDREC 6266

## ผลการวิจัย

**ผลการพัฒนา** ได้คู่มือรูปแบบการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) พัฒนาศักยภาพผู้จัดการรายกรณี 2) ให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน 3) จัดกิจกรรมตามรูปแบบ 4) ติดตามการปฏิบัติกิจกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และวางแผนการทดสอบคุณภาพชีวิตด้านความสามารถในกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ รายไตรมาส

**ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ** พบว่า ส่วนใหญ่เพศชาย ร้อยละ 59.3 มีอายุเฉลี่ย 68 ปี ( $SD = 6.99$ ) รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 5,469 บาท ( $SD = 6,326.24$ ) มีรายได้จากคู่สมรส บุตร หลาน ร้อยละ 67.4 รายรับเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 94.8 มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 92.6 อาศัยอยู่กับผู้อื่น ร้อยละ 60.4 ระยะทางจากบ้านไปสถานพยาบาลเฉลี่ย 4 กิโลเมตร ( $SD = 1.86$ ) ภาวะสุขภาพโดยรวมพอใช้ ร้อยละ 58.1 ไม่เคยหกล้ม ร้อยละ 97.0 ฟันที่เหลือเคี้ยวได้ ร้อยละ 55.2 ระดับไขมันโคเลสเตอรอล เฉลี่ย 185.21 ( $SD = 47.74$ ) ระดับความดันโลหิต systolic เฉลี่ย 123.28 ( $SD = 16.06$ ) ระดับความดันโลหิต diastolic เฉลี่ย 76.22 ( $SD = 7.39$ ) ค่าเส้นรอบเอว เฉลี่ย 83.88 ( $SD = 10.77$ ) ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 87.8 มีโรคประจำตัวมากที่สุดคือ ร้อยละ 17.0 ระยะเวลาที่ป่วยโรคประจำตัวเฉลี่ย 4.20 ( $SD = 1.86$ ) เคยไปตรวจฟันหรือทำฟัน ร้อยละ 57.0

**พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ** พบว่า หลังการพัฒนาผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์มากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.001$ ) โดยพฤติกรรมที่พึงประสงค์ที่มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือการรับประทานผักและผลไม้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 90.0 เป็นร้อยละ 100 รองลงมาคือสามารถดูแลตนเองได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 52.2 เป็นร้อยละ 59.6 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ (n= 270)

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ก่อน	หลัง	Z	P-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1. เมื่อเจ็บป่วยสามารถดูแลตนเองได้			-4.47	<0.001*
ดูแลตนเองได้	141 (52.2)	161 (59.6)		
ไม่สามารถดูแลตนเองได้	129 (47.8)	109 (40.4)		
2. การแปรงฟัน/ทำความสะอาดปากก่อนนอน			-3.74	<0.001*
ไม่แปรงฟัน	44 (16.3)	30 (11.1)		
แปรงฟันก่อนนอน	226 (83.7)	240 (88.9)		
3. กิจกรรมทางกายระดับปานกลาง			-3.77	<0.001*
ทำไม่ได้เลย	23 (8.5)	7 (2.6)		
ทำได้ 150 นาทีขึ้นไป/สัปดาห์	247 (91.5)	263 (97.4)		
4. ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว			-3.46	<0.001*
ดื่มได้ 0 - 2 วันต่อสัปดาห์	12 (4.4)	0 (0.0)		
ดื่มได้ 3 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไป	258 (95.6)	270 (100.0)		
5. รับประทานผักและผลไม้ ได้วันละ 400 กรัมหรือ 5 กำมือ			-5.19	<0.001*
0 - 2 วันต่อสัปดาห์	27 (10.0)	0 (0.0)		
3 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไป	243 (90.0)	270 (100.0)		
6. สูบบุหรี่ หรือยาเส้น			-3.74	<0.001*
ไม่สูบ	217 (80.4)	231 (85.6)		
สูบ	53 (19.6)	39 (14.4)		
-สูบบุหรี่เฉลี่ยต่อวัน (mean=1.27±SD=3.57)			-1.90	<0.001*
ต่ำกว่า 10 มวน	15 (5.6)	15 (5.6)		
10 มวนขึ้นไป	38 (14.1)	24 (8.9)		
-ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ (mean=1.66±SD=5.11)			-1.80	<0.001*
ต่ำกว่า 10 ปี	14 (5.2)	13 (4.8)		
10 ปีขึ้นไป	39 (14.4)	26 (9.6)		
7. ปัจจุบันท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่			-4.35	<0.001*
ไม่ดื่ม	194 (71.9)	213 (78.9)		
ดื่ม	76 (28.1)	57 (21.1)		
8. จำนวนชั่วโมงการนอนหลับ			-8.66	<0.001*
น้อยกว่า 5 ชั่วโมง/คืน	7 (2.6)	4 (1.5)		
5 ชั่วโมงขึ้นไป/คืน	263 (97.4)	266 (98.5)		

\*ระดับนัยสำคัญ <0.05 สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

ผลของรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ พบว่า โดยรวมหลังพัฒนามีคะแนนมากกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P<0.001$ ) จาก  $2.78\pm0.45$  เป็น  $2.85\pm0.44$  โดยพบว่า ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมคะแนนเพิ่มขึ้นจาก  $2.83\pm0.62$  เป็น  $2.99\pm0.66$  ด้านการเงิน ครอบครัวและสุขภาพจิตคะแนนเพิ่มขึ้นจาก  $2.72\pm0.51$  เป็น  $2.82\pm0.55$  พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพทางกายคะแนนเพิ่มขึ้นจาก  $2.74\pm0.36$  เป็น  $2.79\pm0.78$  ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (n=270)

การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ก่อน	หลัง	T	P-value
	Mean±SD	Mean±SD		
<b>พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพทางกาย</b>	<b>2.74±0.36</b>	<b>2.79±0.78</b>	<b>0.96</b>	<b>&lt;0.001*</b>
1. รับประทานอาหารพวกผักและผลไม้เป็นประจำ	3.60±1.02	4.05±0.72		
2. รับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัดเป็นประจำ	1.58±0.71	2.20±2.8		
3. รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง	1.59±0.71	1.94±0.91		
4. รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่ายรับประทาน เช่น เนื้อปลา ผักนึ่ง เป็นต้น	3.43±1.14	3.77±0.83		
<b>ด้านการเงิน ครอบครัวและสุขภาพจิต</b>	<b>2.72±0.51</b>	<b>2.82±0.55</b>	<b>8.43</b>	<b>&lt;0.001*</b>
1. รู้สึกภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งในการช่วยเหลือกิจกรรมของครอบครัว	3.17±0.85	3.26±0.80		
2. คนในครอบครัว บุตรหลานให้เงินใช้อย่างเหมาะสมและเมื่อต้องการ	2.93±0.81	3.02±0.79		
3. รายรับรายจ่ายสมดุลกันในแต่ละเดือน	2.51±0.86	2.66±0.85		
4. เป็นผู้นำในการดูแลสุขภาพของครอบครัวและชุมชน	2.86±0.72	2.96±0.69		
5. จะกู้เงินนอกระบบเมื่อเกิดความจำเป็น	2.01±0.96	1.90±0.94		
6. มีส่วนร่วมทำกิจกรรมกับครอบครัวหรือมีการติดต่อสื่อสารกัน	2.81±0.79	2.97±0.76		
7. จะออกกำลังกายและมีกิจกรรมพักผ่อนร่วมกับสมาชิกในครอบครัวเสมอ	2.71±0.86	2.95±0.78		
<b>ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม</b>	<b>2.83±0.62</b>	<b>2.99±0.66</b>	<b>9.92</b>	<b>&lt;0.001*</b>
1. มีเครื่องนุ่งห่มเพียงพอตามสภาพอากาศ	3.07±0.92	3.23±0.86		
2. โอกาสได้ไปเลือกซื้อเสื้อผ้าและของใช้ด้วยตนเอง	2.22±1.17	2.57±1.23		
3. ได้สวมเสื้อผ้าตามบุคลิกภาพ ตามความเหมาะสม	3.02±0.79	3.09±0.77		
4. ได้รับเบี้ยยังชีพที่จัดสรรจากรัฐบาลอย่างเพียงพอ	2.60±0.94	2.73±0.88		
5. การได้รับข่าวสารจาก โทรทัศน์ หอกระจายข่าว	2.86±0.95	3.03±0.85		
6. ได้รับข่าวสารด้านสุขภาพที่ทันสมัยและนำไปปฏิบัติได้	2.84±0.97	3.04±0.81		
7. มักจะมีโอกาสพบปะ สังสรรค์ และแลกเปลี่ยนความรู้ในด้านสุขภาพกับเพื่อนบ้าน	2.91±0.83	2.97±0.81		
8. มีโอกาสเข้าร่วมประเพณีต่างๆ กิจกรรมของชุมชนอย่างสม่ำเสมอ	3.18±0.83	3.30±0.79		
9. มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพของรัฐหรือเอกชนจัดขึ้น	2.83±0.89	3.00±0.73		
<b>ภาพรวมเฉลี่ย</b>	<b>2.78±0.45</b>	<b>2.85±0.44</b>	<b>4.33</b>	<b>&lt;0.001*</b>

\*ระดับนัยสำคัญ <0.05 สถิติ Paired-Samples T Test

**คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ** ในด้านความสามารถในกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (The Barthel index of activities of daily living: ADL) พบว่า หลังพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในกิจวัตรประจำวันโดยรวมมากกว่าก่อนพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P<0.001$ ) โดยเพิ่มจาก  $92.89\pm12.30$  เป็น  $97.72\pm9.22$  โดยข้อที่มีคะแนนเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือการเคลื่อนที่ภายในบ้าน (Mobility) เพิ่มขึ้นจาก  $13.02\pm3.11$  เป็น  $14.74\pm1.47$  รองลงมาคือ การรับประทานอาหาร (Feeding) เพิ่มขึ้นจาก  $9.81\pm1.04$  เป็น  $9.91\pm0.80$  และการสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) เพิ่มขึ้นจาก  $9.83\pm0.99$  เป็น  $9.91\pm0.80$  ตามลำดับ ดังตารางที่ 3



**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุ (n=270)

ความสามารถในกิจวัตรประจำวัน	Mean±SD	Mean±SD	t	p-value
1. การรับประทานอาหาร (Feeding)	9.81±1.04	9.91±0.80	2.25	0.025*
2. การลุกนั่ง (Transfer)	14.04±2.11	14.81±1.20	7.03	<0.001*
3. การล้างหน้า แปรงฟัน (Grooming)	4.81±0.94	4.89±0.73	2.01	0.045*
4. การเข้าห้องน้ำ (Toilet Use)	9.57±1.58	9.81±1.20	3.68	<0.001*
5. การอาบน้ำ (Bathing)	4.81±0.94	4.89±0.73	2.01	0.044*
6. การเคลื่อนที่ภายในบ้าน (Mobility)	13.02±3.11	14.74±1.47	9.95	<0.001*
7. การขึ้นลงบันได (Stairs)	8.56±2.42	9.41±1.83	7.24	<0.001*
8. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing)	9.83±0.99	9.91±0.80	2.01	0.023*
9. การกลั่นอุจจาระ (Bowels)	9.19±1.90	9.65±1.35	5.23	<0.001*
10. การกลั่นปัสสาวะ (Bladder)	9.24±1.84	9.70±1.25	5.23	<0.001*
รวม	92.89±12.30	97.72±9.22	8.95	<0.001*

\*ระดับนัยสำคัญ <0.05 สถิติ Paired-Samples T Test

### สรุปและอภิปรายผล

**1. ผลการพัฒนา** ได้คู่มือรูปแบบการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) พัฒนาศักยภาพผู้จัดการรายกรณี 2) ให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน 3) จัดกิจกรรมตามรูปแบบ 4) ติดตามการปฏิบัติกิจกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และวางแผนการทดสอบคุณภาพชีวิตด้านความสามารถในกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ รายไตรมาส ทั้งนี้เนื่องจากพบปัญหาผลงานอัตราผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของโรงพยาบาลสร้างคอม ระหว่างปีงบประมาณ 2563-2565 ยังไม่ผ่านเกณฑ์ตลอด 3 ปีที่ผ่านมา จึงได้ทำการพัฒนาและจัดทำเป็นคู่มือเพื่อเป็นการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุเป็นการเฉพาะของโรงพยาบาลสร้างคอมรูปแบบใหม่ โดยรัฐบาลให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุและตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น จึงได้มีการเตรียมความพร้อมในด้านระบบการดูแลระยะยาว (long-term care) เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตัวเองได้ระดับหนึ่ง ไม่ตกอยู่ในภาวะพึ่งพิงลดภาระต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งการสร้างการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชน ตลอดจนครอบครัว อันจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น<sup>(3)</sup> ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา ปัญญาธร และชลกร ทรงศรี<sup>(10)</sup> ศึกษาการดูแลสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุ พบว่า ปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพที่พบ ได้แก่ การดูแลสุขอนามัยไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย ได้รับอาหารไม่เหมาะสม พักผ่อนไม่เพียงพอ ปัญหาขาดผู้ดูแล และไม่มีเงินในการรักษา ซึ่งผู้สูงอายุต้องการการดูแลและการช่วยเหลือด้านต่างๆ จากบุคลากรสุขภาพ บุตรหลาน และเพื่อนบ้าน ผลของโครงการประเมินผู้สูงอายุวัดจากคะแนนเฉลี่ยดัชนีบาร์เธลความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel activities of daily living: Barthel ADL) ของผู้เข้าร่วมโครงการหลังจากที่ได้รับบริการการดูแลระยะยาวเป็นเวลาประมาณ 4 เดือน พบว่า การให้บริการการดูแลระยะยาวส่งผลให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานด้วยตนเองได้มากขึ้น<sup>(2)</sup>

**2. ผลของรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์** โดยรวมมากกว่าก่อนพัฒนายังมีนัยสำคัญทางสถิติ มากที่สุดคือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ด้านการเงิน ครอบครัวและสุขภาพจิตจาก และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางกาย และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ โดยรวมมากกว่าก่อนพัฒนายังมีนัยสำคัญทางสถิติ แตกต่างกันมากที่สุดคือดูแลตนเองได้ รองลงมาคือรับประทานผักและผลไม้เพิ่มขึ้น และลดการสูบบุหรี่ ทั้งนี้เนื่องจากเป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุให้สามารถช่วยเหลือตัวเอง

ในชีวิตประจำวันได้มากขึ้นตามความเหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย ภายใต้การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้จัดการรายกรณีที่ได้รับการพัฒนาครั้งนี้ (care managers) ทำงานร่วมกับสหวิชาชีพในพื้นที่มีสอดคล้องกับความต้องการการรับบริการของผู้สูงอายุแต่ละราย จึงทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พัทธราภรณ์ พัฒนะ และคณะ<sup>(11)</sup> การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ พบว่าหลังดำเนินการผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นในระดับดี คือ ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่สูบบุหรี่หรือยาเส้น มีการดื่มน้ำสะอาด กินผัก/ผลไม้สด และมีกิจกรรมทางกายและการศึกษาของผู้สูงอายุติดสังคม

**3. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ** ด้านความสามารถในกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (the Barthel index of activities of daily living: ADL) พบว่าโดยรวมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มากที่สุดคือ การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การรับประทานอาหาร และการสวมใส่เสื้อผ้า ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง โดยจัดเป็นกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 (ผู้สูงอายุติดสังคม) เป็นผู้สูงอายุที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลสร้างคอมครั้งนี้ มีเป้าหมายในการพัฒนาผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ เพื่อก้าวไปสู่สังคมผู้สูงอายุ ตามโครงการผู้สูงอายุโรงพยาบาลสร้างคอม มีสุขภาพดีทั้งกายและใจ ครอบคลุมทั้ง 3 มิติ อันได้แก่ สังคม (social) ครอบครัวและชุมชน เป็นสถาบันหลักที่เข้มแข็ง (strong health) ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีบริการรองรับได้อย่างมีคุณภาพมาตรฐาน เข้าถึงได้ เน้นการสร้างสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ การออกกำลังกายที่เหมาะสมและสร้างความแข็งแรงกล้ามเนื้อ จึงส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านความสามารถในกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปณณทัต ตันบุญเสริม<sup>(12)</sup> ศึกษาความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่พบว่ากระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ สุดารัตน์ ชูพันธ์<sup>(13)</sup> ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุติดสังคมส่วนใหญ่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมาก มีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง และมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี

**ข้อสรุป** ผลการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุครั้งนี้ ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนา

### ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษานี้เน้นการดูแลผู้สูงอายุโดยสมาชิกในครอบครัว (family caregiver) ดังนั้นควรส่งเสริมสนับสนุนการสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่าย เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ออกปฏิบัติงานเชิงรุกให้การช่วยเหลือดูแลโดยการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค นอกเหนือจากกิจกรรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยทั่วไปเพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังมีภาวะพึ่งพิง

2. ผลการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุครั้งนี้ ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้นแต่ดำเนินการในกลุ่มตัวอย่างการศึกษาเท่านั้น ดังนั้นควรนำรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุไปขยายผลดำเนินการให้ครอบคลุมผู้สูงอายุทั้งอำเภอ

3. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาวิจัยเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม และควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ วิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ 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, พลิชฐ์ พัจนา, สาวิณี สุริยันรติกร. ประสิทธิภาพของบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: กรณีศึกษาจังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2561; 12(1): 608-24.
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.); 2559 [เข้าถึงเมื่อ 30 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: [www.nhso.go.th](http://www.nhso.go.th)
4. กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL). คู่มือการพยาบาลผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2560. [เข้าถึงเมื่อ 30 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.anamai.moph.go.th>
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. รายงานผลการดำเนินงานการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. ข้อมูลจาก HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี; 2565. [เข้าถึงเมื่อ 30 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://udpho.moph.go.th>
6. อรุณ จิรวรรณกุล. สถิติในงานวิจัย เลือกใช้อย่างไรให้เหมาะสม. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์, 2557.
7. ณรงค์ ดั่งพาน, รัตน์ชนก ไตรวรรณ, กิตติพร เนาว์สุวรรณ. การพัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุการเปลี่ยนผ่านจากภาวะติดบ้านไปสู่ติดสังคม ในจังหวัดสงขลา. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ 2563; 26(1): 112-28.
8. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานตัวชี้วัด ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 30 มกราคม 2566]. เข้าถึงจาก: <https://apps.hpc.go.th>
9. อิตารัตน์ เลิศวิทยากุล. การทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุตามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ. วารสารวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย 2561; 8: 287-307.
10. กาญจนา ปัญญาธร และ ชลการ ทรงศรี. การดูแลสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ตำบลบ้านดาด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท. 2563; 2(2): 41-52.
11. พัชรภรณ์ พัฒนะ, วัชรพงศ์ สอนคา, ปรียา ศรีน้าอ้อม. การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 4 ปี 2562. กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยสูงอายุ ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี กรมอนามัย, 2562: 1-10.
12. ปณณทัต ต้นบุญเสริม. ความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคกลางตอนล่างที่ 1. วารสารรังสิตบัณฑิตศึกษาในกลุ่มธุรกิจและสังคมศาสตร์ 2561; 4(1): 127-36.
13. สุดารัตน์ ชูพันธ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุติดสังคมในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสระตะเฒ่าตำบลบัลลังก์ อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2564; 38(2): 100-7.