



ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ ของผู้สูงอายุ
อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
ปีการศึกษา 2568
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ ของผู้สูงอายุ
อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก



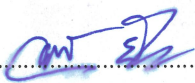
วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
ปีการศึกษา 2568
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1พ ของผู้สูงอายุ
อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก”
ของ ศิริกาญจน์ นกผึ้ง
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



.....ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาทิตยา วังวนสินธุ์)



.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรารณ ยังเอี่ยม)



.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสนห์ แสงเงิน)

อนุมัติ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชมนาด อินทจามรักษ์)
หัวหน้าภาควิชาภาษาศาสตร์ คติชนวิทยา ปรัชญาและศาสนา คณะมนุษยศาสตร์
รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

22 พ.ค. 2569

ชื่อเรื่อง	ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ ของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก
ผู้วิจัย	ศิริกาญจน์ นกผึ้ง
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ยิ่งเอี่ยม
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ส.ม., มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2568
คำสำคัญ	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, พฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ, แรงสนับสนุนทางสังคม

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สุกดิบ สุรา ฟัน) ของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ ของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ อายุ 60 - 69 ปี จำนวน 292 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม คุณภาพเครื่องมือมีความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ดังนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ เท่ากับ 0.92 0.95 และ 0.74 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.9 มีอายุเฉลี่ย 64.2 ± 2.65 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.5 ในด้านอาชีพ พบว่า ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 38.4 บทบาทในชุมชน ส่วนมากเป็นประชาชนทั่วไป ร้อยละ 53.4 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 63.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 57.5 และมีสุขภาพช่องปากอยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 80.1 ส่วนปัจจัยอื่นๆ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.4 (Mean = 60.4, S.D. = 5.44) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 37.3 (Mean = 81.3, S.D. = 21.4) และแรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.4 (Mean = 29.4, S.D. = 5.95) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ ของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เพศหญิง (Beta = 0.159, p-value = 0.007) สถานภาพสมรส (Beta = 0.145, p-value = 0.008) มีโรคประจำตัว (Beta = 0.175, p-value = 0.001) สุขภาพช่องปากที่ดี (Beta = 0.203, p-value < 0.001) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Beta = 0.361, p-value < 0.001) และแรงสนับสนุนทางสังคม (Beta = 0.108, p-value = 0.043) โดยร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ ได้ร้อยละ 22.4 ซึ่งสามารถนำไปออกแบบกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุต่อไป

Title FACTORS AFFECTING TO HEALTH BEHAVIOR 3E-2S-1F AMONG OLDER ADULTS IN BAN TAK DISTRICT, TAK PROVINCE

Author Sirikarn Nokphueng

Advisor Assistant Professor Waraporn youngiam, Ph.D.

Academic Paper M.P.H. Thesis in Public Health Program, Naresuan University, 2025

Keywords Health literacy, Older adults, 3E-2S-1F health behaviors, Social support

ABSTRACT

This cross-sectional research study examined the 3E-2S-1F health behaviors (Eating, Exercise, Emotion, Smoking, Alcohol, Teeth) of older adults and factors affecting these health behaviors among older adults in Ban Tak District, Tak Province. The sample consisted of 292 older adults aged 60-69 years. Data were collected using questionnaires. The instrument quality had Cronbach's alpha reliability coefficients as follows: health literacy, social support, and 3E-2S-1F health behaviors were 0.92, 0.95, and 0.74, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum, maximum, and multiple linear regression.

The findings revealed that the majority of participants were female (71.9%), with an average age of 64.2 ± 2.65 years. Most had completed primary education (57.5%), were engaged in agriculture (38.4%), held the status of general citizens in the community (53.4%), and were married (63.0%). Additionally, 57.5% reported having underlying medical conditions, while 80.1% maintained good oral health. Regarding health-related factors, the majority of the elderly exhibited moderate levels of health behaviors (3A 2S 1F) at 64.4% (Mean = 60.4, S.D. = 5.44). Health literacy was at a fair level for 37.3% (Mean = 81.3, S.D. = 21.4), and social support was reported at a moderate level by 53.4% (Mean = 29.4, S.D. = 5.95). Multiple regression analysis identified several factors significantly associated with health behaviors (3A 2S 1F) at the 0.05 level: being female (Beta = 0.159, $p = 0.007$), marital status (Beta = 0.145,

$p = 0.008$), presence of underlying diseases ($\text{Beta} = 0.175$, $p = 0.001$), good oral health ($\text{Beta} = 0.203$, $p < 0.001$), health literacy ($\text{Beta} = 0.361$, $p < 0.001$), and social support ($\text{Beta} = 0.108$, $p = 0.043$). Collectively, these variables accounted for 22.4% of the variance in the health behaviors of the elderly. These findings provide a valuable foundation for designing targeted health promotion interventions for this population.



ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ยิ่งเอี่ยม ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ตรวจสอบแก้ไขข้อมูล และชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี ตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ ฉบับนี้ และขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ และชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้การวิจัยนี้ มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณทุนอุดหนุนการวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ของนิสิตบัณฑิตศึกษาที่มี ศักยภาพสูง ประจำปีงบประมาณ 2568 ของมหาวิทยาลัยนเรศวร

กราบขอบพระคุณ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่กรุณา พิจารณารับรอง และเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัย

กราบขอบพระคุณ อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ซึ่งประกอบ ไปด้วยผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คันสนีย์ เมฆรุ่งเรือง ดร.จุฑารัตน์ รักประสิทธิ์ และนายวิเชียร คำอ่วม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สลิต ที่ให้ความกรุณา ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา รวมทั้งให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการสร้าง เครื่องมือวิจัยอย่างดียิ่ง

กราบขอบพระคุณ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านตาก และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลในเขตอำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก ที่อำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยทุกด้านเป็น อย่างดี รวมทั้งเจ้าหน้าที่ และกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี

กราบขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ ในการ ปรับปรุงเนื้อหาที่เป็นประโยชน์ และส่งผลให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ทางวิชาการยิ่งขึ้น

ท้ายที่สุดนี้ขอกราบขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่าง ที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย รวมทั้งครอบครัว ครู อาจารย์ และเพื่อนนิสิตทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจ และให้การสนับสนุนในทุกด้าน เป็นอย่างยิ่งเสมอมา อันคุณค่าและคุณประโยชน์ที่ได้จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบอุทิศให้แก่ ผู้มีพระคุณทุกท่านและหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจเพื่อนำไป สร้างประโยชน์ยิ่งขึ้นต่อไป

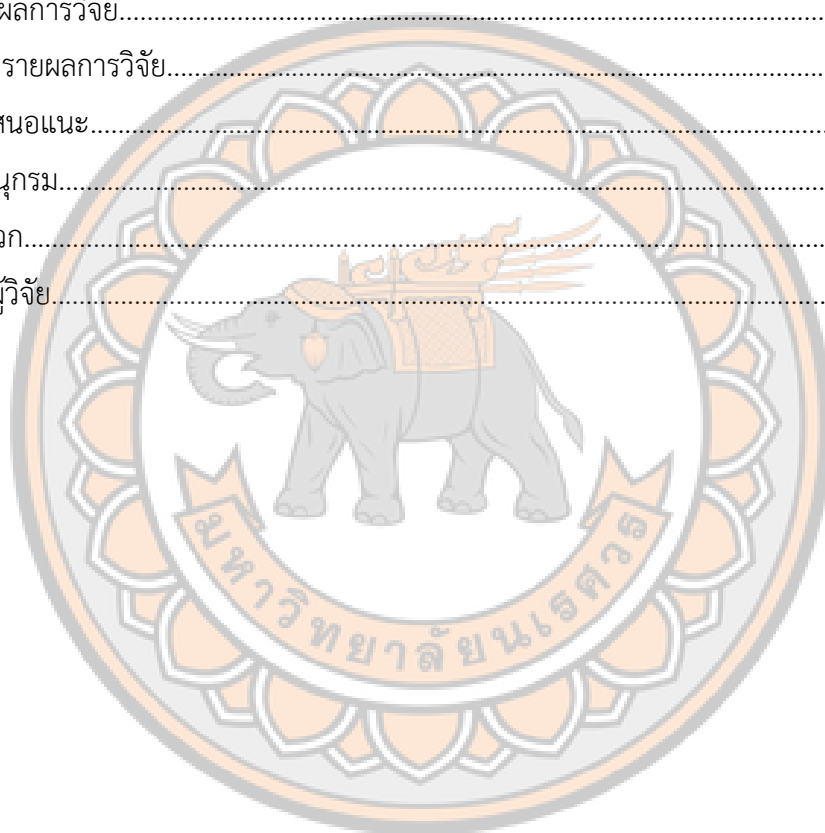
ศิริกาญจน์ นกผึ้ง

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....ค	
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....ง	
ประกาศคุณูปการ.....ฉ	
บทที่ 1 บทนำ..... 1	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1	
คำถามของการวิจัย..... 4	
วัตถุประสงค์ของการวิจัย..... 4	
สมมติฐานของการวิจัย..... 4	
ขอบเขตของงานวิจัย..... 4	
นิยามศัพท์เฉพาะ..... 5	
ประโยชน์ของการวิจัย..... 7	
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 8	
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ..... 8	
แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1พ..... 20	
แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ..... 27	
ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม..... 32	
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 35	
กรอบแนวคิดการวิจัย..... 39	
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย..... 40	
ประชากรและการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง..... 40	
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 45	
การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ..... 48	
การเก็บรวบรวมข้อมูล..... 49	
การวิเคราะห์ข้อมูล..... 50	
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง..... 54	

บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	55
ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป.....	55
ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ.....	57
ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม.....	63
ส่วนที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1พ ของผู้สูงอายุ อายุ 60 -69 ปี.....	64
ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1พ ของผู้สูงอายุอำเภอบ้านตาก.....	67
บทที่ 5 บทสรุป	69
สรุปผลการวิจัย.....	69
อภิปรายผลการวิจัย.....	71
ข้อเสนอแนะ.....	75
บรรณานุกรม.....	76
ภาคผนวก.....	83
ประวัติผู้วิจัย.....	100



สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 แสดงจำนวนผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้านที่คำนวณได้	42
ตาราง 2 แสดงรายละเอียดตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์สถิติ.....	51
ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 292)	55
ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพ โดยรวมของผู้สูงอายุ อายุ 60- 69 ปี (n =292).....	57
ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพ จำแนกตามองค์ประกอบ (n = 292).....	58
ตาราง 6 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของกลุ่มตัวอย่าง ต่อความรู้ด้าน สุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านความรู้ ความเข้าใจ ด้านทักษะการ สื่อสาร ด้านการจัดการตนเองด้านการรู้เท่าทันสื่อและด้านการตัดสินใจจำแนกตามรายชื่อ (n = 292).....	59
ตาราง 7 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการการได้รับ แรงสนับสนุนทางสังคม (n=292).....	63
ตาราง 8 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน และแปลผลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับ แรงสนับสนุนทางสังคม แยกตามรายชื่อ (n=292).....	63
ตาราง 9 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1พ ในผู้สูงอายุ (n=292).....	64
ตาราง 10 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน และแปลผลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1พ ของผู้สูงอายุ รายชื่อ (n=292).....	65
ตาราง 11 แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2 ส 1 พ ของผู้สูงอายุ อายุ 60-69 ปี ในอำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก n=292).....	67

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพ 1 แสดงตัวอย่างแปรงสีฟันที่มีด้ามจับถนัดมือสำหรับผู้สูงอายุ.....	25
ภาพ 2 แสดงการสาธิตการแปรงฟันให้สะอาด.....	26
ภาพ 3 แสดงแผนผังการสุ่มตัวอย่างในการวิจัย	44



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโครงสร้างประชากรของโลก และประเทศไทยกำลังเปลี่ยนแปลงไปสู่สังคมผู้สูงอายุ อย่างชัดเจน องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2573 ประชากรของผู้สูงอายุทั่วโลกที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะมีจำนวนประมาณ 1.4 พันล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.0 ของประชากรโลกทั้งหมด (World Health Organization [WHO], 2023) สอดคล้องกับรายงานจำนวนผู้สูงอายุในภูมิภาค เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พ.ศ.2565 พบว่า ประเทศในภูมิภาคอาเซียนมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวนประมาณ 79 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 11.7 ของประชากรทั้งหมด โดยประเทศที่เข้าสู่สังคมสูงอายุแล้ว กล่าวคือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10.0 ของประชากรทั้งประเทศ ได้แก่ สิงคโปร์ ไทย และเวียดนาม คิดเป็นร้อยละ 22.0 19.0 และ 13.0 ตามลำดับ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566)

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 (WHO, 2023) และในปี พ.ศ.2567 พบว่า มีผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป มีมากกว่า 13 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20.7 ของประชากรทั้งหมด (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2567) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ประมาณ 18.9 ล้านคน ในปี 2585 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบในหลายด้าน สอดคล้องกับการเพิ่มขึ้น ของประชากรผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ และสังคม เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มวัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมทั้งเกิดภาวะพึ่งพิง (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2567) โดยเฉพาะอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นช่วงที่สมรรถภาพร่างกายทั้งสมรรถนะภายในตัวบุคคล และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันจะลดลงเมื่ออายุมากขึ้นซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการชรา (Ageing process) ทำให้หลายระบบในร่างกายทำหน้าที่เสื่อมถอยลง เช่น การลดลงของสมรรถภาพ ระบบหัวใจและหลอดเลือด การลดลงของมวลกล้ามเนื้อและความหนาแน่นของกระดูก การลดลง ของระบบการเผาผลาญพลังงาน ส่งผลกระทบต่อความสามารถในชีวิตประจำวัน ทำให้เกิด ภาวะพึ่งพา เปราะบาง และการเจ็บป่วยมากขึ้นในผู้สูงอายุ (Preston & Biddell, 2021)

จากรายงานการตรวจสุขภาพคนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567- 2568 พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการบริโภคโซเดียม พบว่า อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป บริโภคโซเดียมมากกว่า 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน ร้อยละ 86.8 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบผู้หญิงสูบบุหรี่ สุดในกลุ่มอายุ 70-79 ปี (เฉลี่ย 9.6 มวนต่อวัน) ความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์ ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 27.9 โดยภาคเหนือมีความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุด ความชุกของการมีกิจกรรม ทางกายไม่เพียงพอ กลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 38.7 พบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 70.5

นอกจากนี้ พบว่าผู้สูงอายุ อายุ 60-69 ปี มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 1.9 โดยเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย ร้อยละ 2.8 และ 1.9 ตามลำดับ (เริงฤดี ปธานวนิช, 2568) จากรายงานสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยง ด้านสุขภาพดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยได้มากกว่าวัยอื่น หากมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม (WHO, 2020) ดังเช่น ผลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ พ.ศ. 2567 พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพียงร้อยละ 26.2 โดยเพศหญิง มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่าเพศชาย (National Statistical Office, 2024)

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2563) ได้แนะนำหลัก 3อ 2ส 1ฟ เป็นหลักการดูแล พฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3อ ได้แก่ 1) อาหาร เน้นลดหวาน มัน เค็ม เพิ่มผัก ผลไม้ 2) อารมณ์ดี รู้จักคลายเครียดและหางานอดิเรกทำ 3) ออกกำลังกาย สัปดาห์ละ 4-5 วัน ครั้งละ 30 นาที 2ส ได้แก่ งดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา และ 1ฟ คือ ฟันสะอาด สุขภาพฟันดี (กรมอนามัย, 2563) เป็นข้อเสนอแนะสำหรับผู้สูงอายุเพื่อให้มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ อย่างไรก็ตาม จากรายงานการตรวจสุขภาพคนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568 พบความชุกของผู้สูงอายุมีฟันน้อยกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 51.6 ทั้งเพศชายและหญิง (เริงฤดี ปธานวนิช, 2568) สอดคล้องกับรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 พ.ศ. 2566 พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพช่องปากที่ยังไม่ได้รับการรักษา โดยพบภาวะเหงือกอักเสบ ร้อยละ 48.7 มีฟันผุเฉลี่ย 2 ซี่ต่อคน ร้อยละ 35.5 และโรคปริทันต์อักเสบ ร้อยละ 18.7 หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่ความเจ็บปวด การสูญเสียฟัน และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (สำนักงานทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2567) ซึ่งฟันเป็นส่วนหนึ่งของอวัยวะที่สำคัญต่อความอยู่ดีมีสุข ในแผนปฏิบัติการผู้สูงอายุระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566-2580) ได้กำหนดให้ผู้สูงอายุมีฟันแท้ใช้งานอย่างน้อย 20 ซี่ เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทุกมิติ (กองบริหารการสาธารณสุข, 2565) การที่ผู้สูงอายุจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมตามหลัก 3อ 2ส 1ฟ ได้อย่างถูกต้องและยั่งยืนนั้น จำเป็นต้องอาศัย "ความรู้ด้านสุขภาพ" (Health Literacy) เป็นกลไกขับเคลื่อนสำคัญ

องค์การอนามัยโลก ให้นิยามความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง ทักษะต่างๆ ทางกรรับรู้ และทางสังคม เพื่อทำให้บุคคลเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น (WHO, 1998) และตามแนวคิดของ Nutbeam (2008) ได้อธิบายว่า ความรู้ด้านสุขภาพไม่ใช่เพียงทักษะการอ่านเขียน แต่เป็นคุณลักษณะพื้นฐานสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมมีคุณลักษณะพื้นฐาน 6 ประการ ดังนี้ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access skill) 2) ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive skill) 3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) 4) ทักษะการจัดการตนเอง (Self - management skill) 5) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) 6) การตัดสินใจ (Decision skill) ซึ่งจากการศึกษาของ สมสุข ภาณุรัตน์ และคณะ (2562) พบว่า

ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง จะมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี และจากรายงานผลการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2562 ในกลุ่มประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 6,114 คน พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 75.8 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับไม่เพียงพอ (วิมล โรมา และคณะ, 2561) อีกทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประไพพิศ สิงหเสน, พอเพ็ญ ไกรนา และวรรัตน์ ทิพย์รัตน์ (2562) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ในระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 51.7 สะท้อนให้เห็นว่า ผู้สูงอายุไทยยังมีข้อจำกัดด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ อาจส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตได้ ซึ่งเมื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ยังพบว่า การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน/เพื่อนบ้าน และบุคคลกรด้านสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่อยู่ในระดับดีเป็น 3.30 เท่าของผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับ (พฤษา มะหัต, วรกร วิชัยโย และธันวา ใจเที่ยง , 2566) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการที่ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน โดยเป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่ทำให้ผู้ได้รับปฏิบัติตามความต้องการ (House, 1981)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1พ ของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ (สุขประเสริฐ ทับสี, 2563 ; วราภรณ์ ขาติพล และคณะ, 2564) สถานภาพสมรส (พฤษา มะหัต และคณะ, 2566) การมีโรคประจำตัว (นิทรา กิจธิระ วุฒิวิงษ์, และคันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์, 2559) สุขภาพช่องปาก (Lipsky et al, 2024) นอกจากนี้ ปัจจัยทางสังคมยังมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุขและบุคคลในครอบครัว ซึ่งช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง (พฤษา มะหัต และคณะ, 2566; ธัญยานุช คำสีแก้ว และธนัชกนกเทศ, 2567) อีกทั้งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อการตัดสินใจ และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุ (สุภาพ ไทยแท้ และคณะ, 2564)

อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก เป็นพื้นที่ที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดในจังหวัด มีผู้สูงอายุจำนวน 8,695 คน (HDC, 2024) คิดเป็นร้อยละ 28.7 ของประชากรทั้งหมด และเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด จำนวน 5,234 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.24 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน จำนวน 1,925 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.16 โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 224 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.58 และโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 208 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.39 นอกจากนี้ปัญหาสุขภาพช่องปากในปี 2565-2567 พบว่า ผู้สูงอายุมีฟันแท้ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ หรือ 4 คู่สบ จำนวน 1,032, 1,249, 941 คน ซึ่งก็ถือว่าลดลงจากปีที่ผ่านมา (HDC, 2567) อย่างไรก็ตามการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1พ ของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก ยังมีอยู่อย่างจำกัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษา

พฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1พ และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวในผู้สูงอายุวัยต้นอายุ 60–69ปี กลุ่มติดสังคม ในอำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก เพื่อให้ผลการศึกษานำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำถามของการวิจัย

1. พฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1พ ของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตากเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1พ ของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก มีอะไรบ้าง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1พ ของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1พ ของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก

สมมติฐานของการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ บทบาทในชุมชน สถานภาพสมรส โรคประจำตัว และสุขภาพช่องปาก ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1พ ของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก

ขอบเขตของงานวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหา เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1พ ของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก โดยใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) และแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

ขอบเขตด้านพื้นที่ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก

ขอบเขตด้านประชากร ประชากรมีอายุ 60 - 69 ปี เป็นกลุ่มติดสังคม ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในอำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก ในปี 2567 จำนวน 292 คน

ขอบเขตเวลาการวิจัย ระยะเวลาในการศึกษา เดือนกรกฎาคม – กันยายน พ.ศ.2568

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชากรที่มีอายุ 60 - 69 ปี เป็นกลุ่มติดสังคมที่คะแนนประเมิน ADL $\geq$ 12 คะแนน ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในอำเภอบ้านตาก จังหวัดตากอย่างน้อย 6 เดือน

บทบาทในชุมชน หมายถึง ผู้สูงอายุอำเภอบ้านตาก จังหวัดตากมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในตำบล เช่น เป็นอสมผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน/กรรมการหมู่บ้าน ประชาชนชุมชน

สุขภาพช่องปาก หมายถึง ผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากที่ดี โดยมีจำนวนฟันแท้อย่างน้อย 20ซี่หรือ4คู่สบ หรือไม่มีการใส่ฟันเทียม หรือการได้รับการตรวจรักษาจากทันตแพทย์ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา

พฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1พ หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุ ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วย การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก ดังนี้

1) การบริโภคอาหาร หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุโดยเฉลี่ย/สัปดาห์ในการรับประทานผักและผลไม้สดอย่างน้อยวันละครั้งกิโล การรับประทานอาหารที่มีแคลเซียม เช่น นม ปลา การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารทอด กะทิ ของหวาน เช่น ลูกอม ผลไม้ที่มีน้ำตาลสูง ดื่มน้ำร้อนดื่มน้ำที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม ชาไข่มุก และการรับประทานอาหารรสเค็ม ของหมักดอง ประเมินโดยใช้ช่วงความถี่ในการปฏิบัติเฉลี่ย/สัปดาห์ เช่น 6-7วัน/สัปดาห์ 4-5วัน/สัปดาห์ 3วัน/สัปดาห์ 1-2วัน/สัปดาห์ แทบไม่ได้ปฏิบัติ

2) การออกกำลังกาย หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุโดยเฉลี่ย/สัปดาห์ในการทรงตัว เช่น รำไม้พอง โยคะ เต้นบาสโลป วันละ 30 นาที รวมถึงการเคลื่อนไหวร่างกายต่อเนื่องด้วยการทำกิจวัตรประจำวัน ประมาณ 30 นาทีต่อวัน เช่น เดินไปทำงาน ทำงานบ้าน เป็นต้น ประเมินโดยใช้ช่วงความถี่ในการปฏิบัติเฉลี่ย/สัปดาห์ เช่น 6-7วัน/สัปดาห์ 4-5วัน/สัปดาห์ 3วัน/สัปดาห์ 1-2วัน/สัปดาห์ แทบไม่ได้ปฏิบัติ

3) การจัดการอารมณ์ความเครียด หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุโดยเฉลี่ย/สัปดาห์ ในการทำกิจกรรมที่ผ่อนคลายตัวเอง เช่น สวดมนต์ และการสังเกตความผิดปกติของร่างกาย และจิตใจที่อาจเกิดจากความเครียด และหาวิธีการจัดการ ประเมินโดยใช้ช่วงความถี่ในการปฏิบัติเฉลี่ย/สัปดาห์ เช่น 6-7วัน/สัปดาห์ 4-5วัน/สัปดาห์ 3วัน/สัปดาห์ 1-2วัน/สัปดาห์ แทบไม่ได้ปฏิบัติ

4) การสูบบุหรี่ หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุโดยเฉลี่ย/สัปดาห์ การสูบบุหรี่หรือยาสูบ และอยู่ใกล้ชิด/ได้รับควันบุหรี่จากบุคคลอื่น ประเมินโดยใช้ช่วงความถี่ในการปฏิบัติเฉลี่ย/สัปดาห์ เช่น 6-7วัน/สัปดาห์ 4-5วัน/สัปดาห์ 3วัน/สัปดาห์ 1-2วัน/สัปดาห์ แทบไม่ได้ปฏิบัติ

5) การดื่มสุรา หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุโดยเฉลี่ย/สัปดาห์ ในการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ไวน์ เหล้า ยาตองเหล้า ประเมินโดยใช้ช่วงความถี่ในการ

ปฏิบัติเฉลี่ย/สัปดาห์ เช่น 6-7วัน/สัปดาห์ 4-5วัน/สัปดาห์ 3วัน/สัปดาห์ 1-2วัน/สัปดาห์ แทบไม่ได้ปฏิบัติ

6) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุโดยเฉลี่ย/สัปดาห์ ในการแปรงฟันทุกเช้า-ก่อนนอน การใช้ยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ รวมถึงการใช้ไหมขัดฟัน ประเมินโดยใช้ช่วงความถี่ในการปฏิบัติเฉลี่ย/สัปดาห์ เช่น 6-7วัน/สัปดาห์ 4-5วัน/สัปดาห์ 3วัน/สัปดาห์ 1-2วัน/สัปดาห์ แทบไม่ได้ปฏิบัติ

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะเฉพาะของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจ การสื่อสาร การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจ เพื่อนำมาปรับใช้ในการจัดการสุขภาพตนเองตลอดจนใช้ข้อมูลชี้แนะบุคคลอื่น ในด้านการสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส 1พ ที่ถูกต้องเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

องค์ประกอบที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ หมายถึง ผู้สูงอายุสามารถในการเข้าถึง ค้นหาข้อมูลสุขภาพและประเมินความน่าเชื่อถือ จากแหล่งข้อมูลที่ถูกต้อง รวมถึงสามารถติดต่อเบอร์สายด่วนสุขภาพที่จะให้การช่วยเหลือด้านสุขภาพ เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินหรือปัญหาสุขภาพได้ และรับฟังข้อมูลด้านสุขภาพจากการฟังผู้อื่นพูด ตามหลักพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1พ ได้อย่างถูกต้อง ประเมินโดยใช้ความถี่ในการปฏิบัติ ได้แก่ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆครั้ง ไม่ปฏิบัติ/ไม่เคย

องค์ประกอบที่ 2 ความรู้ ความเข้าใจ หมายถึง ผู้สูงอายุสามารถเข้าใจ อ่าน จำข้อมูลสุขภาพจากคู่มือหรือคำอธิบายหรือบุคลากรทางการแพทย์และสื่อสารสาระต่างๆตามหลักพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1พ ได้อย่างถูกต้องและอย่างชัดเจน ประเมินโดยใช้ความถี่ในการปฏิบัติ ได้แก่ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆครั้ง ไม่ปฏิบัติ/ไม่เคย

องค์ประกอบที่ 3 ทักษะการสื่อสาร หมายถึง ผู้สูงอายุสามารถขอคำปรึกษา อธิบาย สอบถาม ผ่านการพูด อ่าน เขียน เพื่อให้ได้ข้อมูลหรือคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ มาปฏิบัติตัวตามหลักพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1พ และสื่อสารให้กับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน ให้เกิดการปฏิบัติอย่างเข้าใจ ประเมินโดยใช้ความถี่ในการปฏิบัติ ได้แก่ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆครั้ง ไม่ปฏิบัติ/ไม่เคย

องค์ประกอบที่ 4 ทักษะการจัดการตนเอง หมายถึง ผู้สูงอายุสามารถสังเกต วางเป้าหมาย ประเมินตนเอง ในการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1พ เพื่อสร้างสุขภาพที่ดีขึ้นได้ ประเมินโดยใช้ความถี่ในการปฏิบัติ ได้แก่ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆครั้ง ไม่ปฏิบัติ/ไม่เคย

องค์ประกอบที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อ หมายถึง ผู้สูงอายุสามารถตรวจสอบความถูกต้อง โดยสามารถวิเคราะห์ ประเมินและแลกเปลี่ยนการเลือกรับข้อมูลด้านสุขภาพตามแนวทางปฏิบัติตาม หลักพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1พ กับผู้อื่นก่อนตัดสินใจเชื่อหรือปฏิบัติตาม โดยใช้ความถี่ในการปฏิบัติ ได้แก่ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆครั้ง ไม่ปฏิบัติ/ไม่เคย

องค์ประกอบที่ 6 การตัดสินใจ หมายถึง ผู้สูงอายุสามารถการตัดสินใจไม่ปฏิบัติหรือ เลือกปฏิบัติตามหลักพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1พ ที่ถูกต้องในสถานการณ์ต่างๆ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิด พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีเกิดขึ้น เช่น โดนชักชวนให้ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรืออาหารที่มีไขมันสูง จะสามารถตัดสินใจปฏิบัติได้ถูกต้องเหมาะสม ประเมินโดยใช้ความถี่ในการปฏิบัติ ได้แก่ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆครั้ง ไม่ปฏิบัติ/ไม่เคย

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ ดูแลจากบุคลากร ด้านสุขภาพ รวมถึงสมาชิกในครอบครัว ทั้งด้านจิตใจ/อารมณ์ ได้แก่ การให้กำลังใจ คำปรึกษา คำแนะนำ ข้อมูลข่าวสาร อุปกรณ์สิ่งของที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ แสดงออกถึงความเห็นพ้อง ยอมรับการ ปฏิบัติที่ถูกต้อง ในการดูแลสุขภาพตนเองตามหลักพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1พ เพื่อให้มีพฤติกรรม สุขภาพที่ดีขึ้น

ประโยชน์ของการวิจัย

ระดับปฏิบัติการ ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุขสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปเป็น แนวทางในการวางแผนกลยุทธ์พัฒนาการดูแลสุขภาพ และการวางแผนจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับ ผู้สูงอายุในชุมชนได้ต่อไป

ระดับวิชาการ หน่วยงานสาธารณสุขสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาในการทำวิจัยประเภท กึ่งทดลอง เพื่อกำหนดเป็นโปรแกรมในทางอ้อมให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระยะยาว

ระดับนโยบาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางใน การวางแผนนโยบาย การดำเนินงาน การกำหนดกลวิธีและรูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลด้านสุขภาพ ในกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อบริการรับสังคมผู้สูงอายุ และเตรียมความพร้อมสำหรับผู้สูงอายุรายใหม่

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1พ ของผู้สูงอายุในอำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1พ
3. แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ
4. ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดการวิจัย

1.แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1. ความหมายของผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2019) ให้ความหมายผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป สำหรับประเทศที่กำลังพัฒนา และสำหรับประเทศที่พัฒนาแล้ว ผู้สูงอายุคือผู้ที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ให้ความหมายผู้สูงอายุไว้ว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย เป็นผู้สูงอายุหรือที่เรียกกันว่า "ผู้สูงวัย" โดยแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุได้ 3 กลุ่ม ดังนี้

- 1.1 ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) เป็นช่วงวัยที่ยังช่วยเหลือตนเองได้
- 1.2 ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79ปี) เป็นช่วงวัยที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย ร่างกายเริ่มอ่อนแอ มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง
- 1.3 ผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปี ขึ้นไป) เป็นช่วงวัยที่เจ็บป่วยบ่อยขึ้น อวัยวะเสื่อมสภาพ อาจมีภาวะทุพพลภาพ

ในการวิจัยนี้ ผู้สูงอายุใช้ในการวิจัยคือ ผู้ที่อายุ 60 – 69 ปี เนื่องจากเป็นวัยที่สามารถทำกิจกรรมพื้นฐานประจำวัน และช่วยเหลือตัวเองได้

2. สถานการณ์ผู้สูงอายุ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566)

จากรายงานสถานการณ์สูงอายุไทยปี พ.ศ. 2565 กล่าวว่า การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก และเป็นประเด็นที่รัฐบาลของประเทศต่างๆ กำลังให้ความสนใจ ในขณะที่ประชากรโลกมีอัตราการเพิ่มที่ลดลง แต่สัดส่วนประชากรของสูงอายุกลับเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วในปี 2565 ทั้งทั้งโลกมีประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มากถึง 1,109 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรโลก 8,000 ล้านคน โดยองค์การสหประชาชาติแบ่งการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเป็น 3 ระดับ ได้แก่

1. ระดับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) หมายถึง มีคนอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า 10% หรือมีคนอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่า 14% ของประชากรทั้งประเทศ
2. ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Super-aged society) หมายถึง เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นเป็น 20% หรือประชากรอายุ 65 ปีเพิ่มเป็น 14% ของประชากรโดยรวมทั้งหมดของทั้งประเทศ
3. ระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว (Super-aged society) หมายถึง มีคนอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า 28% หรือมีคนอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่า 20% ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมผู้สูงอายุในระดับต่างๆ จะพิจารณาจากจำนวนประชากรจะเห็นได้ว่าจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นรวดเร็วอย่างเห็นได้ชัด

ในปี พ.ศ.2565 มี 7 ใน 10 ประเทศสมาชิกอาเซียนกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เกินกว่าร้อยละ 10 เหลือเพียง 3 ประเทศเท่านั้นที่ยังไม่เป็นสังคมผู้สูงอายุ ได้แก่ ลาว กัมพูชา และฟิลิปปินส์ และประเทศไทยมีประชากรตามหลักฐานการทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย 66 ล้านคน ในจำนวนนี้มีประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 13 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด และในปี 2583 จะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 31.4 ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่า ประเทศไทยอยู่ในระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว (Super-aged society) จากการสำรวจสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทยปี 2565 พบว่าจังหวัดที่มีอัตราผู้สูงอายุสูงสุด 3 อันดับแรก คือ ลำปาง แพร่ และลำพูน ซึ่งมีอัตราผู้สูงอายุเกินกว่าร้อยละ 26 ของประชากรทั้งหมด ทั้ง 3 จังหวัดนี้ล้วนอยู่ในภาคเหนือ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทยมีสูงขึ้น การเตรียมตัวรับมือกับสถานการณ์นี้ทางภาครัฐได้มีการจัดตั้งแผน และนโยบายต่างๆ เพื่อมารับมือในครั้งนี้

จากการการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของผู้สูงอายุทั่วโลกที่เพิ่มขึ้นและรวดเร็ว ทำให้หลายๆ ประเทศเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว โดยประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว (Super-aged society) โดยจะต้องมีการจัดตั้งแผน วางแผนในการเตรียมพร้อมรับมือกับสังคมผู้สูงอายุต่อไป

3. แผนนโยบาย และแนวทางการดำเนินงานผู้สูงอายุ (กองบริหารการสาธารณสุข, 2565)

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำยุทธศาสตร์ชาติ โดยกำหนดกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) เพื่อใช้ในการขับเคลื่อนและพัฒนาประเทศ ให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ "ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง" ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ คือ 1.ยุทธศาสตร์ด้านความมั่นคง (Stable & Secure) 2.ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน (Innovative & Creative) 3.ยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน (Human Capital) 4.ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาคและเท่าเทียมกันทางสังคม(Inclusive) 5.ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม (Green Growth) และ 6.ยุทธศาสตร์ด้านการปรับสมดุล และพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ (Good Governance)

1. นโยบายกระทรวงสาธารณสุข

นโยบายและแนวทางการดำเนินงานของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้มอบนโยบาย และแนวทางการดำเนินงาน ณ วันที่ 7 สิงหาคม 2556 ประกอบด้วย

1. การพัฒนางานสาธารณสุขตามแนวพระราชดำริ
2. การดูแลให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง ทั้งทางกาย ทางใจ และมีความมั่นคง

ทางสุขภาพ

มีสุขภาพที่ดี

- 2.1. สร้างเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เพื่อการ
- 2.2. พัฒนาเด็กไทยให้มีคุณภาพ
- 2.3. จัดการดูแลระยะยาวรองรับสังคมสูงวัยอย่างเป็นระบบ
- 2.4. จัดการภัยคุกคามความมั่นคงทางสุขภาพอย่างครบวงจรและบูรณาการ

โดยความร่วมมือกับเครือข่ายภาครัฐ ประชาชน ท้องถิ่น และเอกชน

3. การดูแลให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพปลอดภัย ลดความเหลื่อมล้ำ ลดความแออัด ลดระยะเวลาการรอคอย และลดภาระค่าใช้จ่ายของประชาชน

4. ผลักดันการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางการแพทย์และสาธารณสุข
5. การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ

2. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)

โดยนำกรอบแนวคิดประเทศไทย 4.0 สร้างเศรษฐกิจใหม่ ก้าวข้ามกับดักรายได้ปานกลาง เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals - SDGs by 2030) โดย

กำหนดนโยบาย ทิศทาง เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ และวางแผนระยะยาวในด้านสาธารณสุข ประกอบด้วย

วิสัยทัศน์ : เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพที่รวมพลังสังคมเพื่อประชาชนสุขภาพดี

พันธกิจ : พัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืน

เป้าหมาย : ประชาชนสุขภาพดีเจ้าหน้าที่มีความสุขระบบสุขภาพยั่งยืน

3. แผนปฏิบัติการราชการแผนการบูรณาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ (พ.ศ.2566-2570)

3.1. วิสัยทัศน์ (Vision) “ผู้สูงอายุทั่วไทยสุขภาพดีแบบองค์รวมเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึงด้วยพลังเครือข่ายนำประเทศไทยเป็นศูนย์กลางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมูลค่าสูงของภูมิภาค” ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีแบบองค์รวม

3.2. เป้าประสงค์สูงสุด (Ultimate goal) : เป้าหมายภายในปี พ.ศ. 2570 ที่ต้องบรรลุผล

3.2.1. ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสุขภาพดีแบบองค์รวมอย่างยั่งยืนโดยอัตราการรอบรู้ทางสุขภาพของประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 60

3.2.2. ประเทศไทยมีระบบการบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีคุณภาพโดยแผนปฏิบัติการ จะมีการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ และคุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเข้าถึงทั่วถึง ทั้งประเทศด้วยพลังเครือข่าย และการสร้างความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพดี

3.3. กลยุทธ์ (Strategy)

3.3.1. เสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพแก่ผู้สูงอายุอย่างเข้าใจ เข้าถึง และร่วมพัฒนาการพึ่งตนเองทางสุขภาพของผู้สูงอายุมาตรการและแนวทางการดำเนินงาน

3.3.2. พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้ชีวิตประจำวันแก่ผู้สูงอายุที่ถูกต้อง

- ส่งเสริมให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในระดับต่างๆ ดำเนินการพัฒนาสื่อความรู้ และการสื่อสารสุขภาพอย่างเข้าถึง เพื่อการปรับและพัฒนาการบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย การนอน การดูแลสุขภาพช่องปาก การงดสูบบุหรี่และดื่มสุรา เป็นที่น่าสนใจทันสมัย ง่ายต่อการเรียนรู้เข้าใจ และเข้าถึงบริบทผู้สูงอายุ

- เสริมสร้างความร่วมมือของทีมปฏิบัติการสุขภาพอาสาเพื่อผู้สูงอายุ ประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) โภชนาการจิตอาสา และสมาชิกในครอบครัวเพื่อเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาความรอบรู้ทั้งนี้ มุ่งเน้นกลุ่มผู้สูงอายุเป้าหมาย เปราะบาง พึ่งพิงสุขภาพ ผู้สูงอายุผู้มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อเรื้อรัง

- การส่งเสริมการพัฒนาชุดความรู้เชิงกิจกรรมเพื่อการบำบัดฟื้นฟู และดูแลสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุสำหรับหน่วยบริการทุกระดับ ชุมชน ครอบครัว รวมทั้งญาติผู้ดูแล ผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรมสร้างสุข กิจกรรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ สัญญาณเตือนต่อการมีปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ (BPSD)

3.3.3. ส่งเสริมการพัฒนาชุดความรู้สุขภาพเชิงดิจิทัลเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ในการป้องกันตนเองจากภัยคุกคามทางสุขภาพ ในวิกฤติปัจจุบันและวิถีถัดไป

- ส่งเสริมศูนย์อนามัยทุกแห่งดำเนินการจัดทำสื่อดิจิทัลเพื่อการเตือนภัยสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุตามบริบทของพื้นที่ และกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุ

- ส่งเสริมการพัฒนาวิชาการสุขภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพการควบคุมป้องกันโรคแก่ผู้สูงอายุตามบริบทพื้นที่ และอาชีพของผู้สูงอายุ (กรมควบคุมโรค)

- ส่งเสริมหน่วยบริการเชิงพื้นที่ดำเนินการพัฒนาชุดความรู้สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเพื่อการสร้างระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมกลไก การสื่อสารแบบบูรณาการทุกระดับ เพื่อลดภัยคุกคามที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในระดับตำบล (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)

- ส่งเสริมการสร้างสรรควิชาการ และพัฒนาชุดความรู้และข้อมูลสุขภาพในรูปแบบ Digital content (วิดีโอ) เพื่อการสื่อสารสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มป่วยสมองเสื่อม NCDs และพลัดตกหกล้ม อย่างเข้าถึงทั่วถึง รวดเร็ว พร้อมส่งเสริมพื้นที่ร่วมสร้างสรรค์ Digital content เพื่อการแบ่งปันความรู้ในรูปแบบออนไลน์

3.3.4. ลดความเหลื่อมล้ำในการสื่อสารความรู้สุขภาพสู่ผู้สูงอายุเน้นการปฏิบัติการเชิงรุกแบบรอบด้าน

- การพัฒนาชุดความรู้สุขภาพเฉพาะถิ่นพื้นที่ เฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย เพื่อการสร้างความรู้ด้านสุขภาพให้สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุในทุกพื้นที่ กลุ่มชาติพันธุ์ ประชากรในพื้นที่ชายแดน ชุมชนแออัดในเมือง พื้นที่เกาะ และกลุ่มผู้พิการคนด้อยโอกาส

- การส่งเสริมการจัดทำสื่อชุดความรู้ เพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพด้านผู้สูงอายุสุขภาพดีที่สามารถทำความเข้าใจได้ด้วยตนเอง เพื่อเป็นพลังของการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพแก่ผู้สูงอายุด้วยตนเอง เช่น ชุดความรู้ผู้สูงอายุ ผู้นำการออกกำลังกาย ชุดความรู้ผู้สูงอายุ การบำบัดและฟื้นฟูสุขภาพใจ

3.3.5. เสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในการปรับตัวทันการเปลี่ยนแปลง เน้นการรู้เท่าทันโรคอุบัติใหม่ (COVID-19) โรคอุบัติซ้ำ สถานการณ์ความเสี่ยงต่อผู้สูงอายุ เช่น ความรู้การดูแลสังคมจิตใจผู้สูงอายุ ในสถานการณ์โควิด 19 สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ/

อสม. ชุดความรู้เพื่อการรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้องจากการโฆษณาโอ้อวดสรรพคุณของอาหารและยา และชุดความรู้ด้านโรคที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศโลก

3.3.6. การบูรณาการกลไกเชิงนโยบายทางการสาธารณสุขกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนารูปแบบเชิงพื้นที่ในระดับตำบลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามช่วงวัย

- ผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60 - 69 ปี) เน้นการส่งเสริมสุขภาพโดยการตรวจสุขภาพ การสร้างพฤติกรรมสุขภาพใหม่ด้วยตนเองในชีวิตประจำวัน การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมด้วยตนเอง การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามสภาวะสุขภาพส่วนตน

- ผู้สูงอายุตอนกลาง (อายุ 70 - 79 ปี) เน้นการส่งเสริมสุขภาพในการพัฒนาสุขภาพกาย และจิตใจด้วยตนเองและครอบครัว การส่งเสริมสุขภาพด้วยกิจกรรมสุขภาพแบบองค์รวม

- ผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) เน้นการส่งเสริมสุขภาพตามวิถีทางธรรมชาติ การส่งเสริมการฟื้นฟูสุขภาพเชิงจิตใจ และจิตวิญญาณ

จากข้อมูลข้างต้น สรุปได้ว่า กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายกระทรวงสาธารณสุข จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ที่มีเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals - SDGs by 2030) โดยมีแผนปฏิบัติการแผนการบูรณาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ (พ.ศ.2566 - 2570) เป้าประสงค์สูงสุด คือผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสภาวะดีแบบองค์รวมอย่างยั่งยืน โดยให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะสามารถดูแลสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

4. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนบริการสุขภาพ ,2562)

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในวัยผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในวัยสูงอายุ จำแนกได้ 8 ระบบ ได้แก่ ระบบผิวหนัง และอวัยวะต่างๆ ระบบหัวใจ และหลอดเลือด ระบบทางเดินหายใจ ระบบประสาท และประสาทสัมผัส การทรงตัว ระบบกระดูก และกล้ามเนื้อ ระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินปัสสาวะ/สืบพันธุ์ และระบบต่อมไร้ท่อ ซึ่งแต่ละระบบมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ระบบผิวหนัง และอวัยวะต่างๆ

1.1. ผิวหนัง ในวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงที่ผิวหนัง เกิดจากจำนวนเส้นใยอีลาสตินและเซลล์ผิวหนังจะลดลง ทำให้ผิวหนังขาดความยืดหยุ่น ทำให้ผิวหนังผู้สูงอายุมีลักษณะแห้งและเป็นขุย ร่วมกับต่อมไขมันและต่อมเหงื่อที่ทำงานลดลง เป็นสาเหตุที่ทำให้ผิวหนังขาดความชุ่มชื้น

ทำให้การระบายความร้อนออกจากร่างกายทำได้ไม่ดี อีกทั้งเซลล์ที่สร้างเม็ดสีมีการทำงานลดลงทำให้สีของผิวหนังเปลี่ยนไป อาจพบจุดสีน้ำตาล ตกกระได้ทั่วไป อันเนื่องมาจากการรวมตัวของเม็ดสีเก่าๆ และเมื่อผิวหนังบางลง ผู้สูงอายุจะหนาวง่าย และเกิดรอยฟกช้ำหรือเกิดแผลได้ง่าย ดังนั้นผู้สูงอายุไม่ควรอาบน้ำร้อนหรืออุ่นเวลาที่อากาศหนาว ควรเลือกใช้สบู่เด็กหรือมีส่วนผสมของน้ำมันธรรมชาติในการอาบน้ำหรือชำระร่างกายด้วยน้ำธรรมดาที่เพียงพอ หลังอาบน้ำควรทาโลชั่นเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นให้แก่ผิว และควรระมัดระวังเรื่องการดื่ง การเช็ดถูผิวหนังแรงๆ เพราะอาจทำให้เกิดแผลได้ง่าย

1.2. ผม เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผมจะมีสีขาวหรือเรียกว่า ผมหงอก เกิดจากรากผมไม่สร้างเม็ดสี อีกทั้งผมจะบางลงและหลุดร่วงง่าย ดังนั้นควรให้ผู้สูงอายุใช้แชมพูชนิดอ่อน เช่น แชมพูสำหรับเด็ก ตัดผมสั้นอยู่เสมอเพื่อดูแลและทำความสะอาดได้ง่าย อาจใช้มีอนวดศีรษะเพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือด

1.3. ริมฝีปากและฟัน ผู้สูงอายุจะมีริมฝีปากแห้งและลอกแตกง่าย ผู้สูงอายุควรใช้ลิปสติกมันทาเพื่อให้ปากชุ่มชื้น และดูแลช่องปากให้สะอาดอยู่เสมอ เพื่อลดการสะสมของแบคทีเรีย อีกทั้งผู้สูงอายุแคลเซียมลดน้อยลงทำให้ฟันหลุดหรือหักง่าย การบดเคี้ยว อาหารไม่ละเอียดทำให้ระบบทางเดินอาหารทำงานหนัก บางคนจึงต้องใส่ฟันปลอม ดังนั้นอาหารที่ควรจัดให้ผู้สูงอายุควรเป็น อาหารอ่อน หั่นเป็นชิ้นเล็กย่อยง่ายและมีประโยชน์ เช่น ปลา ไข่ เต้าหู้ ผักต้ม เป็นต้น และควรพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่อง ปากและฟันทุกๆ 6 เดือน หรือปีละ 1 ครั้ง

1.4. ลิ้น การรับรสหรือรสชาติอาหารลดลง เมื่อผู้สูงอายุรับประทาน อาหารจะรับรสชาติของอาหารได้ไม่ดี บางครั้งอาจจะเติมน้ำตาลหรือน้ำปลาปรุงรสมากเกินไป ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพต่างๆตามมา ดังนั้น เราควรช่วยดูแลไม่ให้ผู้สูงอายุปรุงอาหารด้วยน้ำตาลและน้ำปลามากเกินไป และควรดูแลทำความสะอาดลิ้นด้วยแปรงที่นุ่ม เพื่อลดการสะสมของเชื้อโรคภายในช่องปาก

1.5. จมูก การได้กลิ่นต่างๆ ลดลง ไม่สามารถแยกกลิ่นที่คุ้นเคยได้ บางครั้งอาจไม่ได้กลิ่นอาหารที่เริ่มบูดเน่า ผู้สูงอายุอาจรับประทาน เข้าไปทำให้ท้องเสียได้ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารสดใหม่เสมอ และไม่ควรให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารที่ค้างคืนไว้นาน

1.6. สายตา ประสาทสัมผัสในการมองเห็นลดลง โดยเฉพาะในเวลากลางคืน หรือที่ที่มีแสงสว่างน้อย การหยิบจับสิ่งของไม่ถูก เล่นสตาแซงชั่น ความสามารถในการมองเห็นลดลง บางรายมีสายตาวาย มองในระยะใกล้ไม่ชัดเจน ลานสายตาแคบ การแยกสี ส้ม แดง เหลือง ได้ดีกว่าสีน้ำเงิน ม่วง เขียว ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ อาจทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ดังนั้นควรระมัดระวังการเดินในที่ที่มีแสงสว่างน้อยหรือตอนมืด เก็บข้าวของให้เป็นระเบียบ ไม่ขวางทางเดิน และผู้สูงอายุ ตรวจตาปีละ 1 ครั้ง รับประทานอาหารที่บำรุงสายตา เช่น ผักบุ้ง ผักคะน้า เป็นต้น

2. การเปลี่ยนแปลงของหัวใจและไหลเวียนโลหิต

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจจะลดลง เกิดจากความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหัวใจเสื่อมสภาพจากการทำหน้าที่อย่างไม่เคยหยุดมาเป็นเวลานาน และปริมาณเลือดที่เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงจากการแข็งตัว/ตีบภายในเส้นเลือด ทำให้หลอดเลือดสูญเสียความยืดหยุ่น บางคนมีไขมันมากทำให้ผนังหลอดเลือดหนาตัวมากขึ้น ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้ เมื่อหัวใจทำงานหนักส่งผลให้มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว และหน้า มีดเป็นลมได้ง่าย ปัจจัยความเสื่อมเหล่านี้ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที (cardiac output) มีค่าลดลงและอาจไม่เพียงพอที่จะหล่อเลี้ยงร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุเหนื่อยง่าย ทำงานได้ไม่นานเท่าเมื่อก่อน

3. การเปลี่ยนแปลงของการหายใจ

เมื่ออายุมากขึ้นจะเกิดการเปลี่ยนแปลงสำคัญเกี่ยวกับการหายใจ คือมีการแข็งตัวไม่ยืดหยุ่นของข้อต่อเล็ก ๆ ของซี่โครงทำให้การขยายตัวของทรวงอกลดลง เกิดภาวะหลังค่อม และปอด ทำหน้าที่นำออกซิเจนไปเลี้ยงเซลล์ต่างๆ ในร่างกาย เมื่ออายุมากขึ้นความยืดหยุ่นและความจุปอดลดลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อช่วยหายใจลดลง ทำให้ผู้สูงอายุหายใจลำบาก เหนื่อยง่ายเมื่อออกแรง อีกทั้งกล้ามเนื้อทรวงอกเสื่อม ทำให้ไอและขับเสมหะออกได้ยากเสี่ยงต่อการทำหอบเกิดการติดเชื้อได้ง่าย ดังนั้นผู้สูงอายุควรอยู่ในสภาพอากาศที่ถ่ายเท บริหารปอดด้วยการสูดลมหายใจเข้าออกลึกๆ ซ้ำๆ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดีขึ้น

4. การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทและประสาทสัมผัส การทรงตัว

ผู้สูงอายุจะมีความการเสื่อมของระบบประสาททั้งส่วนกลาง (สมอง) และที่ส่วนปลาย(เส้นประสาท)การที่สมองเสื่อมเกิดจากจำนวนเซลล์สมองที่ลดลง ซึ่งแสดงด้วยน้ำหนักสมองและขนาดที่ลดลง การทำงานของสารสื่อประสาทและเซลล์ประสาททั้งระบบส่วนกลางและระบบประสาทส่วนปลายมีประสิทธิภาพลดลง ส่งผลกระทบให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสายตา ทำให้เห็นภาพไม่ชัดเจน การได้ยินลดลง ทำให้เกิดปัญหาในการสื่อสารปัจจัยเหล่านี้ทำให้การส่งสัญญาณประสาทช้าลงทำให้ปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าและการเคลื่อนไหวลดลง ระบบความคิดและวิเคราะห์ช้าลง อาจเกิดภาวะความจำเสื่อม การเสื่อมสลายของสารสื่อประสาทที่สำคัญบางชนิดจะนำไปสู่โรคพาร์กินสัน ซึ่งเกี่ยวข้องกับความผิดปกติในการเคลื่อนไหว นอนไม่หลับ ทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป ทั้งยังพบว่า เมื่ออายุมากขึ้นประสิทธิภาพของสมองส่วนที่ควบคุมอุณหภูมิของร่างกายลดลง การปรับอุณหภูมิร่างกายจะทำได้ยากขึ้น ความทนร้อนทนหนาวจะน้อยลง

5. การเปลี่ยนแปลงของกระดูกและกล้ามเนื้อ

ผู้สูงอายุจะมีขนาดของกล้ามเนื้อเล็กลง แขน-ขาเหี่ยว ไม่แข็งแรง จากสาเหตุหลัก คือการที่มีภาวะกล้ามเนื้อลีบจากการไม่ได้ใช้งาน (disused atrophy) และการลดลงของการนำสัญญาณประสาทจากการที่สารสื่อประสาทบกพร่อง เป็นผลทำให้มีการเสื่อมถอยของความแข็งแรง

และความสามารถในการหดตัวของกล้ามเนื้อ ภาวะการสูญเสียสมดุนี้ส่งผลให้เกิดอาการสั่นเมื่อต้องทำงาน มีการลดลงของกำลังกล้ามเนื้อสูงสุด (maximum muscular strength) และระยะการเคลื่อนไหวของข้อต่อ (range of joint movement) โดยทั่วไปนั้น กำลังกล้ามเนื้อจะลดลงในอัตราร้อยละ 15 - 20 โดยประมาณในระหว่างช่วงอายุ 20 - 60 ปี มากน้อยตามแต่ว่าเคยดูแลสมรรถภาพร่างกายมาอย่างไร ดังนั้นผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงควรพยายามดำรงความสามารถในการทำงานเดิมไว้ให้ได้ ความหนาแน่นกระดูกในผู้สูงอายุจะลดลง เพราะแคลเซียมสลายออกจากกระดูกมากขึ้น ทำให้กระดูกเปราะและหักง่าย หมอนรองกระดูกบางลง ทำให้ผู้สูงอายุหลังค่อม น้ำในข้อกระดูกต่างๆลดลง ทำให้การเคลื่อนไหวของข้อไม่สะดวก เกิดการแข็งตึงและอักเสบได้ง่าย ที่พบได้มากคือ ข้อเข่าเสื่อม ภาวะกระดูกบางพบชัดเจนในเพศหญิงวัยหลังหมดประจำเดือน ข้อต่อต่างๆ เริ่มเสื่อมคลอนโดยเฉพาะตำแหน่งที่ต้องรับน้ำหนักตัว กล้ามเนื้อบางส่วนฝ่อลีบ มวลกล้ามเนื้อลดลงกว่าร้อยละ 50 ทำให้เกิดอาการล้าและอ่อนแรงง่าย เสี่ยงการทรงตัวเสี่ยงต่อการหกล้มและกระดูกหัก

6. การเปลี่ยนแปลงในการย่อยอาหาร

การเปลี่ยนแปลงที่มีผลกระทบต่อการกิน การย่อยอาหารในผู้สูงอายุ ได้แก่ การเคี้ยวอาหารไม่ละเอียดจากการหลดร่วงของฟัน แม้จะใช้ฟันปลอมแต่การเคี้ยวบดอาหารก็จะทำได้ไม่ดี ทำให้กะเพาะอาหารต้องทำงานหนักขึ้น รวมถึงการผลิตน้ำย่อยลดลงจากการเสื่อมสลายของเซลล์ในกะเพาะอาหาร ลำไส้หย่อนตัว ทำให้มักมีอาการท้องอืด แน่นท้อง และท้องผูกได้ ผู้สูงอายุจึงควรเคี้ยวให้ละเอียดและรับประทานอาหารที่อ่อน ย่อยง่าย เพิ่มอาหารที่มีกากใย เช่น ผักผลไม้ และเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อป้องกันท้องผูก

7. การเปลี่ยนแปลงของระบบปัสสาวะ/ระบบสืบพันธุ์

ไต มีหน้าที่ในการกรองและขับของเสียของจากร่างกาย ผู้สูงอายุจะมีขนาดไตลดลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อกระเพาะ ปัสสาวะลดลง ทำให้มีปัสสาวะคั่งในกระเพาะปัสสาวะ ผู้สูงอายุ จึงถ่ายปัสสาวะบ่อย และทำให้สูญเสียสมดุนี้-เกลือแร่ที่แร่ที่เป็นสาเหตุหลักของภาวะไตเสื่อม ในเพศชายมีระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนลดลง มีผลทำให้ลูกอัณฑะฝ่อลง การสร้างอสุจิลดลง อสุจิมีความหนืดน้อยลง ระยะเวลาในการทำให้มีการแข็งตัวของอวัยวะเพศ (erection period) ใช้เวลานานขึ้น ต่อมาลูกหมากมีขนาดใหญ่ขึ้นทำให้ถ่ายปัสสาวะได้ลำบาก ส่วนเพศหญิงมีระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนลดลง รังไข่ฝ่อ ขนาดช่องคลอดเกิดการเปลี่ยนแปลงและแห้งมากขึ้น ทำให้ช่องคลอดแคบสั้นลง สารหล่อลื่นภายในช่องคลอดลดลง ทำให้เกิดการติดเชื้อและอักเสบได้ง่าย กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อน ทำให้กลั้นปัสสาวะไม่ได้ นอกจากนี้ที่ทรวงอกสูญเสียความยืดหยุ่นทำให้เกิดการหย่อนคล้อย และฮอร์โมนเอสโตรเจนมีหน้าที่ช่วยในการนำไขมันมาเผาผลาญให้เป็นพลังงาน ทำให้ผู้สูงอายุที่เข้าสู่และล่วงเลยวัยทองจะอ้วน มีไขมันสะสมได้ง่าย

8. การเปลี่ยนแปลงของระบบต่อมไร้ท่อ

ร่างกายผู้สูงอายุสร้างฮอร์โมนชนิดต่างๆได้น้อยลง เช่น ตับอ่อนสร้างอินซูลินได้ลดลง หรือเนื้อเยื่อไม่ตอบสนองต่อฮอร์โมนทำให้เกิดความผิดปกติ เช่น เซลล์ไม่ตอบสนองต่ออินซูลินเกิดเป็นภาวะดื้อต่ออินซูลิน (insulin resistance) และทำให้น้ำตาลในกระแสเลือดสูงขึ้น นอกจากนี้อาจมีการหลั่งฮอร์โมนผิดปกติ ทำให้เกิดโรคบางชนิด เช่น ความเสื่อมของฮอร์โมนที่ปรับสมดุลแคลเซียมทำให้เกิดภาวะกระดูกพรุน (osteoporosis) ความเสื่อมของฮอร์โมนที่กระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ทำให้เกิดภาวะซีด โลหิตจาง ความเสื่อมของฮอร์โมนที่ปรับสมดุลฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen) ทำให้การเผาผลาญไขมัน (lipolysis) ลดลงทำให้อ้วนง่าย กระดูกหักหรือยุบง่าย เมื่อได้รับบาดเจ็บที่ไม่รุนแรง

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจในวัยผู้สูงอายุ

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เช่น การเจ็บป่วย การเสื่อมของระบบต่างๆในร่างกาย ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียด ความรู้สึกกดดัน ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม เช่น การเกษียณอายุ การสูญเสีย บทบาทในการเป็นหัวหน้าครอบครัว อาจเกิดความรู้สึกว่า คุณค่าในตนเองลดลงจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ถ้าปรับตัวไม่ได้จะรู้สึกหงุดหงิด ซึมเศร้า ขาดความพึงพอใจต่อสภาพชีวิตปัจจุบันส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจให้แย่ลงได้

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมในวัยผู้สูงอายุ

การเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็นการถอนบทบาทจากสังคมภายนอก ด้วยการเกษียณอายุจากการทำงาน จะมีแต่สังคมในบ้าน ขาดการพบปะกับผู้ร่วมงาน บทบาทสังคมและการได้รับการยกย่องจากบุคคลอื่นในสังคมลดลง สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลให้ผู้เกษียณเกิดความรู้สึกว่าคุณค่า และศักดิ์ศรีลดน้อยลง เกิดความรู้สึกเหงาและว่าเหว่ ถ้าไม่มีบทบาทใหม่มาทดแทน จะส่งผลให้ความพึงพอใจในชีวิตลดลง รวมทั้งการขาดรายได้ ในขณะที่รายจ่ายเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากต้องมีรายจ่ายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่เสื่อมลงมากขึ้นจากเดิม จึงก่อให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจได้

จากที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ในเรื่องของการดำเนินชีวิตเป็นอย่างมาก ดังนั้นผู้สูงอายุจึงควรมีการวางแผนด้านสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับวัย เพื่อให้ตนเองนั้นมีสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

5. ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเป็นสภาพสังคมที่กำลังเกิดขึ้นกับประเทศต่างๆ รวมทั้งประเทศไทย ความเจริญในด้านการดูแลสุขภาพส่งผลให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ซึ่งประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” แล้ว ส่งผลให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม โดยภาครัฐได้ผลักดันนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุเรื่อยมา สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2562) กล่าวว่า โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ส่วนหนึ่งมาจากการเจ็บป่วยสะสมตั้งแต่วัยหนุ่มสาวหรือ วัยทำงาน แต่ไม่ได้รับการรักษาหรือการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดอาการรุนแรงในวัยสูงอายุ หลายโรคเกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ทั้งการ บริโภคอาหาร ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย และขาดการควบคุมอารมณ์ที่ดี โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาด เลือดหรือโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อาการสับสนและสูญเสียความทรงจำ ภาวะสมองเสื่อม อาการนอนไม่หลับ ภาวะซึมเศร้า ปัญหาการกลั่นแกล้งข่มขู่ และปัญหาการได้ยิน

1. โรคความดันโลหิตสูง ในคนปกติไม่ควรมีความดันโลหิตเกิน 129/89 มิลลิเมตรปรอท ข้อสังเกตอาการ มักไม่แสดงอาการออกมาชัดเจน บางครั้งอาจมีอาการปวดศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น และตาพร่ามัว หากไม่รักษาตั้งแต่ต้น ปล่อยปละละเลยจนเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น อัมพฤกษ์ ตาบอด ไตวาย หัวใจวาย ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงควรหมั่นตรวจวัดความดันโลหิตอยู่เสมอ

2. โรคเบาหวาน เกิดจากความผิดปกติของร่างกายที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการผลิตฮอร์โมน อินซูลินไม่เพียงพอ จนส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดพุ่งขึ้นสูง อาการที่สังเกตได้ เช่น กระหายน้ำ ปัสสาวะบ่อย จนต้องดื่มน้ำที่ละมาก ๆ อ่อนเพลีย และน้ำหนักตัวลดลงโดยไม่มีสาเหตุ นอกจากนี้ยังอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย เช่น ตาพร่ามัวหรือตาบอด ไตเสื่อม ซาปลายมือปลายเท้า และยังเสี่ยงต่อการติดเชื้อง่ายอีกด้วย

3. โรคหัวใจขาดเลือด หรือ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เกิดขึ้นจากภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบ ถือว่าอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ พบมากในผู้ป่วย เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อ้วนลงพุง ไม่ค่อยออกกำลังกาย สูบบุหรี่ และผู้ที่มีสมาชิกในครอบครัวมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจก็จะยิ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรคดังกล่าวสูงขึ้นได้ด้วย

4. อาการสับสนและสูญเสียความทรงจำ อาการหลงลืมหรือคิดช้าลงเป็นอาการที่พบได้ เมื่ออายุมากขึ้น หากมีสุขภาพที่เฉียบพลัน เช่น การอักเสบติดเชื้อ หัวใจหรือสมองขาดเลือด ก็อาจเกิดอาการเพ้อ งุนงง สับสนได้ง่ายขึ้น แต่เมื่อแก้ไขที่สาเหตุของการเจ็บป่วย อาการเหล่านี้ก็จะดีขึ้นได้

5. ภาวะสมองเสื่อม เป็นภาวะที่สมองเริ่มถดถอยการทำงานด้านใดด้านหนึ่งลงไป เช่น ด้านความจำ ด้านภาษา ด้านการประมวล และด้านสมาธิ โดยจะเริ่มสูญเสียเซลล์สมองจากส่วน

หนึ่ง แล้วค่อยๆ ลุกขึ้นมาไปยังสมองอีกส่วนหนึ่งอย่างช้า ๆ เมื่อเวลาผ่านไปนานเป็นสัปดาห์ความผิดปกติเหล่านี้ จะปรากฏชัดเจนในตัวผู้มีอาการ จนคนรอบข้างเริ่มสังเกตเห็น ความเปลี่ยนแปลงได้ที่ละน้อย

6. อาการนอนไม่หลับ ผู้สูงอายุมักมีปัญหาคุณภาพการนอนที่ลดน้อยลง อาจหลับยากขึ้น ตื่นบ่อย หลับไม่ลึก และตื่นมาไม่สดชื่น โดยมีสาเหตุจากสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงตามวัย รวมถึง อาจมีสาเหตุอื่น ๆ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล อาการปวดต่าง ๆ กรดไหลย้อน ปัญหาการหายใจ หรือโรคนอนกรน ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน ผลข้างเคียงจากยา อาการนอนไม่หลับมักส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการลื่นหกล้ม อารมณ์หงุดหงิด หรือภูมิคุ้มกันลดลงจาก การพักผ่อนไม่เพียงพอ และทำให้เกิดปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ตามมา ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมในผู้สูงอายุ

7. ภาวะซึมเศร้า การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ชนิดหนึ่ง โดยผู้สูงอายุจะรู้สึกเบื่อหน่ายหรือ เศร้า หรือทั้งสองอย่าง โดยอาจมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการกินการนอน เร็วแรงสมาธิรวมถึง ความรู้สึกต่อตนเองร่วมด้วย การเปลี่ยนแปลงเช่นนี้ถ้าเป็นไม่มากนักอาจเข้าข่าย “ภาวะซึมเศร้า” แต่หากมีอาการมากและกินระยะเวลานานก็อาจพัฒนากลายเป็น “โรคซึมเศร้า” ซึ่งทำให้ไม่มีความสุข ในชีวิต ทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ไม่ดีเหมือนเดิม และผู้สูงอายุบางคนก็รู้สึกท้อแท้หรือ หดหู่หวังอาจส่งผลรุนแรง ถึงขั้นไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป

8. ปัญหาการกลั่นกรองการขับถ่ายไม่อยู่ ผู้สูงอายุอาจมีปัญหาการกลั่นปัสสาวะหรืออุจจาระ ไม่อยู่ ซึ่งเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น กล้ามเนื้ออวัยวะเชิงกรานหย่อนหรืออ่อนล้า กระเพาะปัสสาวะ อ่อนไหวเกินไป ความบกพร่องในการควบคุมการกลั่นกรองการขับถ่ายที่เกิดจากสมองหรือเส้นประสาท การรับประทานยาบางชนิด กระเพาะปัสสาวะอักเสบ ท้องผูก ต่อมลูกหมากโต โรคเบาหวาน

9. ปัญหาการได้ยิน ผู้สูงอายุจะมีความสามารถในการรับเสียงที่แยลงมักมีอาการหูอื้อหรือหู ตึง โดยมีอาการเริ่มแรกคือ ไม่ค่อยได้ยินเสียงแหลม ๆ หรือเสียงที่มีความถี่สูง เช่น เสียงผู้หญิงเสียงดนตรีคีย์สูง ๆ หรือเมื่ออยู่ในสถานที่ซึ่งมีเสียงรบกวนก็อาจฟังไม่เข้าใจ ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านการสื่อสารกับผู้อื่นน้อยลงโดยไม่รู้ตัว

10. การป้องกันอุบัติเหตุและการหกล้มในผู้สูงอายุ การหกล้มของผู้สูงอายุถือว่าเป็นเรื่อง ใหญ่ เพราะอาจกระทบต่อคุณภาพชีวิต พิกการ หรือเป็นสาเหตุการเสียชีวิตได้ แม้ว่าการหกล้มนั้นจะ เกิดขึ้นในลักษณะไม่หนักก็ตาม เช่น ลุกจากเตียงแล้วหกล้มก้นกระแทก อาจทำให้กระดูกสะโพกหรือ กระดูกสันหลังหัก การหกล้มศีรษะกระแทกพื้น

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในประเทศไทยส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หลอดเลือดหัวใจตีบ ภาวะสมองเสื่อม และภาวะซึมเศร้า ซึ่งหลายโรคเกิดจากพฤติกรรมไม่เหมาะสม นอกจากนี้ยังพบปัญหาการกลั่นกรองการขับถ่ายไม่อยู่

การได้ยีนลดลง และความเสี่ยงจากการหกล้ม การดูแลสุขภาพและป้องกันอุบัติเหตุ จึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ

2. แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1พ

1. ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ให้ความหมายของสุขภาพ (Health) ไว้ในธรรมนูญขององค์การอนามัยโลกในปี 1986 ว่า a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” หรือแปลได้ว่า สภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจรวมทั้งการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข และมีได้หมายความว่าเฉพาะเพียงแต่การปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น (ขวัญเมือง แก้วคำเกิง, 2561)

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2565) ให้ความหมายว่าพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การปฏิบัติ หรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติทางด้านสุขภาพต่างๆ เช่น การมีสุขภาพกาย จิตใจ/อารมณ์ และสังคมที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างมีสมดุล พฤติกรรมสุขภาพเกิดขึ้นทั้งภายใน (Covert Behavior) และพฤติกรรมสุขภาพภายนอก (Overt Behavior)

1. พฤติกรรมสุขภาพภายใน (Covert Behavior) เป็นปฏิกิริยาภายในตัวบุคคล ที่มีทั้งเป็นรูปธรรม และนามธรรม พฤติกรรมที่เป็นรูปธรรม คือ สามารถใช้เครื่องมือบางอย่างเข้าวัดหรือสัมผัสได้ เช่น การเต้นของหัวใจ การบีบตัวของลำไส้ เป็นต้น ส่วนพฤติกรรมที่เป็นนามธรรม ได้แก่ ความคิด ความรู้สึก เจตคติ ค่านิยม ความมั่นใจ เป็นต้น พฤติกรรมภายในนี้ไม่สามารถสัมผัสหรือวัดได้ด้วยเครื่องมือต่าง ๆ แต่จะทราบได้เมื่อแสดงพฤติกรรมออกมา

2. พฤติกรรมสุขภาพภายนอก (Overt Behavior) เป็นปฏิกิริยาต่าง ๆ ของบุคคล ที่แสดงออกมาทั้งทางวาจา และการกระทำ ซึ่งปรากฏให้บุคคลอื่นเห็นหรือสังเกตได้ เช่น ท่าทาง หรือคำพูดที่แสดงออก ไม่ว่าจะเป็นน้ำเสียง สีหน้า

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2563) ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพซึ่งมีผลมาจากความรู้ความเข้าใจเจตคติและการปฏิบัติทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ (2561) ให้ความหมายว่า พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) การกระทำหรือการงดเว้นการกระทำใด ๆ ทั้งที่มีผลดีและผลเสียต่อสุขภาพทั้งด้านกายจิตสังคม และ

จิตวิญญาณทั้งของตนเองครอบครัวและชุมชนซึ่งได้อิทธิพลมาจากปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ พุทธะพัสัย จิตตะพัสัย และทักกะพัสัย และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เช่น นโยบายการเปลี่ยนแปลง ทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

ผู้วิจัยจึงสรุปคำว่า พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) ว่าหมายถึง การแสดงออกของการกระทำใด ๆ ของบุคคลในการที่จะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติในสิ่งที่ส่งผลต่อสุขภาพ โดยมีอิทธิพลมาจากปัจจัยของบุคคลด้านพุทพัสัย เช่น ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ด้านเจตพัสัย เช่น ทศนคติ และด้านทักกะพัสัย เช่น ความสามารถในการปฏิบัติ และรวมถึง ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เช่น นโยบายต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป

2. ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2561)

จากนิยาม คำว่า พฤติกรรมสุขภาพข้างต้น มีนักวิชาการด้านสุขภาพรวบรวมแนวคิดและสังเคราะห์ คำว่า พฤติกรรมสุขภาพ ได้น่าสนใจ ครอบคลุม โดยจำแนกประเภทของพฤติกรรมที่เป็นการแสดงออกของบุคคล ออกเป็น 4 ประเภท คือ

2.1 พฤติกรรมการรักษาโรค หมายถึง การแสดงออกหรือพฤติกรรมภายนอกของบุคคล ครอบครัว และชุมชน เมื่อมีอาการเจ็บป่วยหรือเป็นโรครวมถึงการฟื้นฟูสุขภาพให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ดังเดิม เช่น เมื่อเกิดอาการเจ็บคอที่มีสาเหตุมาจากเชื้อโรคก็จะแสดงออกด้วยการรับประทานยาฆ่าเชื้อโรค

2.2 พฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง การแสดงออกหรือพฤติกรรมภายนอกของ บุคคลครอบครัว และชุมชน ทั้งที่เป็นการกระทำในสิ่งที่ส่งผลดีต่อสุขภาพหรือไม่กระทำในสิ่งที่ส่งผล เสียต่อสุขภาพ เช่น การลดละเลิกสูบบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกหรือพฤติกรรมภายนอก ของบุคคลครอบครัวและชุมชนที่เป็นการกระทำเพื่อให้มีสุขภาพที่พึงประสงค์ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารเช้า 5 หมู่ การเข้าวัดปฏิบัติธรรมเพื่อให้จิตใจสงบเป็นสุข

2.4 พฤติกรรมมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ หมายถึง การแสดงออก หรือพฤติกรรมภายนอกของบุคคลครอบครัวและชุมชน ที่เป็นการกระทำที่ส่งเสริมต่อสุขภาพของส่วนรวม เช่น การรณรงค์ออกกำลังกาย จัดกิจกรรมเดินแอโรบิกโดยชมรม รวมถึง พฤติกรรมมีส่วนร่วมในการคัดค้านหรือต่อต้านโครงการต่าง ๆ ของภาครัฐที่เชื่อว่าจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน

โดยสรุปพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 4 ประเภท ข้างต้น จะเห็นได้ว่าการแสดงออกพฤติกรรมภายนอกของบุคคล เป็นพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพของบุคคล ทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกันรักษา รวมถึงการมีส่วนร่วมต่อชุมชน ซึ่งในทุกช่วงชีวิตจำเป็นต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยอย่างแน่นอน หากแต่ละบุคคลมีพฤติกรรมที่ดีเหล่านี้ จะทำให้ดำรงชีวิตได้ปกติสุข และมีชีวิตที่ยืนยาว

3. พฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ ของผู้สูงอายุ (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

ในการศึกษานี้จะกล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุตามหลัก 3อ 2ส 1ฟ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร พฤติกรรมกรออกกำลังกาย พฤติกรรมกรจัดการอารมณ์ พฤติกรรมกรสูบบุหรี่ พฤติกรรมกรดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพช่องปาก ดังนี้

3.1 พฤติกรรมกรบริโภคอาหารผู้สูงอายุ หมายถึง การเลือกกินอาหารให้เหมาะสม ครบ 5 หมู่ และเน้นกรกินอาหารที่ย่อยง่าย ได้สารอาหารครบถ้วน เช่น กินปลา และผักใบเขียว ผลไม้ที่มีรสไม่หวานจัด สด และหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันและผู้หญิงสูงอายุซึ่งอยู่ในช่วงวัยทอง ควรดื่มนมพร่องมันเนยหรือกินปลาเล็กปลาน้อยเพื่อเสริมแคลเซียมให้แก่ร่างกาย

ในวัยผู้สูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะทางร่างกาย แต่คงไม่เท่ากันทุกคน ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ เสื่อมถอย ผู้สูงอายุมีความต้องการพลังงานและสารอาหารเหมือนบุคคลวัยอื่นๆ เพียงแต่ต้องการในปริมาณที่ลดน้อยลงเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง อายุยืน ควรปฏิบัติดังนี้

การจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุ

1. จัดอาหารให้ครบ 5 กลุ่ม กลุ่มข้าว - แป้ง กลุ่มผัก กลุ่มผลไม้ กลุ่มเนื้อสัตว์ กลุ่มนมและผลิตภัณฑ์นม แต่ละกลุ่มให้หลากหลาย ในสัดส่วนและปริมาณที่เหมาะสม
2. เลือกข้าวไม่ขัดสีเป็นอาหารหลัก สลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ (ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน วุ้นเส้น)
3. เลือกปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ ถั่วเมล็ดแห้ง มาปรุงอาหารเป็นประจำ
4. จัดเมนูผักให้มีความหลากหลายสีและสลับชนิดกันไป จะช่วยทำให้อาหารมีสีสันให้น่ารับประทาน
5. จัดผลไม้ วันละ 1 - 3 ส่วน เลือกผลไม้รสไม่หวานจัด
6. จัดให้ดื่มนมรสจืด วันละ 1 - 2 แก้ว หรือจัดอาหารแหล่งแคลเซียม เช่น ผักใบเขียวเข้ม ปลาเล็กปลาน้อย เต้าหู้แข็ง
7. ควรหั่นอาหารเป็นชิ้นขนาดเล็ก เพื่อง่ายต่อการเคี้ยวและย่อย เลือกอาหารชนิดอ่อนนุ่ม หรือทำให้อ่อนนุ่ม ด้วยการต้ม นึ่ง ลวก
8. ในกรณีที่กินมื้อหลักได้ไม่เพียงพอ อาจจัดให้กินครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง แบ่งเป็นมื้อย่อยๆ วันละ 5 - 6 มื้อ
9. ลดการปรุงอาหารรสจัด ลดการใช้เครื่องปรุงรสหวาน มัน เค็ม ใช้สมุนไพรในการปรุงแต่งเพื่อเพิ่มรสชาติให้ลด/เลี่ยงการจัดขนมหวาน อาหารหมักดอง อาหารแปรรูป

10. ประชุมอาหารสุกใหม่
11. จัดให้ผู้สูงอายุต้มน้ำสะอาด วันละ 8 แก้ว เลี่ยงการจัดเครื่องดื่มชา กาแฟ
12. งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มชูกำลัง และงดสูบบุหรี่
13. หมั่นร่วมรับประทานอาหารพร้อมกันทั้งครอบครัว สร้างความอบอุ่นทาง

จิตใจให้ผู้สูงอายุ

3.2 พฤติกรรมการออกกำลังกายผู้สูงอายุ หมายถึง การออกกำลังกายในวัยสูงอายุ ต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษ เป็นวัยที่ร่างกายเสื่อมถอย การตอบสนองหรือการรับรู้ช้าลง มีปัญหาเรื่องของโรคภัยไข้เจ็บ ควรออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสุขภาพ เพิ่มความสามารถ และสมรรถภาพของร่างกายแบบไม่หักโหม ใช้แรงพอเหมาะ ค่อยเป็นค่อยไป เช่น การเดินช้าๆ รำมวยจีน การบริหารประกอบเพลง เป็นต้น

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำแนะนำการมีกิจกรรมทางกายและการเคลื่อนไหวร่างกาย ที่เพียงพอเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุไว้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุควรมีกิจกรรมทางกายที่ระดับเหนื่อยปานกลางสะสมให้ได้อย่างน้อย 150 - 300 นาที ต่อสัปดาห์หรือโดยเฉลี่ยอย่างน้อยวันละ 30 นาที ได้แก่ กิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน เช่น การทำงานบ้านทำสวน ทำไร่ ล้างรถ การเดินทางด้วยการเดิน ปั่นจักรยาน เดินขึ้นบันได และกิจกรรมยามว่าง เช่น การออกกำลังกาย เล่นกีฬา เดินเร็ว ปั่นจักรยาน วิ่งเหยาะๆ เต้นแอโรบิก เต้นบาสโลบ

2. คือบริหารกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ให้แข็งแรง ควบคู่กับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ อย่างน้อย 2 วันต่อสัปดาห์ ซึ่งจะส่งผลทำให้การเคลื่อนไหวร่างกายของผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพ กลุ่มกล้ามเนื้อที่ควรบริหารให้แข็งแรง ได้แก่ ต้นขา สะโพก ลำตัว หลัง หัวไหล่ และแขนโดยบริหารท่าต่างๆ 12 - 15 ครั้งนับเป็น 1 ชุด บริหาร 2 - 3 ชุด และพักระหว่าง ชุด 1 นาที ส่วนการยืดเหยียดกล้ามเนื้อให้ยืดเหยียดจนรู้สึกตึง แล้วค้างไว้ 15 วินาที

3. ผู้สูงอายุควรมีกิจกรรมทางกายแบบผสมผสาน ระหว่างการเคลื่อนไหวรูปแบบต่างๆ การทรงตัว และการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ ได้แก่ เต้นบาสโลบ เต้นแอโรบิก ฟ้อนรำ รำวง รำไท้ชี้อิง กิจกรรมเหล่านี้จะช่วยพัฒนาการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ และเป็นการฝึกการทรงตัวเพื่อป้องกันการหกล้ม

ข้อควรระวัง สำหรับการออกกำลังกายในวัยสูงอายุ

1. ผู้สูงอายุต้องทราบว่าตนเองมีโรคประจำตัวอะไรบ้าง เพื่อกำหนดชนิด การออกกำลังกายได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสม

2. ระหว่างออกกำลังกายต้องสังเกตอาการเต้นของหัวใจ ถ้าเต้นเร็ว ใจสั่น เต้นไม่สม่ำเสมอควรหยุดการออกกำลังกาย และพบแพทย์โดยเร็ว

3. ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ควรปรึกษาแพทย์ก่อนออกกำลังกาย

3.3. พฤติกรรมการจัดการอารมณ์ หมายถึง มีวิธีการจัดการความเครียดให้กับตนเองอย่างน้อย 1 วิธีทุกครั้งเมื่อมีความเครียด โดยจิตใจและสังคมเป็นสิ่งสำคัญยิ่งที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีชีวิตรื่นยาว อย่างมีคุณภาพ การส่งเสริมสุขภาพจิต ช่วยเสริมความแข็งแกร่งให้แก่จิตใจ ผู้สูงอายุจึงควรดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตโดยปฏิบัติดังนี้

1. การออกกำลังกาย คลายเครียด ช่วยในเรื่องอารมณ์และลดอาการซึมเศร้า แม้ว่าการออกกำลังกายจะไม่ใช่วิเศษ แต่การเพิ่มการขยับกายยืดเส้น ยืดสาย ร่างกายนั้นเป็นผลดี และช่วยให้จัดการกับอารมณ์เศร้าได้ดีขึ้น ไม่จำเป็นต้องออกแรงอย่างหนัก เพื่อให้เหงื่อตกมาก ๆ การออกกำลังกายที่ให้ผลทางสุขภาพจิตนั้นแม้เพียงแค่เดินเร็วเพียงวันละสัก 10 นาทีก็ได้ผลแล้ว หรืออาจเลือกวิธี การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายตนเองทำให้ตนเองสนุกสนาน และเพลิดเพลินเข้ากลุ่มกับคนอื่น ๆ ได้

2. กิจกรรมการพักผ่อนเช่น กิจกรรมบันเทิงดูหนัง ฟังเพลง เป็นการทำกิจกรรมต่างๆ ที่ทำให้เกิดความเพลิดเพลิน ซึ่งกิจกรรมที่จะทำมีอยู่มากมายโดยต้องไม่เป็นกิจกรรมที่ขัดกับจารีตประเพณี เช่น การเล่นเกม กิจกรรมบันเทิง ดูหนัง ฟังเพลง เป็นต้น กิจกรรมต่างๆ เหล่านี้จะเป็นกิจกรรมนันทนาการได้

3. การนั่งสมาธิ การทำสมาธิถือเป็นการผ่อนคลายความเครียดที่ลึกซึ้งที่สุด เพราะจิตใจจะสงบและปลอดจากความคิดที่ซ้ำซาก ฟุ้งซ่าน วิตกกังวล เศร้า โกรธ ฯลฯ หลักของการทำสมาธิ คือการเอาใจไปจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงอย่างเดียว ซึ่งในที่นี้จะใช้นับลมหายใจเป็นหลักและยุติการคิดเรื่องอื่นๆ อย่างสิ้นเชิง หากฝึกสมาธิเป็นประจำจะทำให้จิตใจเบิกบาน อารมณ์เย็น สงบแจ่มใส หายเครียดจนตัวเองและคนใกล้ชิดรู้สึกถึงความเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีนี้ได้อย่างชัดเจน

4. การนวดไทย ความเครียดเป็นสาเหตุทำให้กล้ามเนื้อหดเกร็ง เลือดไหลเวียนไม่สะดวก ปวดต้นคอ ปวดหลัง เป็นต้น การนวดจะช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อ กระตุ้นการไหลเวียนของเลือดทำให้รู้สึกปลอดโปร่ง สบายตัว หายเครียด และลดอาการเจ็บปวดได้ การนวดไทยสามารถนวดได้ด้วยตนเองและเหมาะสำหรับผู้ที่มีอาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยบริเวณต้นคอ บ่า และไหล่อันมีสาเหตุมาจากความเครียด

5. การมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น อาจเป็นการพูดคุยในกลุ่มเพื่อน หรือการรวมตัวกันของคนในชุมชนในเทศกาลใดเทศกาลหนึ่งเพื่อนำมาเป็นจุดเด่นในการทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อเสริมสร้างอารมณ์เพราะการที่ได้มีการพูดคุยหยอกล้อกับคนในชุมชนเสมอๆ จะช่วยสร้างบรรยากาศของความสนุกสนานในการอยู่ร่วมกัน เป็นการจัดการความเครียดได้

3.4. พฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่ หมายถึง หลีกเลี่ยงการทดลองสูบบุหรี่(กลุ่มไม่เคยสูบ) โดยการไม่ทดลองสูบบุหรี่ในทุกสถานการณ์ ทั้งถูกชวนจากคนอื่น และไม่ได้ถูกชักชวน อีกทั้งกรณีที่สูบ

เป็นประจำและสูบเป็นครั้งคราว ลดและเลิกการสูบบุหรี่ โดยลดปริมาณการสูบบุหรี่ การลดจำนวนมวนในการสูบแต่ละครั้งในหนึ่งวัน ลดความถี่สูบบุหรี่ การลดความบ่อยในการสูบจากทุกวัน เป็นทุกสัปดาห์เลิกการสูบบุหรี่ การไม่กลับไปสูบและปฏิเสธการสูบทุกครั้ง เมื่อถูกชักชวนเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 30 วัน

3.5. พฤติกรรมการไม่ดื่มสุรา และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง หลีกเลี่ยงการทดลองดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ในกลุ่มไม่ดื่ม) โดยไม่ทดลองดื่ม และปฏิเสธการดื่มทุกครั้งเมื่อถูกชักชวนในทุกกรณีเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปีติดต่อกัน และในกลุ่มดื่มประจำหรือกลุ่มดื่มเป็นครั้งคราว ต้องลดและเลิกการดื่มสุรา โดยลดปริมาณการดื่ม หมายถึง ลดจำนวนแก้วหรือหน่วยภาชนะในการดื่มแต่ละครั้ง /ลดความถี่ หมายถึง ลดความบ่อยในการดื่มจากทุกวันเป็น 5-6 วัน ไปจนถึงไม่ดื่มในสัปดาห์/เฉพาะโอกาสสำคัญในรอบปี /เลิกการดื่ม หมายถึง การเลิกหรือไม่ดื่มและปฏิเสธการดื่มทุกครั้งเมื่อถูกชักชวนในทุกกรณีเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปีติดต่อกัน

3.6. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก หมายถึง ผู้สูงอายุควรมีฟันที่ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ หรือ 4 คู่สบฟันหลัง รวมถึงไม่มีแผลหรือการอักเสบเรื้อรังในช่องปากเพื่อให้เคี้ยวอาหารได้ดี และส่งผลให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง ทั้งนี้ ผู้สูงอายุควรดูแลสุขภาพช่องปาก โดยเน้น 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. การทำความสะอาดช่องปาก

1.1 กรณีที่มีฟันแท้ รวมถึงฟันเทียมติดแน่น เช่น ครอบฟัน สะพานฟัน เป็นต้น

- ควรแปรงฟันเพื่อกำจัดเศษอาหารและเชื้อโรคอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอน การแปรงฟันก่อนนอนและเข้านอนโดยไม่รับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มอีก (ยกเว้นน้ำเปล่า) มีความสำคัญ เพราะระหว่างนอนหลับเชื้อโรคจะทำอันตรายฟันและอวัยวะต่างๆ ในช่องปากได้มากและรุนแรง

- ควรแปรงฟันด้วยแปรงสีฟันขนนุ่มที่มีด้ามจับถนัดมือ ตัวอย่างตามภาพ ก) ถึง จ) ร่วมกับยาสีฟันผสมฟลูออไรด์เพื่อป้องกันฟันผุ



ภาพ 1 ตัวอย่างภาพตัวอย่างแปรงสีฟันที่มีด้ามจับถนัดมือสำหรับผู้สูงอายุ

ก) แปรงสีฟันที่มีด้ามจับเป็นยาง ข) แปรงสีฟันที่มีด้ามจับขนาดใหญ่ ค) - จ) การดัดแปลงแปรงสีฟันให้จับถนัดมือขึ้น



ภาพ 2 ตัวอย่างภาพแสดงการสาธิตการแปรงฟันให้สะอาด

*ควรเน้นการทำความสะอาดบริเวณคอฟัน (บริเวณที่ติดกับขอบเหงือก)

ที่มา : กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ,2567

การทำความสะอาดบริเวณซอกฟัน

- ไหมขัดฟัน ใช้ในบริเวณที่ซอกฟันชิดกัน โดยควรเลือกชนิดที่เคลือบขี้ผึ้ง เพื่อให้เคลื่อนผ่านซอกฟันได้สะดวก
- แปรงซอกฟัน ใช้ในบริเวณที่ซอกฟันห่าง โดยควรเลือกขนาดที่เหมาะสมกับช่องว่างของซอกฟัน
- ไม้จิ้มฟัน ใช้เคี้ยวเศษอาหารบริเวณซอกฟัน หรือทำความสะอาดคอฟัน โดยควรทำให้ปลายแตกเป็นฟู่ก่อน แล้วค่อยๆ คุ้ยบริเวณคอฟัน ทั้งนี้ ไม้จิ้มฟันที่เลือกใช้ควรมีปลายเรียว บาง มนกลม และไม่มีเสี้ยน

1.2 กรณีใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ ควรถอดฟันเทียมชนิดถอดได้ออกทำความสะอาดหลังรับประทานอาหารทุกมื้อ รวมถึงก่อนเข้านอนทุกครั้ง(ทั้งกลางวันและกลางคืน) แล้วแช่น้ำสะอาดทิ้งไว้

การทำความสะอาดฟันเทียมชนิดถอดได้

1. ใช้แปรงสีฟันขนนุ่มชุบน้ำสบู่ น้ำยาล้างจาน หรือยาสีฟันชนิดครีม แปรงฟันเทียมให้ทั่วทุกด้าน แล้วล้างออกด้วยน้ำสะอาด
2. ห้ามใช้ยาสีฟันที่เป็นผงหรือชนิดครีมที่ผสมผงขัดหยาบ
3. อาจใช้เม็ดยาสำหรับแช่ฟันเทียมทำความสะอาดได้ ในกรณีที่ฟันเทียมติดสีน้ำตาล/ดำ มีคราบบูหรี่ หรือคราบอาหารที่ล้างและแปรงด้วยน้ำสบู่/น้ำยาล้างจาน/ยาสีฟันไม่ออก
2. การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง พฤติกรรมบางอย่างจะทำอันตรายฟัน เหงือก และเนื้อเยื่อในช่องปาก ซึ่งผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง ต่างๆ เช่น
 - การสูบบุหรี่ ยาเส้น ยานัตถุ์
 - การเคี้ยวหมาก หรือหมากผสมยาเส้น
 - การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ
 - การละเลยไม่ดูแลสุขภาพช่องปาก เช่น ปล่อยให้มามีรากฟัน หรือฟันผุที่ต้องถอนอยู่ในช่องปาก ปล่อยให้มามีวัสดุอุดฟันที่แตก/บิ่น และคมในช่องปาก

- มีฟันเทียมที่หลวม ขยับไปมาเวลาเคี้ยวอาหาร กดบริเวณข้างแก้มจนเจ็บ/เป็นแผล หรือแตก/หัก/ชำรุด คมบาดแก้มและลิ้น/มีแผลในช่องปากเรื้อรังจากการกัดข้างแก้ม/ลิ้น

3. การรับบริการตรวจช่องปากเพื่อป้องกันและรักษาโรคจากทันตบุคลากร ผู้สูงอายุทุกคน (ทั้งที่มีฟันแท้/ใส่ฟันเทียม/ไม่มีฟัน) ควรสังเกตอาการผิดปกติและตรวจช่องปากด้วยตัวเองอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งควรได้รับการตรวจช่องปากโดยทันตบุคลากรอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อ

- รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม
- รับบริการส่งเสริมป้องกันก่อนเกิดโรค
- รับการรักษาโรคในช่องปาก ซึ่งการรักษาตั้งแต่เนิ่นๆ จะเพิ่มโอกาส

การเก็บรักษาฟันไว้ได้

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ พฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ หมายถึง การปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุ ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วย การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปาก ประเมินโดยใช้ช่วงความถี่ในการปฏิบัติเฉลี่ย/สัปดาห์ เช่น 6-7วัน/สัปดาห์ 4-5 วัน/สัปดาห์ 3วัน/สัปดาห์ 1-2วัน/สัปดาห์ แทบไม่ได้ปฏิบัติ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาเครื่องมือโดยประยุกต์เนื้อหาในข้อคำถามจากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3 อ 2 ส ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561 มาใช้วัดพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส 1ฟ ของผู้สูงอายุ ในการศึกษาครั้งนี้

3. แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ

1. ความหมายของความรู้ด้านสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1998 อ้างในขวัญเมือง แก้วดำเกิง , 2562) ได้ให้คำนิยามความรู้ด้านสุขภาพ โดย(สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2541 ได้แปลไว้ว่า ความรู้ด้านสุขภาพ คือ ทักษะต่างๆ ทางการรับรู้ และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น

Kwan, Frankish & Rootman 2006 อ้างในขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2562) ได้ให้ความหมาย ความรู้ด้านสุขภาพว่าหมายถึง ระดับที่ ประชาชนสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และสื่อสารข้อมูลทางสุขภาพได้ตรงกับความต้องการในบริบทที่ แตกต่างกันด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต

Nutbeam (2008) อ้างในขวัญเมือง แก้วดำเกิง (2562) ได้ให้ความหมาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพว่าหมายถึง ทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่ชี้นำก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลให้เข้าถึง เข้าใจและ ใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทาง เพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง

Sorensen et al (2012) ให้นิยามว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเชื่อมโยงกับการรู้หนังสือ และก่อให้เกิดความรู้ แรงจูงใจ และความสามารถของประชาชนในการเข้าถึง ทำความเข้าใจประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อประกอบการตัดสินใจและตัดสินใจในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อรักษาหรือปรับปรุงคุณภาพของชีวิตตลอดช่วงชีวิต

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข อ้างในอรรถพล แก้วสัมฤทธิ์ (2560) ได้ให้ความหมาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความรอบรู้และความสามารถด้านสุขภาพของบุคคลในการที่จะกลั่นกรอง ประเมินและ ตัดสินใจ ที่จะปรับเปลี่ยน พฤติกรรม เลือกใช้บริการและ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้อย่างเหมาะสม

กองสุศึกษา (2561) ให้ความหมายความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ความสามารถและทักษะ ในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ประเมินการปฏิบัติและการจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถ ชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี

อังคินันท์ อินทรกำแหง (2557) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง การกระทำอย่างต่อเนื่องที่เป็นการใช้ทักษะทางด้านการคิด ด้วยปัญญาและทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูล ข่าวสารทางสุขภาพ และบริการทางสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอด และเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดการจูงใจตนเอง ให้มีการตัดสินใจ เพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง (2561) ได้รวบรวมความหมายและคำนิยามของคำว่า “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” ไว้ดังนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะทั้งหมด ซึ่งหมายถึงความสามารถพื้นฐานในการอ่านข้อความและคำนวณตัวเลขเพื่อปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ

จากความหมายของความรอบรู้ทางสุขภาพข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะและความสามารถเฉพาะบุคคลและสังคม ที่ช่วยให้บุคคลเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม เพื่อส่งเสริมและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีในชีวิตประจำวัน และตลอดช่วงชีวิต โดยครอบคลุมการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค และการเลือกใช้บริการหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี

2. องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามแนวคิดของ Nutbeam (2000) ประกอบด้วย 3 ระดับ ดังนี้

ระดับ 1 Basic/Functional Literacy หรือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ได้แก่ สมรรถนะในการอ่านและเขียน เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงเนื้อหาสาระด้านสุขภาพ ด้านการอ่านและเขียนที่จำเป็นสำหรับบริบทด้านสุขภาพ เช่น การอ่านใบยินยอม (Consent Form) ฉลากยา (Medical Label) การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ การทำความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนและวาจาจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวมทั้งการปฏิบัติตามคำแนะนำ เช่น การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย เป็นต้น

ระดับ 2 Communicative/Interactive Literacy หรือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน ได้แก่ สมรรถนะในการใช้ความรู้และการสื่อสาร เพื่อให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เป็นการรู้เท่าทันทางปัญญา (Cognitive Literacy) และทักษะทางสังคม (Social Skill) ที่ทำให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การรู้จักซักถามผู้รู้ การถ่ายทอดอารมณ์ ความรู้ที่ตนเองมีให้ผู้อื่นได้เข้าใจ เพื่อนำมาสู่การเพิ่มพูนความสามารถทางสุขภาพมากขึ้น

ระดับ 3 Critical Literacy หรือความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณได้แก่ สมรรถนะในการประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีอยู่ เพื่อให้สามารถตัดสินใจและเลือกปฏิบัติในการสร้างเสริม และรักษาสุขภาพของตนเองให้คงตัวอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ ในประเทศไทย กองสุศึกษา แบ่งองค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam (2008) ซึ่งพบว่าคุณลักษณะพื้นฐานสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปที่จะต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงของโลกสมัยใหม่ให้พร้อมรับมือและสามารถปรับตัวเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม มีคุณลักษณะพื้นฐาน 6 ประการ ดังนี้ (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2557)

1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access skill) หมายถึง การใช้ความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลดูวิธีการในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนและตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ

2. ความรู้ ความเข้าใจ (cognitive skill) หมายถึง ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติ

3. ทักษะการสื่อสาร (communication skill) หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารโดยการพูดอ่านเขียนรวมทั้งสามารถสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน

4. ทักษะการจัดการตนเอง (self - management skill) หมายถึง ความสามารถในการกำหนดเป้าหมายวางแผนและปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติพร้อมทั้งมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตามเป้าหมายเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้ถูกต้อง

5. การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้องความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอและสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่นรวมทั้งมีการประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนและสังคม

6. การตัดสินใจ (Decision skill) หมายถึง ความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติ โดยมีการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดีผลเสียเพื่อการหลีกเลี่ยงพร้อมแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

จากการแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพข้างต้น สรุปได้ว่า การจำแนกองค์ประกอบขึ้นอยู่กับแนวคิดและการให้นิยาม โดยในการศึกษาครั้งนี้แบ่งองค์ประกอบตามแนวคิดของ Nutbeam (2008) ที่ประกอบไปด้วยความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ ได้แก่ สามารถอ่าน เขียน เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงเนื้อหาสาระด้านสุขภาพ การใช้ความรู้และการสื่อสาร เพื่อสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ และการประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีอยู่ เพื่อให้สามารถตัดสินใจและเลือกปฏิบัติเพื่อการมีพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส 1พ ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

3. เครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ

นักวิชาการที่พัฒนาเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพหลายคน ดังเช่น

1. เครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยวัยผู้ใหญ่ (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ร่วมกับสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์, 2557) พบว่า มีความตรงและความเชื่อมั่น อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ เครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในต่างประเทศ ตัวอย่างเครื่องมือวัด The HLS-EU-Q47 เป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นจากทุนงบประมาณของ the European Commission's Health Program โดย Sorensen (2012) ซึ่งพัฒนาขึ้นจากการทำเดลิฟ สทนากลุ่มนักวิชาการและผู้เกี่ยวข้อง การนำไปทดลองใช้ในพื้นที่ พร้อมผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 25 คน และแปลเป็นหลายภาษา (Delphi, focus groups, field-test, expert consultations, translations) เพื่อนำไปใช้ในการวัดในประเทศยุโรป โดยมีค่า Cronbach's alpha อยู่ในช่วง 0.51 to 0.91 รวมจำนวน 47 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่าตาม Likert scale 5 ระดับคือ ให้คะแนน 1 หมายถึง ยากมาก 2 คือ ยาก 3 คือ ง่าย 4 คือ ง่ายมาก และ 5 คือ ไม่ทราบ/ไม่เคย วัดจาก 4 องค์ประกอบ คือ การเข้าถึง ความเข้าใจ การตรวจสอบ/ประเมิน/ ตัดสินใจ

2. แบบวัด The HLS-EU-Q47 เป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นจากทุนงบประมาณของ the European Commission's Health Programme โดย Sorensen ปี 2013 ซึ่งพัฒนาเพื่อนำไปใช้วัดในประเทศยุโรป

3. แบบวัด ABCDE - HL Scale of Thai Adults ใช้วัดความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2 ส ของคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยมุ่งพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส ซึ่งฉบับยาวมี 36 ข้อ ส่วนฉบับสั้นมี 19 ข้อ (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560)

4. แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพคนไทย (Thailand Health Literacy Scales) ของทุกกลุ่มวัย ปี 2560 เป็นแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพฉบับทั่วไป (General Health Literacy Scales) ซึ่งเป็นแบบวัดที่พัฒนามาจากแนวคิดของ Osborne et al. (2013) ซึ่งได้ศึกษาและพัฒนาแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนทุกวัย ซึ่งพัฒนาจากข้อมูลรากฐานที่ได้จากการสัมภาษณ์และประชุมปฏิบัติการในกลุ่มต่าง ๆ ทั้งประชาชน ผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติและผู้กำหนดนโยบาย โดยข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลที่ประชาชนขอคำปรึกษาด้านสุขภาพโดยตรง (Osborne et al., 2013) และนักวิจัยในประเทศไทยได้พัฒนาเครื่องมือนี้มาใช้วัดความรู้ด้านสุขภาพของคนไทยทุกกลุ่มวัย มีองค์ประกอบ 9 องค์ประกอบเชิงยืนยัน แต่มีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจจำนวน 5 องค์ประกอบ มีข้อคำถามทั้งสิ้น 44 ข้อ

5. แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3 อ 2 ส ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561 แบบประเมินประกอบไปด้วย 5 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปผู้ตอบแบบประเมิน จำนวน 5 ข้อ ตอนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตาม 3 อ 2 ส จำนวน 6 ข้อ ตอนที่ 3 การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และรู้เท่าทันสื่อตามหลัก 3 อ 2 ส จำนวน 10 ข้อ ตอนที่ 4 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตาม 3 อ 2 ส จำนวน 3 ข้อ ตอนที่ 5 พฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3 อ 2 ส จำนวน 6 ข้อ (กองสุขศึกษา, 2561)

อย่างไรก็ตามสำหรับการศึกษาในประเทศไทย แม้ว่าจะมีเครื่องมือที่เป็นต้นแบบในการวัดความรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปแล้ว ซึ่งมีความละเอียดประเมินผู้ป่วยได้ครอบคลุมแม่นยำ มีความน่าเชื่อถือแต่จำเป็นต้องใช้เวลาในการตอบมาก เพราะข้อคำถามมีจำนวนมาก ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาเครื่องมือโดยประยุกต์เนื้อหาในข้อคำถามจากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3 อ 2 ส ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561 มาใช้วัดความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในการศึกษาครั้งนี้ เพราะเนื้อหามีความชัดเจนและสามารถใช้วัดได้ตรงกับกลุ่มเป้าหมาย โดยผู้วิจัยปรับให้มีความกระชับขึ้น และเพื่อให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจมากขึ้น

4. ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม

1. ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคม

House (1981) ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้รับได้รับความช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน โดยเป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่เป็นผลให้กับผู้รับได้ปฏิบัติไปในทางที่ผู้รับต้องการ เช่น การมีสุขภาพดี ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้าน อาสาสมัคร สาธารณสุข ผู้นำชุมชน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ในปี พ.ศ.2561 ธนาภรณ์ ตั้งทองสว่าง ให้ความหมายไว้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม คือ การมีปฏิสัมพันธ์สัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ความช่วยเหลือ ประคับประคองดูแล ทั้ง ทางด้านสิ่งของ หรือบริการ การให้ความรัก ความห่วงใย ให้การยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รวมถึงการดูแลเอาใจใส่ให้คำแนะนำ ให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์และตอบสนองความต้องการต่อบุคคลให้บุคคลสามารถใช้เป็นเกราะป้องกัน เพื่อใช้ในการปรับตัวได้ในสถานการณ์ต่าง ๆ

ในปี พ.ศ.2563 เอกภพ จันทรสุคนธ์ และปัทมา สุพรรณกุล ให้ความหมายไว้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม คือ การให้การสนับสนุน ในด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือแม้กระทั่ง ด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยผู้ให้การสนับสนุน อาจจะเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชนเพื่อนร่วมงาน เพื่อน นักเรียน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้ ผู้รับการสนับสนุนปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมใน แนวทางที่ถูกต้อง

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือและการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ทั้งทางด้านจิตใจ (ความรัก ความเข้าใจ) ด้านข้อมูลข่าวสาร (คำแนะนำ) และด้านวัตถุสิ่งของ หรือบริการ จากเครือข่ายความสัมพันธ์ครอบครัว เพื่อเป็นปัจจัยเกื้อหนุนให้บุคคลเกิดความมั่นใจ มีสภาพทางใจที่เข้มแข็ง และสามารถแสดงพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้อง

2. ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม (วิลาวลัย รัตนา, 2552, น.32)

มีผู้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้ (อ้างอิงจากจาคอบสัน (Jacobson) แบ่งการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือ พฤติกรรมที่ทำให้รู้สึกสบายใจ และเชื่อว่ามีบุคคลคอยดูแลเอาใจใส่ รัก หรือพฤติกรรมอื่นๆ ซึ่งแสดงถึงความเอาใจใส่และความมั่นใจ

2. การสนับสนุนทางด้านสติปัญญา (Cognitive Support) คือ ความรู้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ ที่จะช่วยให้บุคคลเข้าใจสิ่งต่างๆ และสามารถปรับตัวได้กับความเปลี่ยนแปลง

3. การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ (Material Support) คือ สิ่งของและบริการต่างๆ ที่ช่วยแก้ปัญหาต่างๆได้

ทอยด์ (Thoits) ได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้

1. การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านแรงงาน วัสดุอุปกรณ์ สิ่งของ เงินทอง ที่จะทำให้บุคคลที่ได้รับนั้นสามารถดำรงบทบาทหรือหน้าที่รับผิดชอบได้ ตามปกติ

2. การสนับสนุนทางดานข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารรวมทั้งคำแนะนำและการป้อนกลับ

3. การได้รับการสนับสนุนทางดานอารมณ์และสังคม หมายถึง การได้รับความรัก การดูแล เอาใจใส่การได้รับการยอมรับ เห็นคุณค่าและรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

เฮาส์ (House) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ประเภท ได้แก่

1. การได้รับการตอบสนองความต้องการทางดานอารมณ์ (Emotional Support) คือ การได้รับความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ ความรัก ความจริงใจและความสนใจ

2. การได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งของ การเงินหรือแรงงาน (Instrumental Support)

3. การได้รับความช่วยเหลือด้านการประเมินผล และเปรียบเทียบพฤติกรรม (Appraisal Support) เป็นการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ตนเอง หรือข้อมูลที่นำไปใช้ประเมินตนเอง ได้แก่ การเห็นพ้อง การรับรอง และการให้ข้อมูลป้อนกลับ ทำให้เกิดความมั่นใจ นำไปเปรียบเทียบตนเองกับผู้อยู่ร่วมในสังคม

4. การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นข้อมูล หรือคำแนะนำที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาชีวิต

3. แหล่งที่มาของแรงสนับสนุนทางสังคม

โครงสร้างเครือข่ายสังคม (Social Network) เป็นกลุ่มของความสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลกลุ่มหนึ่งซึ่งมีต่อกันและกัน ความสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบต่างๆ หลายองค์ประกอบ คือ

1. ขนาดของกลุ่มสังคม หมายถึง จำนวนคนในกลุ่มสังคมซึ่งบุคคลมีความสัมพันธ์กัน โดยในวัยเด็กช่วงแรกจะมีความสัมพันธ์กับพ่อแม่ ต่อมากับบุคคลอื่นๆ ที่ใกล้ชิดรอบข้าง การเข้าสู่สังคมจะเป็นไปในลักษณะการสร้างเพื่อน เมื่อถึงวัยผู้ใหญ่ขนาดของสังคมจะคงที่และเล็กลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

2. ลักษณะความสัมพันธ์ เป็นความผูกพันซึ่งกันและกันของสมาชิกในกลุ่มสังคม แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ

2.1 ลักษณะของบุคคลที่ผูกพันด้วย แบ่งออกเป็นกลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติประกอบด้วย

2.1.1 บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก หลาน และบุคคลที่อยู่ในครอบครัวใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อน เพื่อนบ้าน คนบ้านเดียวกัน คนรู้จักคุ้นเคย คนที่เกี่ยวข้องกัน และคนใกล้ชิด

2.1.2 กลุ่มผู้ช่วยเหลือ นักวิชาชีพ หมายถึงบุคลากรทางสาธารณสุข

2.2 คุณภาพของความสัมพันธ์แบ่งเป็น

2.2.1 ความสัมพันธ์แนบแน่น คือ ความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดสนิทสนมต่อกัน

2.2.2 ความสัมพันธ์ผิวเผิน ไม่ลึกซึ้ง เป็นความสัมพันธ์ที่พบได้ในสังคมอุตสาหกรรม ซึ่งส่วนใหญ่เป็นชีวิตในเมืองมากกว่าชนบท ลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางสังคมทำให้เกิดความห่างเหินกันได้ตามความจำเป็นของลักษณะงาน อาชีพ หรือการศึกษาหรือค่านิยมส่วนบุคคล ทำให้บุคคลไม่มีความหวังใยหรือผูกพันกับบุคคลอื่นได้อย่างลึกซึ้ง สนใจประโยชน์ที่จะได้ เฉพาะหน้าเป็นส่วนใหญ่

3. ระยะเวลาที่ใช้ในการติดต่อ ระยะเวลาที่บุคคลรู้จัก หรือติดต่อกันเป็นช่วงเวลา บุคคลเริ่มรู้จักกันและดำเนินสัมพันธ์ภาพต่อกันเรื่อยมา ระยะเวลาที่ใช้ในการติดต่อกันแสดงให้เห็นถึงความมั่นคงต่อกัน หากบุคคลมีความสัมพันธ์ต่อกันอย่างแนบแน่น และคบหากันเป็นเวลานาน ก็จะทำให้ได้รับการสนับสนุนซึ่งกันและกันมากขึ้น

4. ความถี่ในการติดต่อกัน ความถี่ในการติดต่อกันเป็นความบ่อยครั้งที่บุคคลได้รับการติดต่อกัน ความถี่ในการติดต่อกันทำให้บุคคลได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนสิ่งของ บริการ และได้รับการตอบสนอง ความต้องการด้านอารมณ์ นอกจากนี้ยังดำรงไว้ซึ่งสัมพันธ์ภาพที่ดี

5. วิธีที่ใช้ในการติดต่อการติดต่อสื่อสารที่ต่อเนื่องเป็นความต้องการของมนุษยการติดต่อสื่อสารมีหลายวิธี เช่น การพบปะพูดคุยจดหมายโทรศัพท์ เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีนักวิชาการที่ได้เสนอความเห็นเกี่ยวกับแหล่งความช่วยเหลือและตอบสนอง ความต้องการของบุคคล ไวดังนี้

Pender (1982 p. 396) ให้ความหมายว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความรู้สึกเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ การเป็นที่รักและนับถือ รวมทั้งการมีคุณค่าเป็นที่ต้องการสำหรับบุคคลอื่น โดยได้รับจากกลุ่มบุคคลในระบบของสังคมนั้นเป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิตใจ วัตถุ ข่าวสาร คำแนะนำ ซึ่งจะทำให้บุคคลนั้น สามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

Schaefer (1981) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้านคือ

1. แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง ความผูกพัน ความอบอุ่นใจและความรู้สึกเชื่อมั่นและไว้วางใจ
2. แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้คำแนะนำ ในการแก้ไขปัญหา หรือการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการกระทำของบุคคล
3. แรงสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือในด้านสิ่งของเงินทอง หรือบริการ

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ได้รับจาก 2 แหล่งคือ แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว และแรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข โดยใช้แนวคิดของ Schaefer (1981) ได้แก่ แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ข่าวสาร สิ่งของ โดยได้จากการให้กำลังใจ ยกย่อง ชมเชย หรือการจัดเตรียม จัดหาวัสดุอุปกรณ์เพื่อใช้สำหรับการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพตนเองได้

5.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ธัญยานุช คำสีแก้ว และธนัช กนกเทศ (2566) การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลห้วยหม้าย อำเภอสอง จังหวัดแพร่ จำนวน 119 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และได้วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และอีตา พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ แหล่งที่มารายได้ การเข้าร่วมกิจกรรม การเป็นสมาชิกชมรม ไม่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ความพอเพียง ($p=0.049$) โรคประจำตัว ($p<0.001$) และแรงสนับสนุนทางสังคม บุคลากรสาธารณสุขและบุคคลในครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{X}=3.12$, $p<0.001$)

นิทรา กิจธีระวุฒิมังษ์ และศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์ (2559) การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ จำนวน 360 คน โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลโครงสร้างประชากร 2) แรงสนับสนุนทางสังคม และ 3) พฤติกรรมสุขภาพ คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีความเชื่อมั่น อยู่ระหว่าง 0.78 – 0.84 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 63 โดยพฤติกรรมการบริโภค มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}= 17.94$, $SD=3.12$)

และพฤติกรรมการพักผ่อนมีคะแนนต่ำสุด ($\bar{X} = 10.31, SD = 1.90$) จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยโดยวิธีถดถอยแบบพหุคูณ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษา การมีโรคประจำตัว และการเป็นสมาชิกชมรม เป็นปัจจัยสนับสนุนเชิงบวก มีค่าเท่ากับ 0.503, 0.121, 0.032 และ 0.031 สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 31.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีสมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน ดังนี้ พฤติกรรมสุขภาพ = $31.075 + 7.052$ (ระดับการศึกษา) + 0.920 (การเป็นสมาชิกชมรม) + 0.879 (การมีโรคประจำตัว) + 1.103 (แรงสนับสนุนทางสังคม)

ประจักษ์ เพ็ญโพธิ์ (2563) การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.27 เป็นเพศชาย ร้อยละ 39.73 มีอายุเฉลี่ย 69.63 จบประถมศึกษา ร้อยละ 84.32 สถานภาพสมรส ร้อยละ 71.89 ส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 42.97 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 74.32 มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 68.65 รองลงมา ระดับมาก ร้อยละ 17.30 และระดับน้อย ร้อยละ 14.05 (Mean = 157.20, SD = 17.951) จากผลการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ทดสอบไคสแคว (Chi - Square test) ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ มีค่าเท่ากับ 0.004, 0.011, 0.010, 0.010 และ <0.001 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

พุกษา มะหลัด, วรกร วิชัยโย และธันวาท ใจเที่ยง (2566) การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) จำนวน 330 คน พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 88.50 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส เป็น 1.63 เท่า (95%CI. = 1.05 – 2.54) มีบุคคลที่พึ่งพาได้ 7.60 เท่า (95%CI. = 1.75 – 33.09) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเป็น ส่วนปัจจัยเสริม การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน/เพื่อนบ้าน และบุคลากรด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเป็น 3.30 เท่า (95%CI. = 1.89 – 5.75)

พิรารวรรณ เนื้อทอง, อาจันต์ สงทับ (2566) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพของผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ในอำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.1 มีจำนวนฟันมากกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 56.6 เคยไปรับบริการทางทันตกรรม ร้อยละ 86.1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.5 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การไปรับบริการทางทันตกรรม (Beta = 0.098) เพศหญิง (Beta = 0.122) (Beta = 0.116) จำนวนฟัน (Beta = 0.104) สามารถทำนาย พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ ร้อยละ 48.6

(Adjusted $R^2 = 0.486$, $F = 42.675$, $p < 0.001$) ดังนั้น ทันตบุคลากรควรสนับสนุนข้อมูลข่าวสารด้านทันตสุขภาพ ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลทันตสุขภาพ ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลทันตสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ และส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ไหมขัดฟันแก่ผู้สูงอายุควรจัดบริการทันตกรรมเชิงรุกเพื่อลดอุปสรรคการเข้าถึงการดูแลทันตสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ

วรารักษ์ ชาติพิพล, นฤมล เวชจักรเวร, เบญญา หมั่นไธสง, นิรัชชา น้ำกระโทก และณัฐริกา เรียงจ่อหอ (2564). การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ. 2 ส. ตำบลโพธิ์กลาง อำเภอมะนังนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-Square และ Fisher exact test ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.2 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.1 สถานภาพสมรส ร้อยละ 63.6 ว่างาน ร้อยละ 61.7 และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. อยู่ในระดับดี ร้อยละ 74.8 พบว่า เพศ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 p-value เท่ากับ 0.002 และ <0.001

สุภาพ ไทยแท้ ,ปริญญาภรณ์ ธนะบุญปวง และทิวา มหาพรหม (2564) การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน จำนวน 2,615 คน พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.33$, $SD=0.89$) ,การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($\bar{X} = 3.79$, $SD=0.70$) ความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.37$, $SD = 0.77$) และแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.96$, $SD = 0.67$) ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple regression) พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพ ($Beta = 0.67$, $p < 0.001$) แรงสนับสนุนทางสังคม ($Beta = 0.49$, $p = 0.015$) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ($Beta=0.31$, $p=0.024$) โดยทั้ง 3 ตัวแปรสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร ได้ถึงร้อยละ 53.20 ($R^2 = 0.532$, $R^2_{adj} = 0.518$, $F = 3.81$, $p = 0.003$)

Lipsky, Singh, Zakeri, & Hung (2024) การศึกษาทบทวนวรรณกรรมสุขภาพช่องปากและผู้สูงอายุ จากผลการทบทวนวิจัยนี้ได้ค้นหาใน PubMed ตั้งแต่ปี 2003 ถึง 2023 จำนวน 127 เรื่อง พบว่า สุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับสุขภาพโดยรวม โดยหากผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากดีจะทำให้คุณภาพชีวิตดี ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากมักจะมีความสัมพันธ์กับภาวะขาดสารอาหาร ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเพิ่มขึ้น เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคระบบอื่นๆ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่แย่ลงซึ่งพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ

Paganini-Hill, White, & Atchison (2011) "พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก การหลอ่ดรงของ ฟัน และอัตราการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ: การศึกษาแบบติดตามกลุ่มตัวอย่าง Leisure World ได้การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมด้านสุขภาพช่องปากและสภาพฟันกับอัตราการเสียชีวิต ในผู้สูงอายุ จำนวน 5,611 คน ที่ได้รับการติดตามตั้งแต่ปี 1992 ถึง 2009 (ค่ามัธยฐาน = 9 ปี) และ คำนวณค่าประมาณความเสี่ยงโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยแบบ Cox (Cox Proportional Hazards Regression) แยกกันสำหรับผู้ชายและผู้หญิง การแปรงฟันทุกคืนก่อนนอน การใช้ไหมขัดฟันทุกวัน และการไปพบทันตแพทย์ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่ออายุยืนยาว การไม่แปรงฟันทุกคืนเพิ่มความเสี่ยงถึง 20-35% เมื่อเทียบกับการแปรงฟันทุกวัน การไม่ใช้ไหมขัดฟันเพิ่มความเสี่ยง 30% เมื่อเทียบกับ การใช้ไหมขัดฟันทุกวัน การไม่ไปพบทันตแพทย์ภายใน 12 เดือนที่ผ่านมาเพิ่มความเสี่ยง 30-50% เมื่อเทียบกับการไปพบทันตแพทย์สองครั้งขึ้นไป อัตราการเสียชีวิตยังเพิ่มขึ้นตามจำนวนฟัน ที่หายไป ผู้ที่ไม่มีฟันเลย (แม้จะมีฟันปลอม) มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ที่มีฟัน 20 ซี่ขึ้นไปถึง 30% การดูแลสุขภาพช่องปากช่วยรักษาฟันให้แข็งแรงและใช้งานได้ดีตามธรรมชาติ และยังคง เหมือนว่าจะช่วยส่งเสริมอายุขัยในผู้สูงอายุอีกด้วย



6.กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรต้น

ปัจจัยส่วนบุคคล

- เพศ (X_1)
- อายุ (X_2)
- ระดับการศึกษา (X_3)
- อาชีพ (X_4)
- บทบาทในชุมชน (X_5)
- สถานภาพสมรส (X_6)
- โรคประจำตัว (X_7)
- สุขภาพช่องปาก (X_8)

ความรู้ด้านสุขภาพ (X_9)

- การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ
- ความรู้ ความเข้าใจ
- ทักษะการสื่อสาร
- ทักษะการจัดการตนเอง
- การรู้เท่าทันสื่อ
- การตัดสินใจ

แรงสนับสนุนทางด้านสังคม(X_{10})

- ครอบครัว
- บุคลากรสาธารณสุข

ตัวแปรตาม

พฤติกรรมสุขภาพ
3อ 2ส 1พ
ของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านตาก
จังหวัดตาก

บทที่ 3

วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1พ ของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1พ ของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก โดยมีขั้นตอนการศึกษาดังนี้

1. ประชากรและการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูล
6. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุ อายุ 60-69 ปี เป็นกลุ่มติดสังคมโดยมีรายชื่อจากการคัดกรอง $ADL \geq 12$ คะแนน และไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยได้รับการคัดกรองสมรรถภาพสมองด้วย Mini-Cog ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนนขึ้นไป ในพื้นที่อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก มีทั้งหมด 7 ตำบล ได้แก่ ตำบลตากออก ตำบลตากตก ตำบลสมอโคน ตำบลแม่สลิต ตำบลเกาะตะเภา ตำบลทุ่งกระเซาะ และตำบลทองฟ้า จำนวน 4,830 คน (Health Data Center, 2024)

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้คือ ผู้สูงอายุ อายุ 60-69 ปี เป็นกลุ่มติดสังคมในอำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก ผู้วิจัยได้การคำนวณขนาดตัวอย่าง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการคำนวณขนาด ตัวอย่างโดยใช้การประมาณค่าเฉลี่ยกลุ่มประชากร (Estimating a Finite Population Mean) (Wayne, 1995) โดยใช้โปรแกรม N4studies โดยมีสูตรการคำนวณดังนี้

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

เมื่อกำหนดให้

N = จำนวนประชากรผู้สูงอายุ อายุ 60-69 ปี เป็นกลุ่มติดสังคมในอำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก ปี 2567 จำนวน 4,830 คน (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC, 2024)

n = ขนาดตัวอย่าง

σ^2 = ความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ = 0.425) (ลักษณะ พงษ์ภุมมา และฐิติพร ยอดประเสริฐ, 2562)

$Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$ = ค่ามาตรฐานได้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($Z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1.96$) ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Confidence coefficient) ได้จากความเชื่อมั่นที่กำหนด ($1 - \alpha = 95\%$), $\alpha = 0.05$, $Z^2 \frac{\alpha}{2} = 1.96$

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.05

แทนค่าในสูตรสมการ

$$n = \frac{4,830(0.425)^2 (1.96)^2}{(0.05^2)(4,830-1)+(0.425)^2(1.96)^2}$$

$$N = 263$$

ผู้วิจัยใช้ขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 263 คน

จากการคำนวณจะได้จำนวนตัวอย่าง 263 คน เพื่อป้องกันแบบสอบถามไม่สมบูรณ์หรือมีข้อมูลสูญหาย (Missing data) ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (พรรณา ฎกองพลอย, 2561) ดังนี้

$$n_{\text{adjusted}} = \frac{n}{(1-R) \quad *R=10\%}$$

$$= \frac{263}{(1-0.1)}$$

$$= 292$$

n = จำนวนผู้สูงอายุหลังการปรับขนาด

n = จำนวนผู้สูงอายุจากการคำนวณขนาดตัวอย่างก่อนปรับขนาด (263)

R = ขนาดของอัตราที่สูญหาย (Response rate) = 10%

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 292 คน

การสุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 1 ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) โดยการเลือกตำบลเริ่มจากสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยจับฉลากแบบไม่แทนที่ (Simple random sampling) เพื่อเป็นตัวแทน ร้อยละ 50.0 ของอำเภอบ้านตาก โดยพื้นที่อำเภอบ้านตากมีทั้งหมด 7 ตำบล สุ่มได้จำนวน 4 ตำบล ได้แก่ ตำบลตากตก ตำบลแม่สลิต ตำบลเกาะตะเภา และตำบลทองฟ้า

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนของจำนวนผู้สูงอายุ แต่ละตำบลเทียบตามขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้จำนวนผู้สูงอายุในแต่ละตำบลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง (พงศธร ศิลาเงิน, 2560)

$$\text{จำนวนตัวอย่างแต่ละหมู่บ้าน} = \frac{\text{จำนวนตัวอย่างที่ต้องการ} \times \text{จำนวนประชากรผู้สูงอายุ อายุ 60-69 ปีในหมู่บ้าน}}{\text{จำนวนผู้สูงอายุ อายุ 60-69 ปีทั้งหมดในตัวอย่าง}}$$

ตาราง 1 แสดงจำนวนผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้านที่คำนวณได้ มีดังนี้

ตำบลตัวอย่าง	จำนวนประชากรผู้สูงอายุ 60-69 ปี (คน)	จำนวนตัวอย่าง (คน)
ตำบลตากตก	625	69
ตำบลเกาะตะเภา	680	75
ตำบลแม่สลิต	896	99
ตำบลทองฟ้า	445	49
รวม	2,646	292

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุ ด้วยวิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic Random) โดยเรียงลำดับเลขบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุในฐานข้อมูลของสถานบริการในอำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก โดยทะเบียนจะมีเลขการขึ้นทะเบียนที่ไม่ซ้ำกัน มีรายละเอียด ดังนี้

$$\text{จากสูตร } I = \frac{N}{n}$$

เมื่อ

I = ช่วงของการสุ่มตัวอย่าง (Sampling Interval)

N = จำนวนประชากร

n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนวณช่วงการสุ่มตัวอย่าง ดังนี้

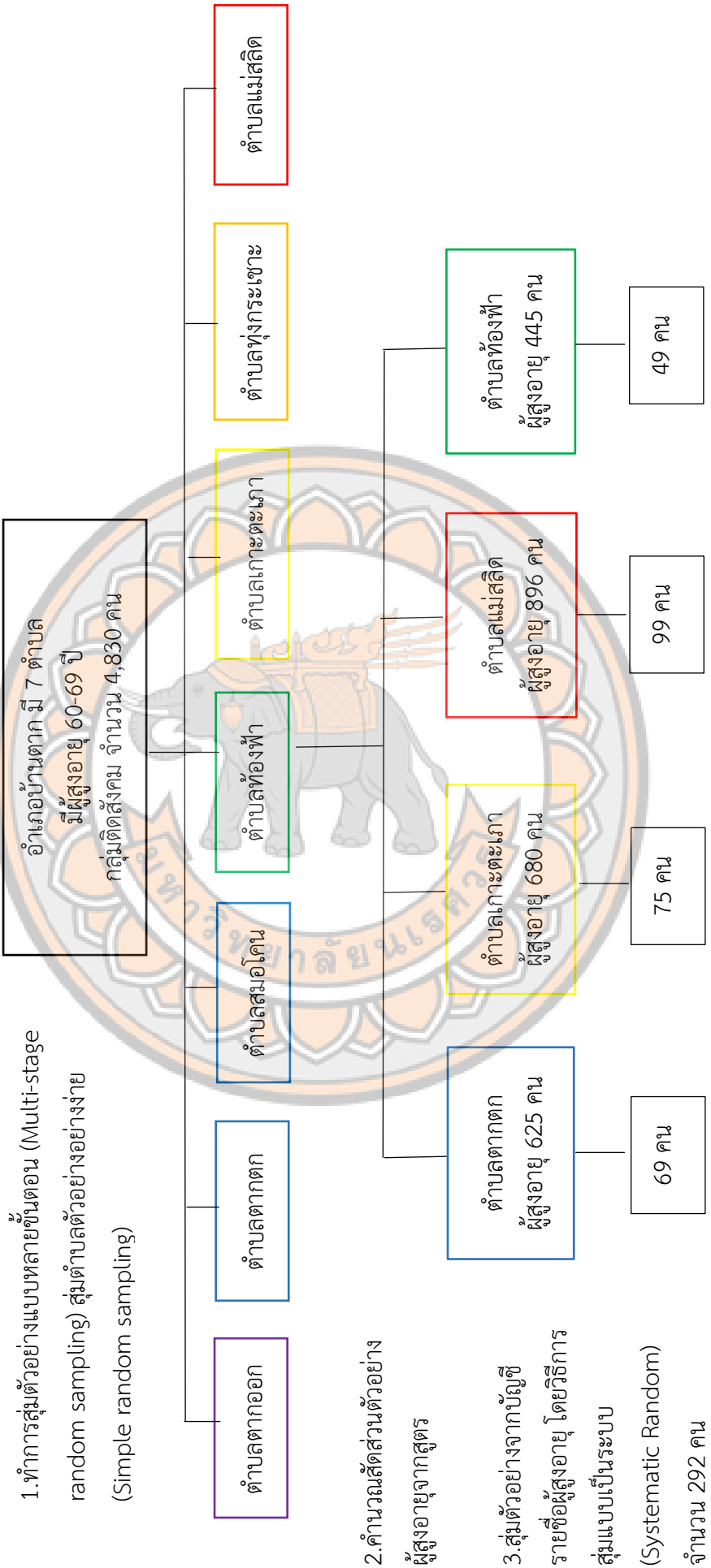
$$I = \frac{4830}{292} = 16.54 \text{ (17 ช่วง)}$$

4.จากนั้นนำค่าระยะห่างที่คำนวณได้ ($I = 17$) มากำหนดช่วงในการสุ่ม

5.ผู้วิจัยกำหนดเลขตั้งต้นการสุ่ม ได้แก่ เลข 4 สุ่มทุก ๆ 1 คน เอามา 1 คน ผู้วิจัยจะดำเนินการสุ่มต่อไปจนได้ครบ 292 คน โดยสุ่มตามสัดส่วน ได้แก่ ตำบลตากตก ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 69 คน ตำบลเกาะตะเภา ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 75 คน ตำบลแม่สลิด ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 99 คน และตำบลทองฟ้า ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 49 คน



ภาพ 3 แสดงแผนผังการสุ่มตัวอย่างในการวิจัย



เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นเพศชายหรือเพศหญิง ที่มีอายุ 60 - 69 ปี
2. สามารถสื่อสารและเข้าใจคำถามได้
3. อาศัยอยู่ในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 6 เดือน
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. อาสาสมัครเป็นผู้พิการ ประกอบด้วย 7 ประเภท คือ 1. พิการทางการเห็น 2. พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย 3. พิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย 4. พิการจิตใจหรือพฤติกรรม 5. พิการทางสติปัญญา 6. พิการทางการเรียนรู้ 7. พิการทางการออกทิสติก
2. อาสาสมัคร มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันไม่สามารถให้ข้อมูลได้
3. อาสาสมัครย้ายออก/ไม่อยู่ในพื้นที่ในระหว่างการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อการศึกษาในครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนจากแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ปรัชญาอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ครอบคลุมประเด็นที่ศึกษา โดยใช้แบบสอบถามจากการประยุกต์ใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561 (กองสุศึกษา, 2561) ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน จำนวน 62 ข้อ ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่ศึกษาเป็นข้อคำถามแบบตรวจสอบรายการ (checklist) จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัว อาชีพ บทบาทในชุมชน และสุขภาพช่องปาก

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้

ผู้วิจัยพัฒนาแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส 1พ ปรับปรุงจากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ 2ส ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561 (กองสุศึกษา, 2561) จำแนกเป็น 6 องค์ประกอบ องค์ประกอบละ 5 ข้อ รวมทั้งหมด 30 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด ประกอบด้วย 1.ทักษะการเข้าถึงและบริการสุขภาพ 2.ความรู้ ความเข้าใจ 3.ทักษะการสื่อสาร 4.ทักษะการจัดการตนเอง 5.การรู้เท่าทันสื่อ และ 6.การตัดสินใจ เป็นแบบสอบถามแบบมาตรวัดความถี่ในการปฏิบัติ (Likert scale) มี 5 ระดับ คือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆครั้ง ไม่ปฏิบัติ/ไม่เคย (คะแนนเต็ม 120 คะแนน)

ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวม ทั้ง 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงและบริการสุขภาพ ,ความรู้ ความเข้าใจ ,ทักษะการสื่อสาร ,ทักษะการจัดการตนเอง ,การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจ แบบสอบถามแบบมาตรวัด (Likert scale) มี 5 ระดับ คือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆครั้ง ไม่ปฏิบัติ/ไม่เคย จำนวน 30 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด (ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 120 คะแนน)

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ทุกครั้ง	4 คะแนน
บ่อยครั้ง	3 คะแนน
บางครั้ง	2 คะแนน
นานๆครั้ง	1 คะแนน
ไม่ปฏิบัติ/ไม่เคย	0 คะแนน

การแปลความหมายตามค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนตามเกณฑ์ของ Bloom (1975) แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ น้อยกว่าร้อยละ 60 ร้อยละ 60-79 และตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง ความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ระดับพอใช้ และระดับดีมาก ตามลำดับ (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560) ดังนี้

ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี หมายถึง มีคะแนน < 60% ของคะแนนเต็ม (0 - 71 คะแนน)

ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ หมายถึง มีคะแนนอยู่ในช่วง 60% - < 80% ของคะแนนเต็ม (72 - 95 คะแนน)

ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก หมายถึง มีคะแนน $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม (96 - 120 คะแนน)

ตอนที่ 3 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส 1พ ประยุกต์จากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุจากการศึกษาของ (จิราภรณ์ ตุ่มทองคำ, 2560) โดยเป็นแบบสอบถามแบบมาตรวัด (Likert scale) มี 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยเป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด จำนวน 8 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มากที่สุด	ให้ 5 คะแนน
มาก	ให้ 4 คะแนน
ปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
น้อย	ให้ 2 คะแนน

น้อยที่สุด

ให้ 1 คะแนน

การแปลความหมาย ตามค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1997) พิจารณาและประเมินตามเกณฑ์การแบ่งคะแนนเพื่อการเฉลี่ยและการประเมินผล โดยการแบ่งช่วงคะแนน

จากสูตร

$$\begin{aligned}\text{ช่วงห่างของคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{40-8}{3} \\ \text{ช่วงชั้นคะแนน} &= 10.67\end{aligned}$$

หาค่าเฉลี่ยโดยกำหนดเกณฑ์ช่วงคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคมมาก หมายถึง มีคะแนน 30-40 คะแนน

การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง หมายถึง มีคะแนน 19-29 คะแนน

การสนับสนุนทางสังคมน้อย หมายถึง มีคะแนน 8-18 คะแนน

ตอนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส 1ฟ

แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ 2ส ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561 (กองสุศึกษา, 2561) โดยประยุกต์ตามหลัก 3อ 2ส 1ฟ ประเมินจากพฤติกรรมสุขภาพในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ ได้แก่ 1.พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร 2.ด้านการออกกำลังกาย 3.ด้านการจัดการอารมณ์และความเครียด 4.การสูบบุหรี่ 5.การดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และ 6.การดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งจำแนกระดับออกเป็นดังนี้ ตามเกณฑ์การจำแนกของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เป็นแบบสอบถามแบบมาตรวัด (Likert scale) มี 5 ระดับ คือ ปฏิบัติ 6-7 วันต่อสัปดาห์, ปฏิบัติ 4-5 วันต่อสัปดาห์, ปฏิบัติ 3 วันต่อสัปดาห์, ปฏิบัติ 1-2 วันต่อสัปดาห์ และไม่เคยปฏิบัติ จำนวน 16 ข้อ (ข้อคำถามทางลบ มีจำนวน 6 ข้อ)

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อคำถามทางบวก	ข้อคำถามทางลบ
ปฏิบัติ 6-7 วันต่อสัปดาห์	ให้ 5 คะแนน	ให้ 1 คะแนน
ปฏิบัติ 4-5 วันต่อสัปดาห์	ให้ 4 คะแนน	ให้ 2 คะแนน
ปฏิบัติ 3 วันต่อสัปดาห์	ให้ 3 คะแนน	ให้ 3 คะแนน

ปฏิบัติ 1-2 วันต่อสัปดาห์	ให้ 2 คะแนน	ให้ 4 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	ให้ 1 คะแนน	ให้ 5 คะแนน

การแปลความหมาย ตามค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1997) พิจารณาและประเมินตามเกณฑ์การแบ่งคะแนนเพื่อการเฉลี่ยและการประเมินผล โดยการแบ่งช่วงคะแนน จากสูตร

$$\begin{aligned}\text{ช่วงห่างของคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{80 - 16}{3} \\ \text{ช่วงชั้นคะแนน} &= 21.33\end{aligned}$$

หาค่าเฉลี่ยโดยกำหนดเกณฑ์ช่วงคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

ระดับดี	หมายถึง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 60 คะแนนขึ้นไป
ระดับปานกลาง	หมายถึง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 38-59 คะแนน
ระดับน้อย	หมายถึง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 16-37 คะแนน

3. การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การศึกษาและวิเคราะห์จากตำรา เอกสาร ผลการศึกษาวิจัย กำหนดขอบเขตเนื้อหาตามกรอบแนวคิด ตรวจสอบเครื่องมือตามประเด็นดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity) พิจารณาความถูกต้อง ความครอบคลุมตามเนื้อหา และความชัดเจนของแบบสอบถามที่สร้างขึ้น โดยอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความครอบคลุมของข้อคำถามและสอดคล้องกับนิยามของตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์แต่ละข้อและนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (Index of item - objective Consistency: IOC) ได้ค่า IOC ของแบบสอบถามเท่ากับ 0.858 แบ่งเป็นรายด้านได้ค่า IOC ดังนี้

ด้านความรู้ด้านสุขภาพ ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.90

ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.79

ด้านพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1พ ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.81

โดยมีเกณฑ์กำหนดมากกว่า 0.5 ขึ้นไป (นิทรา กิจธิระวุฒิมังษ์, 2561) หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขต่อไป ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และผ่านความเห็นชอบของอาจารย์ที่ปรึกษา

2. การตรวจหาความเชื่อมั่น (Reliability)

หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้นำไปปรับปรุงแก้ไข แล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งกระเซาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก จำนวน 30 ราย ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ไม่ใช่ในกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach' coefficient alpha) (Cronbach, 1970) ของแบบสอบถามแต่ละส่วน โดยแบบสอบถามแต่ละส่วนมีความเชื่อมั่น คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.918 แรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.950 และพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ เท่ากับ 0.742 และนำแบบสอบถามไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจริง

3. จัดพิมพ์แบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ เพื่อนำไปเก็บรวบรวมกับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

4.. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยดำเนินการขอเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวรเพื่อพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง
2. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก เพื่อขอความอนุญาติเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่
3. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นพื้นที่ในการศึกษาวิจัย เพื่อขอความอนุเคราะห์ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่

4. ผู้วิจัยตรวจสอบรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นพื้นที่เป้าหมายเพื่อขออนุเคราะห์ในการใช้พื้นที่
2. ผู้วิจัยแนะนำตัว โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาชี้แจงแบบสอบถามและการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งแจ้งให้ทราบว่าข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับโดยไม่มีการระบุชื่อเป็นเพียงการลงรหัสเป็นตัวเลขเท่านั้นและจะนำเสนอในภาพรวมเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาและเป็นแนวทางในการพัฒนางานซึ่งไม่สามารถสืบค้นได้ว่าใครเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม
3. มีตารางและแผนการนัดหมายล่วงหน้าก่อนเข้าทำการเก็บข้อมูลทุกครั้ง
4. ดำเนินการรวบรวมข้อมูลตามแผนปฏิบัติการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัย ซึ่งอยู่ในพื้นที่ขณะเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดเวลา

5. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลโดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมมาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับทั้งหมดก่อนนำไปวิเคราะห์และจัดเก็บไว้ในที่มิดชิดมีความปลอดภัยผู้อื่นไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้
6. สรุปและวิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผล

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วน และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้ว จึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยโปรแกรมสำเร็จรูป IBM SPSS Statistics version 30 โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ดังนี้

1.สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาสถานภาพสมรส โรคประจำตัว อาชีพ บทบาทในชุมชน สุขภาพช่องปาก ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1พ และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2.สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1พ ของผู้สูงอายุอำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก ได้แก่ สถิติถดถอยพหุคูณแบบปกติ (Enter Multiple Regression Analysis) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตาราง 2 แสดงรายละเอียดตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์สถิติ

ตัวแปร	ระดับการวัด	คุณลักษณะ
ตัวแปรตาม : พฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ ของ ผู้สูงอายุ อายุ 60-69ปี ในอำเภอ บ้านตาก จังหวัดตาก	Interval scale	พิจารณาจากค่าพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดจากการคำนวณจาก แบบสอบถาม วัดพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 16 ข้อ โดยมีพิสัยของระดับคะแนนอยู่ที่ ระหว่าง 1 คะแนน (มีพฤติกรรม สุขภาพอยู่ในระดับน้อยที่สุด) และ 5 คะแนน (มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ใน ระดับมากที่สุด)
ตัวแปรอิสระ : 1.เพศ (เพศชาย เป็น กลุ่มอ้างอิง) ชาย = 0 หญิง = 1	Nominal scale	แบ่งเพศของประชากรออกเป็น 1)ชาย และ 2)หญิง
2.อายุ	Ratio scale	อายุของประชากรเป็นอายุเต็มปี
3. ระดับการศึกษา (กำหนดให้ต่ำกว่า มัธยมศึกษาเป็นกลุ่มอ้างอิง สูงกว่ามัธยมศึกษา = 1, ต่ำกว่ามัธยมศึกษา= 0	Ordinal scale	แบ่งระดับการศึกษาของประชากร ออกเป็น 1) ไม่ได้รับการศึกษา 2) ประถมศึกษา/เทียบเท่า 3) มัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป
4.อาชีพ(กำหนดให้ว่างงาน เป็นกลุ่ม อ้างอิง) ว่างงาน = 0, มีอาชีพ =1	Nominal scale	แบ่งตามอาชีพของประชากร ออกเป็น 1) ว่างงาน (กำหนดเป็น กลุ่มอ้างอิง) 2) เกษตรกรรม 3)ข้าราชการ 4)รับจ้าง 5)ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
5.บทบาทของท่านในชุมชน (กำหนดให้ อสม. เป็นกลุ่มอ้างอิง) ประชาชนในชุมชน = 0 ,มีบทบาทใน ชุมชน =1	Nominal scale	แบ่งตามบทบาทในชุมชน ออกเป็น 1) อสม (กำหนดเป็นกลุ่มอ้างอิง)

ตาราง 2 (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับการวัด	คุณลักษณะ
		2)ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน/กรรมการหมู่บ้าน 3)ปราชญ์ชุมชน 4)ประชาชนในชุมชน
6.สถานภาพการสมรส(กำหนดให้หม้าย/หย่า/แยก เป็นกลุ่มอ้างอิง) สมรส = 1,โสด/หม้าย/หย่า/แยก =0	Nominal scale	แบ่งสถานภาพการสมรสของประชากรออกเป็น 1) โสด 2) สมรส 3) หม้าย/ หย่า/แยก(กำหนดเป็นกลุ่มอ้างอิง)
7. โรคประจำตัว (ไม่มีเป็นกลุ่มอ้างอิง) มีโรคประจำตัว= 0 ไม่มีโรคประจำตัว = 1	Nominal scale	แบ่งโรคประจำตัวของประชากรออกเป็น 1)ไม่มีโรคประจำตัว 2) มีโรคประจำตัว(กำหนดเป็นกลุ่มอ้างอิง)
8.สุขภาพช่องปาก (กำหนดสุขภาพช่องปากไม่ดี เป็นกลุ่มอ้างอิง) สุขภาพช่องปากดี =1 สุขภาพช่องปากไม่ดี =0	Nominal scale	แบ่งสุขภาพช่องปากของประชากรออกเป็น สุขภาพช่องปากที่ดี = 1 (หมายถึง หากตอบไม่ใช่ 2 ใน 3 ข้อ) สุขภาพช่องปากไม่ดี = 0
9.ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	Interval scale	พิจารณาจากค่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เกิดจากการคำนวณจากแบบสอบถาม จำนวน 30 ข้อ โดยมีพิสัยของระดับคะแนนอยู่ที่ระหว่าง 0 คะแนน (มีความรอบรู้ด้าน สุขภาพอยู่ในระดับน้อยที่สุด) และ4 คะแนน (มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด)

ตาราง 2 (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับการวัด	คุณลักษณะ
10.แรงสนับสนุนทางสังคม	Interval scale	พิจารณาจากค่าคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมที่เกิดจากการคำนวณจากแบบสอบถามวัดแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 8 ข้อ โดยมีพิสัยของระดับคะแนนอยู่ระหว่าง 1 คะแนน (มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อยที่สุด) และ 5 คะแนน (มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมากที่สุด)

ข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบพหุ (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2555; Laerd Statistics, 2020)

1) ตัวแปรตาม (Y) เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ ระดับการวัดตัวแปรเป็นช่วง (Interval) หรืออัตราส่วน (Ratio) สเกล

2) ตัวแปรอิสระ (X) มีจำนวน 2 ตัวแปรขึ้นไป โดยส่วนใหญ่มีระดับการวัดตัวแปรเป็นช่วงหรืออัตราส่วน ทั้งนี้ตัวแปรอิสระบางตัวสามารถมีระดับการวัดเป็นนาม (Nominal) หรืออันดับ (Ordinal) สเกลได้ แต่ต้องแปลงให้เป็นตัวแปรหุ่นหรือตัวแปรจำลอง (Dummy variable)

3) ตัวแปรตาม (Y) และตัวแปรอิสระ (X) แต่ละตัวมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (พิจารณาได้จาก Scatter plot)

4) ตัวแปรตาม (Y) ไม่มีข้อมูลผิดปกติที่สำคัญ (Significant outliers)

5) ตัวแปรอิสระต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity) มากเกินไป (พิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระที่เป็นตัวแปรเชิงปริมาณเบื้องต้นได้จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และหลังจากสร้างสมการถดถอยแล้วพิจารณาได้จากค่า Tolerance ควรมีค่ามากกว่า 0.2 แต่ไม่เกิน 1 และค่า VIF ควรมีน้อยกว่า 10)

6) ค่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากสมการถดถอย (Residual: e) มีความเป็นอิสระต่อกัน นั่นคือ ไม่มีความสัมพันธ์ภายในตนเอง (Autocorrelation) (พิจารณาได้จากค่า Durbin-Watson ควรมีค่าเข้าใกล้ 2 หรือ อยู่ระหว่าง 1.50-2.50)

7) ค่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากสมการถดถอย (Residual; e) มีค่าความแปรปรวนคงที่ (Homoscedasticity) (พิจารณาได้จากกราฟ Scatter plot scwin Regression standardized residual (y) และ regression standardized predict values (x) ควรมีค่าความคลาดเคลื่อนกระจายรอบๆ ค่า 0 และค่อนข้างคงที่)

8) ค่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากสมการถดถอย (Residual; e) มีการแจกแจงแบบปกติ และมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0 (พิจารณาค่าเฉลี่ยของค่าคลาดเคลื่อนได้จากตาราง residual statistics table และพิจารณาการกระจายได้จากกราฟ histogram และ Normal P-P Plot)

6. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ให้การรับรองแบบยกเว้น พิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ตามเอกสารรองรับการยกเว้นพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัย COA No.156/2025, IRB No.P2-0027/2568 รับรองเมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม 2568 หลังจากได้รับการรับรอง แล้วจัดเก็บข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลสิทธิของกลุ่ม ตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย การปกปิดรายชื่อและข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม โดยไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่างลงในแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างเก็บเป็นความลับ และไม่นำมาเปิดเผย การศึกษาครั้งนี้ไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามเก็บไว้เฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น ข้อมูลนี้ถูกทำลายหลังจากมีการวิเคราะห์และเขียนรายงานหลังการวิจัยเสร็จสิ้นภายใน 1 ปี เพื่อนำเสนอในภาพรวมจะไม่ระบุหรืออ้างอิงกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลหากไม่ได้รับอนุญาต

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1พ ของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1พ ของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนและแบบสอบถามสมบูรณ์จำนวน 292 ราย ใน 4 ตำบลของอำเภอบ้านตาก ซึ่งได้แก่ ตำบลตากตก ตำบลเกาะตะเภา ตำบลแม่สลิด ตำบลทองฟ้า และทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบพหุ วิธี Enter Method นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1พ ของผู้สูงอายุ อายุ 60 -69 ปี

ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1พ ของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านตาก

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
(n = 292)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	82	28.1
หญิง	210	71.9
อายุ		
60-69 ปี	292	100.0

(Mean =64.2 S.D.=2.65 ,Min=60.0, Max=69.0)

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	5	1.7
ประถมศึกษา	168	57.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	40	13.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	44	15.1
อนุปริญญา/ปวส.	11	3.8
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	24	8.2
อาชีพ		
ว่างงาน	65	22.3
เกษตรกรรม	112	38.4
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	19	6.5
รับจ้าง	59	20.2
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	37	12.6
บทบาทในชุมชน		
อสม.	123	42.1
ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน/กรรมการหมู่บ้าน	11	3.8
ปราชญ์ชุมชน	2	0.7
ประชาชนในชุมชน	156	53.4
สถานภาพสมรส		
โสด	44	15.1
สมรส	184	63.0
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	64	21.9
โรคประจำตัว		
ไม่มี	124	42.5
มี	168	57.5
สุขภาพช่องปาก		
สุขภาพช่องปากไม่ดี	58	19.9
สุขภาพช่องปากดี	234	80.1

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 292 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.9 มีอายุเฉลี่ย 64.2 ± 2.65 ปี ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 57.5) รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 15.1) และมีส่วนน้อยที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 1.7) ในด้านอาชีพ พบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 38.4) รองลงมาคือว่างงาน (ร้อยละ 22.3) และรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 20.2) สำหรับบทบาทในชุมชน ประชาชนทั่วไปมีส่วนมากที่สุด คือ ร้อยละ 53.4 และเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (ร้อยละ 42.1) สถานภาพสมรส กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ สมรส (ร้อยละ 63.0) ขณะที่หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ (ร้อยละ 21.9) และโสด (ร้อยละ 15.1) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวถึง (ร้อยละ 57.5) และไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 42.5) อีกทั้งส่วนใหญ่มีสุขภาพช่องปากอยู่ในเกณฑ์ดี (ร้อยละ 80.1)

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยรวมของผู้สูงอายุ อายุ 60- 69 ปี ($n = 292$)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับไม่ดี (0 -71 คะแนน)	101	34.6
ระดับพอใช้ (72-95 คะแนน)	109	37.3
ระดับดีมาก (96-120 คะแนน)	82	28.1
(Mean = 81.3 SD = 21.4, Min = 15, Max = 120)		

จากตาราง 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับพอใช้ร้อยละ 37.3 รองลงมา มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่ดี ร้อยละ 34.6 และน้อยที่สุดคือ ระดับดีมาก ร้อยละ 28.1 คะแนนเฉลี่ย 81.3 ± 21.4 คะแนน (คะแนนเต็ม 120) คะแนนต่ำสุด 15 คะแนน คะแนนสูงสุด 120 คะแนน

ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพ
จำแนกตามองค์ประกอบ (n = 292)

ระดับความรู้ด้านสุขภาพ (แยกองค์ประกอบ)	จำนวน(คน)	ร้อยละ
องค์ประกอบที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ		
ระดับไม่ดี (0 -11 คะแนน)	104	35.6
ระดับพอใช้ (12-16 คะแนน)	109	37.3
ระดับดีมาก (17-20 คะแนน)	79	27.1
(Mean = 13.3 SD = 4.39, Median = 13.0, Min = 2, Max = 20)		
องค์ประกอบที่ 2 ด้านความรู้ ความเข้าใจ		
ระดับไม่ดี (0 -11 คะแนน)	65	22.2
ระดับพอใช้ (12-16 คะแนน)	119	40.8
ระดับดีมาก (17-20 คะแนน)	108	37.0
(Mean = 14.8 SD = 4.11, Median = 15.0, Min = 3, Max = 20)		
องค์ประกอบที่ 3 ด้านทักษะการสื่อสาร		
ระดับไม่ดี (0 -11 คะแนน)	83	28.6
ระดับพอใช้ (12-16 คะแนน)	128	43.7
ระดับดีมาก (17-20 คะแนน)	81	27.7
(Mean = 14.2 SD = 4.09, Median = 14.5, Min = 2, Max = 20)		
องค์ประกอบที่ 4 ทักษะการจัดการตนเอง		
ระดับไม่ดี (0 -11 คะแนน)	99	33.8
ระดับพอใช้ (12-16 คะแนน)	131	44.9
ระดับดีมาก (17-20 คะแนน)	62	21.3
(Mean = 13.5 SD = 3.88, Median = 14.0, Min = 3, Max = 20)		
องค์ประกอบที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อ		
ระดับไม่ดี (0 -11 คะแนน)	91	31.1
ระดับพอใช้ (12-16 คะแนน)	112	38.4
ระดับดีมาก (17-20 คะแนน)	89	30.5
(Mean = 13.9 SD = 4.64, Median = 15.0, Min = 1, Max = 20)		

ตาราง 5 (ต่อ)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
องค์ประกอบที่ 6 การตัดสินใจ		
ระดับไม่ดี (0 -11 คะแนน)	131	44.7
ระดับพอใช้ (12-16 คะแนน)	124	42.4
ระดับดีมาก (17-20 คะแนน)	37	12.9
(Mean = 11.5 SD = 4.49, Median = 12.0, Min = 0, Max = 20)		

จากตาราง 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านอยู่ในระดับพอใช้ โดยเรียงจากมากที่สุด คือด้านทักษะการจัดการตนเอง, ด้านทักษะการสื่อสาร, ด้านความรู้ความเข้าใจ, การรู้เท่าทันสื่อ, ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ร้อยละ 44.9, 43.7, 40.8, 38.4, 37.3 ตามลำดับ และด้านการตัดสินใจ อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 44.7

ตาราง 6 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของกลุ่มตัวอย่าง ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านความรู้ ความเข้าใจ ด้านทักษะการสื่อสารด้านการจัดการตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อ และด้านการตัดสินใจ จำแนกตามรายข้อ (n = 292)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
องค์ประกอบที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ			
1.เมื่อต้องการข้อมูลด้านสุขภาพและวิธีป้องกันตนเอง ท่านสามารถหาแหล่งข้อมูลได้โดยทันที	2.61	1.15	พอใช้
2.ท่านสามารถค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ต้องการจากหลายแหล่ง ได้ เช่น จากผู้รู้ สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อออนไลน์ เป็นต้น	2.70	1.09	พอใช้
3.ท่านมีการตรวจสอบข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส 1พ โดยสืบค้นหรือสอบถามจากหลายๆแหล่ง	2.65	1.05	พอใช้
4.ท่านสามารถติดต่อเบอร์สายด่วนสุขภาพที่จะให้การ ช่วยเหลือ ด้านสุขภาพ เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินหรือปัญหาสุขภาพได้	2.49	1.32	พอใช้
5.ท่านสามารถรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพจากการฟังผู้อื่นพูดหรือบอกเล่า เพื่อที่จะมีสุขภาพที่ดี	2.83	0.93	พอใช้
รวมค่าเฉลี่ย	2.66	1.11	พอใช้

ตาราง 6 (ต่อ)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
องค์ประกอบที่ 2 ด้านความรู้ ความเข้าใจ			
1.ท่านสามารถอ่านข้อมูลการปฏิบัติตัว ตามหลัก 3อ 2ส 1ฟ ด้วยความเข้าใจวิธีการปฏิบัติตามคำแนะนำในคู่มือหรือเว็บไซต์	2.89	1.02	พอใช้
2.ท่านสามารถอ่านฉลากอาหารที่ได้รับถึงวิธีการกิน การใช้ การเก็บรักษาได้	3.29	0.90	พอใช้
3.ท่านสามารถเข้าใจข้อมูลสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส 1ฟ ที่นำเสนอในรูปของสัญลักษณ์ คำศัพท์ได้	2.90	1.03	พอใช้
4.ท่านสามารถรอกข้อมูลด้านสุขภาพใน แบบฟอร์มได้ถูกต้องตามที่หน่วยงานหรือสถานบริการสุขภาพต้องการให้กรอกข้อมูล	2.85	1.00	พอใช้
5.ท่านกล้าซักถามหมอ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อเพิ่มเข้าใจวิธีการดูแลสุขภาพให้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง ด้านการกินอาหาร การออกกำลังกาย สุขภาพช่องปาก	2.88	0.97	พอใช้
รวมค่าเฉลี่ย	2.96	0.98	พอใช้
องค์ประกอบที่ 3 ด้านทักษะการสื่อสาร			
1.ท่านตรวจสอบข้อมูลการปฏิบัติตัว ตามหลัก 3อ 2ส 1ฟ โดยการซักถามหรือขอคำปรึกษาจากผู้รู้หรือผู้ให้บริการสุขภาพก่อน ที่จะทำตาม	2.94	1.03	พอใช้
2.ท่านโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส 1ฟ ที่ถูกต้อง บ่อยครั้งแค่ไหน	3.04	0.991	พอใช้
3.ท่านทบทวนถึงประโยชน์และความปลอดภัยของข้อมูลสุขภาพที่ได้รับก่อนที่จะเชื่อหรือทำตาม	2.84	0.993	พอใช้
4.ท่านแสดงออกในการพูด อ่าน เขียนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส 1ฟ เพื่อให้คนอื่นเข้าใจ บ่อยครั้งแค่ไหน	2.68	0.998	พอใช้
5.ท่านเล่าเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส 1ฟ ให้กับคนในครอบครัวหรือเพื่อนฟัง จนเขาเข้าใจอยู่บ่อยครั้งแค่ไหน	2.72	1.05	พอใช้
รวมค่าเฉลี่ย	2.84	1.01	พอใช้

ตาราง 6 (ต่อ)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
องค์ประกอบที่ 4 ทักษะการจัดการตนเอง			
1. ท่านสังเกตปริมาณและคุณค่าทางโภชนาการของอาหารที่กินให้พอเหมาะกับตนเองในแต่ละมื้อ บ่อยครั้งแค่ไหน	2.90	0.95	พอใช้
2. ท่านวางแผนเป้าหมายของการออกกำลังกาย และทำให้ได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ได้บ่อยครั้งแค่ไหน	2.39	0.98	พอใช้
3. ท่านประเมินอารมณ์ตนเองถ้าพบว่าเครียดท่านจะจัดการเพื่อลดความเครียดนั้นลงด้วยวิธีการที่ดีต่อสุขภาพของท่านบ่อยครั้งแค่ไหน	2.66	1.00	พอใช้
4. ท่านได้มีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตนตามที่ได้ตั้งใจไว้เพื่อการเสริมสร้างสุขภาพตนเอง ตามหลัก 3อ 2ส 1พ บ่อยครั้งแค่ไหน	2.69	1.02	พอใช้
5. ท่านปรับปรุงสภาพแวดล้อมรอบตัวเอง เพื่อให้ท่านมีการปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง ตามหลัก 3อ 2ส 1พ ได้มากขึ้นบ่อยครั้งแค่ไหน	2.82	0.97	พอใช้
รวมค่าเฉลี่ย	2.69	0.98	พอใช้
องค์ประกอบที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อ			
1. เมื่อท่านเห็นโฆษณาสินค้าเกี่ยวกับสุขภาพทางโทรทัศน์ และเกิดความสนใจ ท่านจะต้องหาข้อมูลจากหลายแหล่งเพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนตัดสินใจซื้อ บ่อยครั้งแค่ไหน	2.73	1.23	พอใช้
2. เมื่อท่านเห็นโฆษณาสินค้าในที่สาธารณะหรือจากเว็บไซต์ และเกิดความสนใจในสินค้านั้น ท่านตั้งใจจะไปหาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งอื่นๆ เพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือก่อนตัดสินใจซื้อ บ่อยครั้งแค่ไหน	2.80	1.20	พอใช้
3. ท่านใช้เหตุผลวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสียเพื่อเลือกรับข้อมูลด้านสุขภาพจากสื่อเหล่านั้นก่อนที่จะปฏิบัติตาม บ่อยครั้งแค่ไหน	2.92	1.07	พอใช้
4. เมื่อท่านเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ ท่านมีการวิเคราะห์ ประเมิน เนื้อหาโดยไม่เชื่อในทันที บ่อยครั้งแค่ไหน	2.77	1.05	พอใช้

ตาราง 6 (ต่อ)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
5. เมื่อท่านได้แลกเปลี่ยนพูดคุย วิพากษ์ วิเคราะห์เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส 1พ กับผู้อื่น โดยที่ท่านมีการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลที่ได้รับก่อนตัดสินใจเชื่อ และปฏิบัติตามบ่อยครั้งแค่ไหน	2.72	1.07	พอใช้
รวมค่าเฉลี่ย	2.79	1.12	พอใช้
องค์ประกอบที่ 6 การตัดสินใจ			
1.เมื่อท่านไปงานเลี้ยงสังสรรค์ที่บ้านเพื่อน แล้วโดนชักชวนดื่มแอลกอฮอล์ ท่านมักจะปฏิเสธ	2.58	1.42	พอใช้
2.เมื่อท่านไปงานเลี้ยงสังสรรค์ที่บ้านเพื่อน แล้วได้รับเชิญทานอาหารที่มีไขมันสูง ท่านมักจะปฏิเสธ	2.18	0.95	ไม่ดี
3.เมื่อท่านมีความเครียดจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ท่านมักจะไปขอคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	1.97	1.29	ไม่ดี
4.หากท่านและเพื่อนของท่าน ออกกำลังกายด้วยกันเป็นประจำ แต่ปรากฏว่าเพื่อนของท่านไม่มาออกกำลังกาย ท่านจะเป็นคนไปชวนให้มาออกกำลังกาย	2.16	1.25	ไม่ดี
5.หากท่านพบเจอคนใกล้ชิดสูบบุหรี่ ท่านมักจะเป็นคนคอยเตือนให้เลิกสูบบุหรี่	2.65	1.64	พอใช้
รวมค่าเฉลี่ย	2.31	1.31	ไม่ดี

จากตาราง 6 เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านความรู้ความเข้าใจ ($\bar{x} = 2.96$, S.D.= 0.98) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ($\bar{x} = 2.79$, S.D.= 1.12) ด้านการจัดการตนเอง ($\bar{x} = 2.69$, S.D.= 0.98) ตามลำดับ และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการตัดสินใจ ($\bar{x} = 2.31$, S.D.= 1.31) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านความรู้ความเข้าใจ ข้อ 2.ท่านสามารถอ่านฉลากอาหารที่ได้รับถึงวิธีการกิน การใช้ การเก็บรักษาได้ ($\bar{x} = 3.29$, S.D.= 0.90) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การตัดสินใจ ข้อ 3.เมื่อท่านมีความเครียดจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ท่านมักจะไปขอคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($\bar{x} = 1.97$, S.D.= 1.29)

ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม

ตาราง 7 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (n=292)

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
การสนับสนุนทางสังคมมาก (30-40 คะแนน)	122	41.8
การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง (19-29 คะแนน)	156	53.4
การสนับสนุนทางสังคมน้อย (8-18 คะแนน)	14	4.8
(Mean = 29.4 SD=5.95, Median = 27.0, Min = 17.0, Max = 40.0)		

จากตาราง 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 53.4 รองลงมา คือ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับมาก ร้อยละ 41.8 และน้อยที่สุดคือ ระดับน้อย ร้อยละ 4.8 คะแนนการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ย 29.4 ± 5.95 คะแนน (คะแนนเต็ม 40 คะแนน) คะแนนต่ำสุด 17 คะแนน คะแนนสูงสุด 40 คะแนน

ตาราง 8 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน และแปลผลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม แยกตามรายข้อ (n=292)

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1.เมื่อท่านมีปัญหาหรือมีความกังวลใจเกี่ยวกับสุขภาพ สมาชิกในครอบครัวของท่านได้ให้คำปรึกษาหรือคำแนะนำแก่ท่าน	3.36	1.14	ปานกลาง
2.เมื่อท่านไม่สบาย สมาชิกในครอบครัวของท่านได้จัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมให้ท่านรับประทาน	3.53	1.04	ปานกลาง
3.เมื่อท่านไม่สบายหรือมีนัดพบแพทย์ สมาชิกในครอบครัวของท่านได้ให้ความช่วยเหลือในการพาท่านไปพบแพทย์	4.09	0.94	มาก
4.ท่านได้รับความช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพตัวเอง จากสมาชิกในครอบครัวของท่าน เมื่อจำเป็นหรือต้องการ	3.66	1.03	ปานกลาง
5.ท่านได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขในการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3อ 2ส 1พ	3.63	1.07	ปานกลาง

ตาราง 8 (ต่อ)

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
6.ท่านได้รับการช่วยเหลือ/อุปกรณ์จากบุคลากรสาธารณสุขเมื่อจำเป็นหรือต้องการ	3.35	0.94	ปานกลาง
7.บุคลากรสาธารณสุขได้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมแก่วัยของท่าน (เนื้อปลา ผักสุก ผลไม้สด)	3.96	0.68	มาก
8.ท่านได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขในการเข้ารับ การตรวจคัดกรองโรค	3.79	0.82	มาก

จากตาราง 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 29.4$, S.D.= 5.95) เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า แรงสนับสนุนที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 3.เมื่อท่านไม่สบายหรือมีนัดพบแพทย์ สมาชิกในครอบครัวของท่านได้ให้ความช่วยเหลือในการพาท่านไปพบแพทย์ ($\bar{x} = 4.09$, S.D.= 0.94) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 6.ท่านได้รับการช่วยเหลือ/อุปกรณ์จากบุคลากรสาธารณสุข เมื่อจำเป็นหรือต้องการ ($\bar{x} = 3.35$, S.D.= 0.94)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1พ ของผู้สูงอายุ อายุ 60-69 ปี

ตาราง 9 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1พ ในผู้สูงอายุ (n=292)

พฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1พ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี (60 คะแนนขึ้นไป)	104	35.6
ระดับปานกลาง (อยู่ระหว่าง 38-59 คะแนน)	188	64.4
ระดับน้อย (อยู่ระหว่าง 16-37 คะแนน)	0	0
(Mean = 58.6 SD=5.44, Median = 58.0, Min = 45.0, Max = 74.0)		

จากตาราง 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1พ อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 64.4 รองลงมา คือ ระดับดี ร้อยละ 35.6 คะแนนพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ย 58.6 ± 5.44 คะแนน (คะแนนเต็ม 80 คะแนน) คะแนนต่ำสุด 45 คะแนน คะแนนสูงสุด 74 คะแนน

ตาราง 10 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน และแปลผลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพ
3อ 2ส 1พ ของผู้สูงอายุ รายข้อ (n=292)

พฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1พ	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
การบริโภคอาหาร			
1.ท่านรับประทานผักและผลไม้สดที่ไม่หวานจัด อย่างน้อย วันละครึ่งกิโลกรัม	3.02	1.12	ปานกลาง
2.ท่านรับประทานอาหารที่มีแคลเซียม เช่น นม ปลาเล็ก ปลาน้อย เพื่อเสริมสร้างกระดูก	3.44	0.92	ปานกลาง
3.ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารทอด แกงกะทิ เนื้อติดมัน เป็นต้น	3.36	0.93	ปานกลาง
4.ท่านรับประทานของหวาน ขนมที่มีรสหวาน เช่น ลูกอม หรือผลไม้ที่มีน้ำตาลสูง	3.63	0.99	ปานกลาง
5.ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม น้ำชาสมุนไพร	4.17	1.05	ดี
6.ท่านรับประทานอาหารรสเค็ม หมักดอง หรือเติมน้ำปลา เพิ่มในอาหาร	3.74	1.07	ปานกลาง
รวมค่าเฉลี่ย	3.74	1.07	ปานกลาง
การออกกำลังกาย			
7.ท่านออกกำลังกายเพื่อฝึกการทรงตัว เช่น รำไม้พอง โยคะ เดินรำจังหวะบาสโลป วันละ 30 นาที	4.96	0.35	ดี
8.ท่านเคลื่อนไหวร่างกายต่อเนื่องด้วยการทำกิจวัตรประจำวัน ประมาณ 30 นาทีต่อวัน เช่น เดินไปทำงาน ทำงานบ้าน ทำงานโดยใช้แรง	4.02	1.16	ดี
รวมค่าเฉลี่ย	4.49	0.75	ดี
การจัดการอารมณ์ความเครียด			
9.ท่านทำกิจกรรมที่ทำให้ผ่อนคลายตัวเองจากความเครียด เช่น สวดมนต์	3.11	1.40	ปานกลาง
10.ท่านสังเกตความผิดปกติของร่างกายและจิตใจตนเองที่ อาจเกิดจากความเครียด และหาวิธีการจัดการ	2.83	1.30	ปานกลาง
รวมค่าเฉลี่ย	2.97	1.35	ปานกลาง

ตาราง 10 (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
การสูบบุหรี่			
11.ท่านไม่สูบบุหรี่หรือยาสูบ	4.64	1.05	ดี
12.ท่านอยู่ใกล้ชิด/ได้รับควันบุหรี่จากบุคคลอื่น	1.78	1.26	น้อย
รวมค่าเฉลี่ย	3.21	1.16	ปานกลาง
การดื่มสุรา			
13.ท่านไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ไวน์ เหล้าขาว ยาแดงเหล้า	4.50	1.04	ดี
รวมค่าเฉลี่ย	4.50	1.04	ดี
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก			
14.ท่านแปรงฟันทุกเช้าและก่อนนอน	4.85	0.62	ดี
15.ท่านใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์	4.85	0.62	ดี
16.เมื่อมีเศษอาหารติดอยู่ตามซอกฟัน ที่ไม่สามารถแปรงฟันออกมาได้ ท่านใช้ไหมขัดฟันดึงเศษอาหารออก	3.54	1.70	ปานกลาง
รวมค่าเฉลี่ย	4.41	0.98	ดี

จากตาราง 10 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการดื่มสุรา ($\bar{x} = 4.50$, S.D.= 1.04) ด้านการออกกำลังกาย ($\bar{x} = 4.49$, S.D.= 0.75) ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ($\bar{x} = 4.41$, S.D.= 0.98) ด้านการบริโภคอาหาร ($\bar{x} = 3.74$, S.D.= 1.07) ด้านการสูบบุหรี่ ($\bar{x} = 3.21$, S.D.= 1.16) ตามลำดับ และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การจัดการอารมณ์ความเครียด ($\bar{x} = 2.97$, S.D.= 1.35)

ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1พ ของผู้สูงอายุ อายุ 60-69 ปี ของอำเภอบ้านตาก

การวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1พ ของผู้สูงอายุ อายุ 60-69 ปี ของอำเภอบ้านตาก ด้วยสถิติ Multiple Regression Analysis แบบ Enter Method ทำการนำตัวแปรทั้งหมดตามกรอบแนวคิดเข้าสู่ Model พบว่า ผลการวิเคราะห์ดังภาคผนวก ข โดยมีค่า Tolerance ควรมีค่ามากกว่า 0.2 แต่ไม่เกิน 1 และค่า VIF ควรมีน้อยกว่า 10 และ Durbin-Watson เท่ากับ 1.906 แสดงให้เห็นว่าข้อมูลไม่มีความสัมพันธ์ภายในตัวเอง (Autocorrelation) ซึ่งเป็นไปตามข้อกำหนดเบื้องต้นของ Regression ได้ผลดังแสดงในตาราง 11

ตาราง 11 แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1พ ของผู้สูงอายุ อายุ 60-69 ปี ในอำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก (n=292)

ปัจจัย	b	Beta	t	95% CI		P-value
				Lower	Upper	
เพศหญิง (X_1) (กลุ่มอ้างอิง = ชาย)	1.923	0.159	2.725	0.534	3.312	0.007*
อายุ (X_2)	0.046	0.023	0.414	-0.174	0.266	0.679
ระดับการศึกษา (กลุ่มอ้างอิง = ต่ำกว่ามัธยมศึกษา)						
มัธยมศึกษาขึ้นไป (X_3)	0.091	0.008	0.150	-1.107	1.290	0.881
อาชีพ มีงานทำ (X_4) (กลุ่มอ้างอิง =ว่างงาน)	0.279	0.021	0.400	-1.093	1.650	0.689
บทบาทของท่านในชุมชน (เป็นกลุ่มอ้างอิง=ไม่มีบทบาทในชุมชน)						
มีบทบาทในชุมชน (X_5)	-0.428	-0.039	-0.631	-1.762	0.906	0.529
สถานภาพสมรส (X_6) (กลุ่มอ้างอิง = โสด/หม้าย/หย่า/แยก)	1.637	0.145	2.682	0.435	2.839	0.008*
มีโรคประจำตัว (X_7) (กลุ่มอ้างอิง = ไม่มีโรคประจำตัว)	1.927	0.175	3.271	0.767	3.086	0.001*
สุขภาพช่องปาก (กลุ่มอ้างอิง = สุขภาพช่องปากไม่ดี)						
สุขภาพช่องปากดี (X_8)	2.759	0.203	3.872	1.356	4.162	0.000*
ความรู้ด้านสุขภาพ (X_9)	0.092	0.361	6.065	0.062	0.121	0.000*
แรงสนับสนุนทางสังคม (X_{10})	0.099	0.108	2.032	0.003	0.195	0.043*
Constant =41.317, R square =0.251, Adjusted R square = 0.224, F = 9.393 P-value <0.05						

หมายเหตุ *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 11 พบว่า การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบพหุ (Multiple Linear Regression) โดยใช้วิธี Enter Method พบว่ามีตัวแปรอิสระ จำนวน 6 ตัวแปร ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ ของผู้สูงอายุ อายุ 60-69 ปี ในอำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกได้ทั้งหมด อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เพศหญิง (Beta = 0.159 ,P-value=0.007) สถานภาพสมรส (Beta = 0.145 ,P-value=0.008) มีโรคประจำตัว (Beta = 0.175,P-value=0.001) สุขภาพช่องปากที่ดี (Beta = 0.203 ,P-value <0.001) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Beta = 0.361 , P-value<0.001) และแรงสนับสนุนทางสังคม (Beta = 0.108 ,P-value=0.043) โดยอธิบายได้ว่า

+ 0.159 (เพศหญิง) หมายความว่า เมื่อผู้สูงอายุเป็นเพศหญิง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ เพิ่มขึ้น 0.159 คะแนน โดยที่ควบคุมตัวแปรอิสระอื่น ๆ ในสมการ

+ 0.145 (สถานภาพสมรส) หมายความว่า เมื่อผู้สูงอายุมีคู่สมรส ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ เพิ่มขึ้น 0.145 คะแนน โดยที่ควบคุมตัวแปรอิสระอื่น ๆ ในสมการ

+ 0.175 (โรคประจำตัว) หมายความว่า เมื่อผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ เพิ่มขึ้น 0.175 คะแนน โดยที่ควบคุมตัวแปรอิสระอื่น ๆ ในสมการ

+ 0.203 (สุขภาพช่องปากที่ดี) หมายความว่า เมื่อผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากที่ดี (เมื่อเทียบกับผู้สุขภาพช่องปากไม่ดี) ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ เพิ่มขึ้น 0.203 คะแนน โดยที่ควบคุมตัวแปรอิสระอื่น ๆ ในสมการ

+ 0.361 (ความรอบรู้ด้านสุขภาพ) หมายความว่า เมื่อมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ เพิ่มขึ้น 0.361 คะแนน โดยที่ควบคุมตัวแปรอิสระอื่น ๆ ในสมการ

+ 0.108 (แรงสนับสนุนทางสังคม) หมายความว่า เมื่อมีแรงสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ เพิ่มขึ้น 0.108 คะแนน โดยที่ควบคุมตัวแปรอิสระอื่น ๆ ในสมการ

โดยทั้ง 6 ปัจจัยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ ได้ร้อยละ 22.4 และสามารถเขียนสมการค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเมื่อมีอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ ร่วมด้วย ดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ ของผู้สูงอายุ อายุ 60-69 ปี ในอำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก

$$= 41.317 + 1.923 (\text{เพศหญิง}) + 1.637 (\text{สถานภาพสมรส}) + 1.927 (\text{มีโรคประจำตัว}) + 2.759 (\text{สุขภาพช่องปากดี}) + 0.092 (\text{ความรอบรู้ด้านสุขภาพ}) + 0.099 (\text{แรงสนับสนุนทางสังคม})$$

สำหรับปัจจัยอื่นๆ ที่ไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ ของผู้สูงอายุ อายุ 60-69 ปี ในอำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ บทบาทในชุมชน

บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ ของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม อายุ 60-69 ปี อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก จำนวน 292 คน จากผลวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression) แบบ Enter Method สามารถสรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1.ผลการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic)

ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.9 เป็นเพศชาย ร้อยละ 28.1 มีอายุอยู่ในช่วง 60 – 69 ปี ($\bar{x}$ = 64.2, S.D. = 2.65) โดยมี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 64.2 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.65 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 57.5 ส่วนมากประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 38.4 และบทบาทในชุมชน ส่วนใหญ่เป็นประชากรในชุมชน มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 63.0 โดยส่วนมากจะมีโรคประจำตัว ร้อยละ 61.3 และส่วนมากสุขภาพช่องปาก ดี ร้อยละ 80.1

ความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า มีระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 37.3 รองลงมา มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่ดี ร้อยละ 34.6 และน้อยที่สุดคือ ระดับดีมาก ร้อยละ 28.1 ($\bar{x}$ = 81.3, S.D. = 21.4) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านความรู้ความเข้าใจ ข้อ 2.ท่านสามารถอ่านฉลากอาหารที่ได้รับถึงวิธีการกิน การใช้ การเก็บรักษาได้ ($\bar{x}$ = 3.29, S.D. = 0.90) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การตัดสินใจ ข้อ 3.เมื่อท่านมีความเครียดจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ท่านมักจะไปขอคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($\bar{x}$ = 1.97, S.D. = 1.29)

แรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 82.0 รองลงมา คือ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง ร้อยละ 17.7 กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 33.5, S.D. = 5.14) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า แรงสนับสนุนที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 3.เมื่อท่านไม่สบายหรือมีนัดพบแพทย์ สมาชิกในครอบครัวของท่านได้ให้ความช่วยเหลือในการพาท่านไปพบแพทย์ ($\bar{x}$ = 4.42, S.D. = 0.82) และข้อที่

มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 6.ท่านได้รับการช่วยเหลือ/อุปกรณ์จากบุคลากรสาธารณสุข เมื่อจำเป็นหรือต้องการ ($\bar{x} = 3.92$, S.D.= 0.94)

พฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1พ ของผู้สูงอายุ อายุ 60-69 ปี พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1พ อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 64.4 รองลงมา คือ ระดับดี ร้อยละ 35.6 คะแนนพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ย 60.4 ± 5.44 คะแนน (คะแนนเต็ม 85 คะแนน) คะแนนต่ำสุด 45 คะแนน คะแนนสูงสุด 74 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการออกกำลังกาย ($\bar{x} = 4.49$, S.D.= 0.75) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การจัดการอารมณ์ ความเครียด ($\bar{x} = 2.97$, S.D.= 1.35)

2.ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1พ ของผู้สูงอายุ อายุ 60-69 ปี ในอำเภอบ้านตาก จังหวัดตากโดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบนำตัวแปรเข้าทั้งหมด (Enter multiple Regression)

พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1พ ของผู้สูงอายุ อายุ 60 -69ปี ในอำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เพศหญิง (Beta = 0.159 , P-value=0.007) สถานภาพสมรส (Beta = 0.145 ,P-value=0.008) มีโรคประจำตัว (Beta = 0.175,P-value=0.001) สุขภาพช่องปากที่ดี(Beta = 0.203 ,P-value <0.001) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Beta = 0.361 , P-value<0.001) และแรงสนับสนุนทางสังคม (Beta = 0.108 , P-value=0.043) ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์สามารถสร้างสมการในการพยากรณ์พฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1พ ของผู้สูงอายุ $41.317 + 1.923$ (เพศหญิง) + 1.637 (สถานภาพสมรส) + 1.927 (มีโรคประจำตัว) + 2.759 (สุขภาพช่องปากดี) + 0.092 (ความรอบรู้ด้านสุขภาพ) + 0.099 (แรงสนับสนุนทางสังคม)

ทั้งนี้ ตัวแปรทำนายดังกล่าวสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของตัวแปรตามได้ ร้อยละ 22.4

อภิปรายผลการวิจัย

พฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ ของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก ส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อภิปรายได้ว่า อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมปฏิบัติบางด้าน เช่น ด้านอาหาร ส่วนใหญ่มีความถี่การปฏิบัติ 3 วันต่อสัปดาห์ ได้แก่ ทานรับประทานผักและผลไม้สดที่ไม่หวานจัด อย่างน้อยวันละครึ่งกิโลกรัม ร้อยละ 30.1 สอดคล้องกับรายงานการตรวจสุขภาพคนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568 พบว่า กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปรับประทานผักเพียงพอต่อวันน้อยกว่ากลุ่มวัยทำงานและลดลงมากขึ้นเมื่ออายุมากกว่า 80 ปี (เริงฤติ ปธานวนิช, 2568) นอกจากนี้ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานอาหาร ที่มีแคลเซียมทุกวัน เช่น นม เพียงร้อยละ 11.3 ซึ่งพฤติกรรมรับประทานผักผลไม้ และแคลเซียม เป็นสิ่งสำคัญสำหรับวัยสูงอายุ เช่นเดียวกับด้านอารมณ์ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 21.9 ทำกิจกรรมที่ทำให้ผ่อนคลายตัวเองจากความเครียดเพียงแค่วันต่อสัปดาห์ ซึ่งควรได้รับการส่งเสริมให้ปฏิบัติเป็นประจำมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ พฤกษา มะหลัด, วรกร วิชัยโย และ จันวา ใจเที่ยง (2566) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 88.5 และ การศึกษาของ ประจักษ์ เพ็ญโพธิ์ (2563) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุอำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร พบว่า ผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 68.7 เช่นเดียวกับการศึกษาของ พิรารวรรณ เนื้อทอง, อาจินต์ สงทับ (2566) ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพของผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ พบว่า ผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.5

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ ของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว สุขภาพช่องปากดี ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทาง สังคม สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ ของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 22.4 อภิปรายผล การศึกษาตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

เพศ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.9 ขณะที่เพศชายมีร้อยละ 28.1 เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ พบว่า เพศหญิงมีความสัมพันธ์ เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.159, p = 0.007$) สอดคล้องกับทฤษฎี ของOrem (1980, p. 71 อ้างอิงใน นพรัตน์ หนูบ้านยาง, 2540, หน้า 64) กล่าวว่า เพศ เป็นปัจจัยที่ บ่งบอกถึงความแตกต่าง ทางด้านสรีรภาพ และเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความแตกต่างทางค่านิยม และยังเป็นตัวกำหนดบทบาท และบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชน และสังคม ผู้สูงอายุเพศชายจะเป็นผู้ ทำงานนอกบ้าน พบปะสังคมนอกบ้านมากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงที่ต้องดูแลบ้าน ดังนั้นพฤติกรรมบางอย่างที่มี ผลมาจากความแตกต่างระหว่างเพศ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา จึงทำให้เพศมีผลต่อพฤติกรรม

สุขภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของ วราภรณ์ ขาติพหล และคณะ (2564) ที่รายงานหาว่าเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) ความแตกต่างดังกล่าวอาจอธิบายได้จากบทบาททางสังคมและรูปแบบการใช้ชีวิตที่ทำให้เพศหญิงให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคมามากกว่า

สถานภาพสมรส กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 63.0 ตัวแปรสถานภาพสมรสมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส มีระดับพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโสด/หม้าย/หย่า/แยก สอดคล้องกับ ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ที่ระบุว่า การมีบุคคลใกล้ชิดช่วยลดความเครียดเพิ่มแรงจูงใจ และเป็นแหล่งข้อมูลสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ พฤกษา มะหัลดี, วรกร วิชัยโย และธันว ใจเที่ยง (2566) พบว่า การพักอาศัยอยู่กับคู่สมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุคิดเป็น 1.63 เท่าของผู้ที่อาศัยอยู่ลำพังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

โรคประจำตัว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 61.3 โรคประจำตัวมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก เนื่องจากวัยสูงอายุ เป็นวัยที่ร่างกายเสื่อมชราและมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะพิเศษแตกต่างจากวัยอื่น เรียกว่า “RAMPS” กล่าวคือ R: Reduced body reserve ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเนื่องจากความชรา A: atypical presentation ลักษณะทางเวชกรรมที่ไม่จำเพาะ M: multiple pathology มีพยาธิสภาพหลายชนิดในหลายระบบอวัยวะเวลาเดียวกัน P: polypharmacy ได้รับยาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน และ S: social adversity การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เช่น การเกษียณอายุจากการทำงาน การแยกบ้านของลูกหรือการจากไปของคู่ครอง (ลลิตา แก้ววิไล ,2565) ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย หรือมีโรคประจำตัวซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่อง และพบแพทย์ติดตามอาการเป็นประจำ ได้แก่ การตรวจติดตามผลเลือด การติดตามอาการหรือการรับยาตามแพทย์นัด ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลสุขภาพ คำแนะนำและการดูแลจากทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ นิทรากิจธีระวุฒินันท์ และคันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์ (2559) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน พบว่า การมีโรคประจำตัว เป็นปัจจัยส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\text{Beta} = 0.879$, $p\text{-value} = 0.02$)

สุขภาพช่องปาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสุขภาพช่องปากดี ร้อยละ 80.1 โดยมีจำนวนฟันแท้อย่างน้อย 20 ซี่หรือ 4 คู่สบ ไม่ต้องใส่ฟันเทียม และได้รับการตรวจจากทันตแพทย์ ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา ตัวแปรนี้มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพช่องปากดีจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่มีสุขภาพช่องปากไม่ดี สอดคล้องกับพูลพฤษ์

โสภารัตน และมนัญญา เรือจิตร (2566) พบว่า การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุเป็นเรื่องสำคัญ เพราะปากและฟันที่สะอาดจะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบาย ไม่เจ็บปวด กินอาหารได้ตามปกติ นอกจากนี้ สุขภาพช่องปากที่ดี ช่วยให้ผู้สูงอายุควบคุมโรคเรื้อรัง (NCD) โดยเฉพาะโรคเบาหวาน และการศึกษาของ Lipsky, Singh, Zakeri, & Hung (2024) พบว่า สุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับสุขภาพโดยรวม หากผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากดีจะทำให้คุณภาพชีวิตดี ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก มีความสัมพันธ์กับภาวะขาดสารอาหาร ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเพิ่มขึ้น เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรกระบบอื่นๆ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่แย่ลง ซึ่งพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Paganini-Hill, White, & Atchison (2011) พบว่า การแปรงฟันก่อนนอน การใช้ไหมขัดฟันทุกวัน และการไปพบทันตแพทย์ เป็นปัจจัยที่สำคัญของการมีสุขภาพฟันดี และการมีอายุยืน สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกกร โพธิ์ศรี และเกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์ (2558) พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ไม่มีผลต่อการสูญเสียฟันในอนาคต

ความรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 37.3 รองลงมา คือ มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่ดี ร้อยละ 34.6 และระดับดีมาก มีเพียงร้อยละ 28.1 (Mean = 81.3, S.D. = 21.4) จากผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ควรส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุมากขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้ และระดับที่ไม่ดี สอดคล้องกับการตอบแบบสอบถามในด้านการตัดสินใจ ข้อ 3 เมื่อท่านมีความเครียดจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ท่านมักจะไปขอคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทักษะการตัดสินใจในระดับน้อย (Mean = 1.97, S.D. = 1.29) จึงควรส่งเสริมทักษะการตัดสินใจ และการสื่อสารในการใช้บริการสุขภาพ อธิบายได้ว่า ถ้าหากผู้สูงอายุที่มีความรู้ด้านสุขภาพที่ดีจะเป็นปัจจัยหลักที่นำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น สอดคล้องกับนิยามของ Nutbeam (2008) ที่กล่าวว่า ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่ขึ้นาก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลให้เข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทางเพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับการศึกษาของสุภาพ ไทยแท้ ปริญาภรณ์ ณะบุญปวง และทิวา มหาพรหม (2564) พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.37, S.D. = 0.77) โดยความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้สูงสุด รองลงมา คือ แรงสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Beta = 0.67 0.49 0.31, p-value < 0.05 ตามลำดับ) โดยทั้ง 3 ตัวแปรร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 53.2 สอดคล้องกับการศึกษาของอนันต์ อภิศักดิ์ และศวิตา ศรีสวัสดิ์ (2566) พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ย 109.56 คะแนน ส่วนใหญ่ความรู้ด้านสุขภาพอยู่ใน

ระดับปานกลางและความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

แรงสนับสนุนทางสังคม ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 53.4) รองลงมา คือ ระดับมาก (ร้อยละ 41.8) และระดับน้อย (ร้อยละ 4.8) โดยมีค่าเฉลี่ย 29.4 คะแนน (S.D. = 5.95) เมื่อวิเคราะห์ด้วยการถดถอยพหุคูณ พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.108, p = 0.043$) สะท้อนให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างมีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในระดับที่เหมาะสมมากขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ House (1981) ซึ่งอธิบายว่าแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือการสนับสนุนทางอารมณ์จากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลในสังคม ซึ่งอาจส่งเสริมให้บุคคลสามารถดำรงพฤติกรรมที่เอื้อต่อสุขภาพได้ดีขึ้น ทั้งนี้แรงสนับสนุนดังกล่าวอาจมาจากครอบครัว เพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน หรือบุคลากรสาธารณสุข นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาของ ธันยานุช คำสีแก้ว และธนัช กนกเทศ (2567) ที่พบว่าแรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขและครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) รวมถึงการศึกษาของ พฤกษา มะหฺลัด, วรกร วิชัยโย และธันวา ใจเที่ยง (2566) ที่รายงานว่าผู้สูงอายุที่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรด้านสุขภาพ มีโอกาสแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้รับแรงสนับสนุนถึง 3.30 เท่า (95% CI = 1.89–5.75, $p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในหลายบริบท

การวิจัยครั้งนี้ได้ขยายกรอบแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุจากหลัก 3อ 2ส โดยบูรณาการ “1พ” (สุขภาพช่องปาก) เป็นองค์ประกอบร่วมในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1พ ของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงที่สุดต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ($\beta = 0.361, p < 0.001$) รองลงมา คือ สุขภาพช่องปากที่ดี ($\beta = 0.203, p < 0.001$) และการมีโรคประจำตัว ($\beta = 0.175, p = 0.001$) นอกจากนี้ เพศ สถานภาพสมรส และแรงสนับสนุนทางสังคมยังมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การพบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างการมีโรคประจำตัวกับพฤติกรรมสุขภาพ อาจสะท้อนว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในระบบบริการสุขภาพมีโอกาสได้รับข้อมูล คำแนะนำ และการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษานี้จึงชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพควบคู่กับการดูแลสุขภาพช่องปาก และการใช้กลไกสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยบริการสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรพัฒนาและดำเนินกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้สื่อและภาษาที่เข้าใจง่าย เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และเน้นการประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะประเด็นด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มสุรา และการดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

2. จากผลการศึกษาที่พบว่า การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ จึงควรบูรณาการการให้สุขศึกษาและการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพให้บริการแก่ผู้ที่ไม่โรคประจำตัว เพื่อสนับสนุนให้ผู้รับบริการสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่ออธิบายเหตุผลและแรงจูงใจของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อทำความเข้าใจปัจจัยเชิงลึกที่เอื้อต่อพฤติกรรมสุขภาพ และนำข้อมูลดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในการออกแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ยังไม่มีโรคประจำตัวให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ “3อ 2ส” ร่วมกับการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก (1พ) ในผู้สูงอายุ เพื่อทดสอบว่าสามารถเพิ่มคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหรือปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญหรือไม่

3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบทของอำเภอบ้านตาก เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างด้านแรงสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยแวดล้อมที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการพัฒนาแนวทางส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมตามบริบทพื้นที่



บรรณานุกรม

- กนกอร โพธิ์ศรี, และเกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียฟันของ ผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุ 60-74 ปี ในเขตและนอกเขตเทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารพันตาสืบสาน, 26(2), 73-86
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์ คอร์เปอร์เรชั่น จำกัด (มหาชน)
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2567, มิถุนายน). สถิติผู้สูงอายุ. สืบค้น 11 กรกฎาคม 2567 จาก https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2555
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2563). คู่มือมาตรฐาน ระบบบริการสุขภาพ ปี 2563 (ฉบับส่งเสริมและพัฒนาสถานพยาบาล). สืบค้น 9 สิงหาคม 2566, จาก <https://bkpho.moph.go.th>
- กรมอนามัย. (2562). คู่มือแนวทางการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กรมอนามัย ภายใต้แนวคิด “สุขเพียงพอ ชะลอชรา ชีวียืนยาว” ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งพบลิชซิ่ง จำกัด (มหาชน)
- กองบริหารการสาธารณสุข. (2565). แผนปฏิบัติราชการแผนการบูรณาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพ ผู้สูงอายุ(พ.ศ. 2566 – 2570). สืบค้น 20 มีนาคม 2567 จาก <https://phdb.moph.go.th>
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). แบบประเมินความรอบรู้ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ. 2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561. สืบค้น 12 มีนาคม 2567. จาก <https://www.nkp-hospital.go.th/th/H.ed/mFile/20180627124613.pdf>
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2567). คู่มือการดูแลสุขภาพตาม หลัก 3อ 2ส สำหรับแกนนำสุขภาพ สืบค้น 12 มีนาคม 2567. จาก <https://hed.hss.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/05/คู่มือการดูแลสุขภาพตามหลัก-3อ.2ส.-สำหรับแกนนำสุขภาพ.pdf>
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้. -- กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง, 2561. 228 หน้า
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : ขั้นพื้นฐาน ปฏิสัมพันธ์ วิจัยรณญาณ. กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง, 2562. 180 หน้า
- จิราภรณ์ ตุ่มทองคำ. (2560). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางละมุงอำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี. สืบค้น 15 กรกฎาคม 2567. จาก <https://buuir.buu.ac.th/handle/1234567890/8772>

- จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2561).พฤติกรรมสุขภาพ แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้. (พิมพ์ครั้งที่ 3).
พิษณุโลก: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร. สืบค้นจาก <https://www.nupress.grad.nu.ac.th>
- ฉันทานุช คำสีแก้ว และธนัช กนกเทศ.(2567). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ใน
ตำบลห้วยหม้าย อำเภอสอง จังหวัดแพร่. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น*,
4(4), 107-118.
- นิทรา กิจธีระวุฒิมวงษ์, และคันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ
ของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 11(1), 63-74.
- นิทรา กิจธีระวุฒิมวงษ์. (2561). *การวิจัยทางสาธารณสุข: จากหลักการสู่การปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 2).
มหาวิทยาลัยนเรศวร.พิษณุโลก
- ประจักษ์ เพ็ญโพธิ์. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอ
วังทรายพูน จังหวัดพิจิตร. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, 4(8),
210-223.
- ประไพพิศ สิงหเสม, พอเพ็ญ ไกรนา และวรารัตน์ ทิพย์รัตน์. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบ
รู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมตาม 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุ ตำบลหนองตรุด จังหวัดตรัง. *วารสาร
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 11(1), 37-51.
- ประสิทธิ์ ชมชื่น, ส.บ. ป. (2566). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลพยุห์
อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ*. สืบค้น 15 กรกฎาคม
2567.จาก <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/SJRH/article/view/1752>
- พงศธร ศิลาเงิน (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
ในจังหวัดพะเยา. *สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย
ธรรมศาสตร์*. สืบค้น 15 กรกฎาคม 2567.จาก [https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/
frontend/Info/item/dc:145437](https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:145437)
- พฤษภา มะหัตถ์, วรกร วิชัยโย และธันวา ใจเที่ยง. (2566). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ของผู้สูงอายุในอำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 9(03),
147-156.
- พรณิภา ภูกองพลอย. (2561).การพัฒนาวิธีการประมาณค่าข้อมูลสูญหายสำหรับการวัดซ้ำ
(ปริณญาานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจบัณฑิต).มหาวิทยาลัยมหาสารคาม สืบค้น 15 กรกฎาคม 2567.
จาก <http://202.28.34.124/dspace/bitstream/123456789/420/1/55010562002.pdf>
- พิราวรรณ เนื้อทอง, อาจินต์ สงทับ. (2566) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ในอำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์. *สาธารณสุขศาสตร์*

- มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร.พิษณุโลก. สืบค้น 15 กรกฎาคม 2567.
จาก <https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/handle/123456789/5170>
- พูลพฤกษ์ โสภารัตน์ และมนัญญา เรือจิตร. (2566). การดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุภาวะ
ฟันผุ. สืบค้น 15 กรกฎาคม 2567 จาก https://dental.anamai.moph.go.th/web-upload/5x9c01a3d6e5539cf478715290ac946bee/tiny_mce/Elderly/KPI2566/dental%20health%20for%20CM-final.pdf
- เริงฤดี ปธานวนิช. (2568). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7
พ.ศ. 2567-2568. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ,มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ:
ห้างหุ้นส่วนจำกัด แสงจันทร์การพิมพ์
- ลักขณา พงษ์ภุมมา และฐิติพร ยอดประเสริฐ. (2562) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชน
ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข.28(2), 236–243.
สืบค้น 11 มกราคม 2568 ,จาก <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/6415/6045>
- ลลิตา แก้ววิไล (2565). การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน: บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติ.วารสาร
พยาบาลสาธารณสุข, 36(1), 132-152.
- วิมล โรมา, ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, มธุรส ทิพย์มงคลกุล, ณัฐนารี เอมยงค์, นริมาลย์ นิละไพจิตร,
สายชล คล้อยเอี่ยม, และมุกดา สำนวนกลาง. (2561). โครงการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพ
ของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2560 ระยะที่ 1. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข
- วราภรณ์ ซาติพล. (2564). การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ.
2 ส. ตำบลโพธิ์กลาง อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการ สำนักงาน
ป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา, 27(2), 71-79.
- สมสุข ภาณุรัตน์, พรพรรณ ภูสาคัส, สุขฤดี อัครฤกษ์กุล พัทรี กระจำงโพธิ์, วิถี ฐะธรรม, และ
ภาสกร เนตรทิพย์วัลย์.(2562).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ
อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก.วารสารพยาบาลตำรวจ,11(1), 86–94
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนบริการสุขภาพ (สสส.). (2562). คู่มือรูปแบบการออกกำลังและสร้างผู้นำ
ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. <https://dol.thaihealth.or.th/Media/Pdfview/81d1ca01-01aa-ec11-80fa-00155db45613>
- สำนักงานทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2567). รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก
แห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566. (พิมพ์ครั้งที่1). สืบค้น 20 มีนาคม 2567,

- จาก <https://dental.anamai.moph.go.th/th/national-oral-health-survey-report/4952#wow-book/>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2567).การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567. สืบค้น 11 มกราคม 2568, จาก https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241209145003_27188.pdf
- สุขประเสริฐ ทับสี. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในอำเภอแก่งกระเจาน จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 3(1), 14-30
- สุภาพ ไทยแท้, ปริญญาภรณ์ ธนะบุญปวง และทิมา มหาพรหม. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร. วารสารแพทยนาวิ, 48(20) ,393-406.
- เอกภพ จันทร์สุคนธ์, และปัทมา สุพรรณกุล. (2563). แรงสนับสนุนทางสังคมกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย, 14(2),1-7
- อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2560). การสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย (Creating and Developing of Thailand Health Literacy Scales). (รายงานฉบับสมบูรณ์). จาก <http://bsris.swu.ac.th/upload/268335.pdf>
- อนันต์ อีฟติคาร์ และ ศวิตา ศรีสวัสดิ์. (2566). ปัจจัยความรอบรู้ทางสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดสกลนคร.วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 16(2), 31-40.
- Best, W. J. (1977). *Research in Education*. 3rd ed. New Jersey: Prentice-Hall.
- Bloom, B.S. (1975). *Taxonomy of Education*. New York: David McKay Company.
- Cronbach. Lee J. (1970). *Essentials of Psychological Testing*. 3rd.ed., New York: Harper&Row
- Health Data Center [HDC]. (2024). รายงานผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุจำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน(ADL). สืบค้น 11 กรกฎาคม 2567.จาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- Hiller, J., Schatz, K., & Drexler, H. (2017). Gender influence on health and risk behavior in primary prevention: A systematic review. *Journal of Public Health*, 25(4), 339–349.
- House, J. S. (1981). The nature of social support. In M.A. Reading (Ed.), *Work stress and social support* (pp. 13-23). Philadelphia: Addison Wesley

- Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 22 140, 55.
- Lipsky, M. S., Singh, T., Zakeri, G., & Hung, M. (2024). Oral Health and Older Adults: A Narrative Review. *Dentistry journal*, 12(2), 30.
- Liu Y-B, Liu L, Li Y-F Chen Y-L. Relationship between Health Literacy, Health-Related Behaviors and Health Status: A Survey of Elderly Chinese. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2015; 12(8):9714-9725. <https://doi.org/10.3390/ijerph120809714>
- Nutbeam D.(2000) Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*. 15(3). 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), pp. 2072–2078.
- Paganini-Hill, A., White, S. C., & Atchison, K. A. (2011). Dental health behaviors, dentition, and mortality in the elderly: The leisure world cohort study. *Journal of Aging Research*, Retrieved January 11, 2025, from <https://doi.org/10.4061/2011/156061>.
- Pender, N.J. (1987) . *Health Promotion in nursing practice*. (2nd ed.). New York: Appleton & Lange
- Preston, J. & Biddell, B. (2021). The physiology of ageing and how these changes affect older people. *Medicine*, 49(1), 1-5.
- Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80)
- Wayne W., D. (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences* (6th ed.). John Wiley&Sons, Inc,180. 20
- World Health Organization (1998). *Health Promotion Glossary*. Division of Health Promotion, Education and Communications, Health Education and Health Promotion Unit, World Health Organization. Geneva.

World Health Organization. (2012). Guideline: Sodium intake for adults and children.

World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/77985>

World Health Organization. (2019). World report on ageing and health. World Health

Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>

World Health Organization. (2020). WHO guidelines on physical activity and sedentary

behavior. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/336656>

World Health Organization. (2023). Ageing and health. [https://www.who.int/news-](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health)

[room/fact-sheets/detail/ageing-and-health](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health)





ภาคผนวก

ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ศึกษา

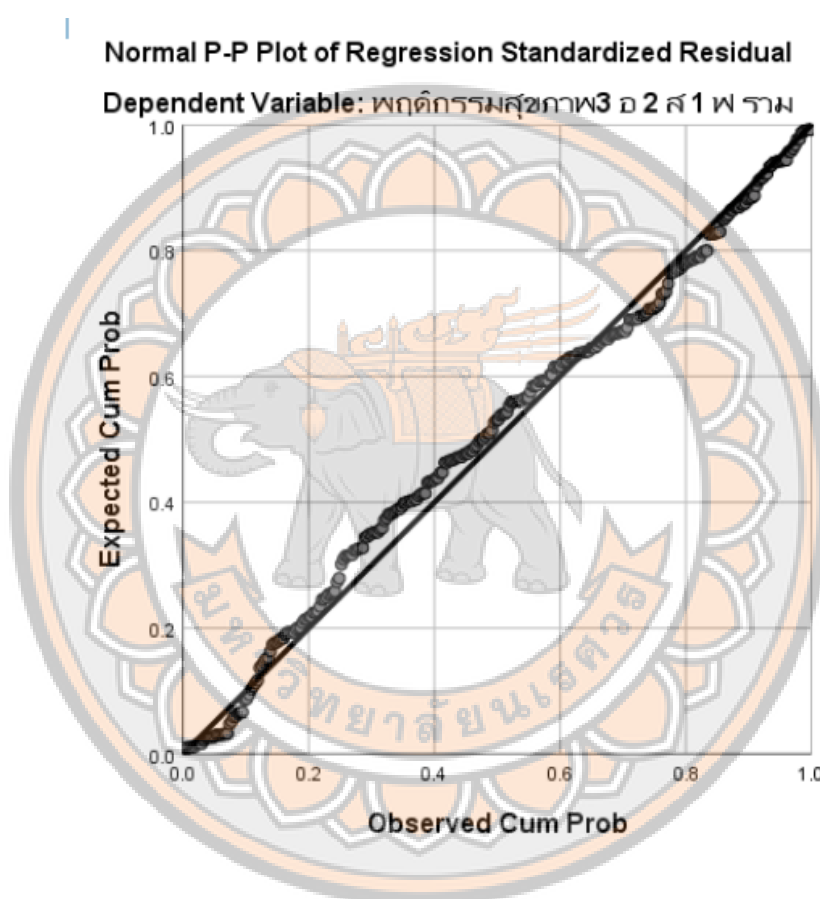
1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรือง
อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
2. ดร.จุฑารัตน์ รักประสิทธิ์
อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
3. นายวิเชียร คำอ่วม
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่สลด



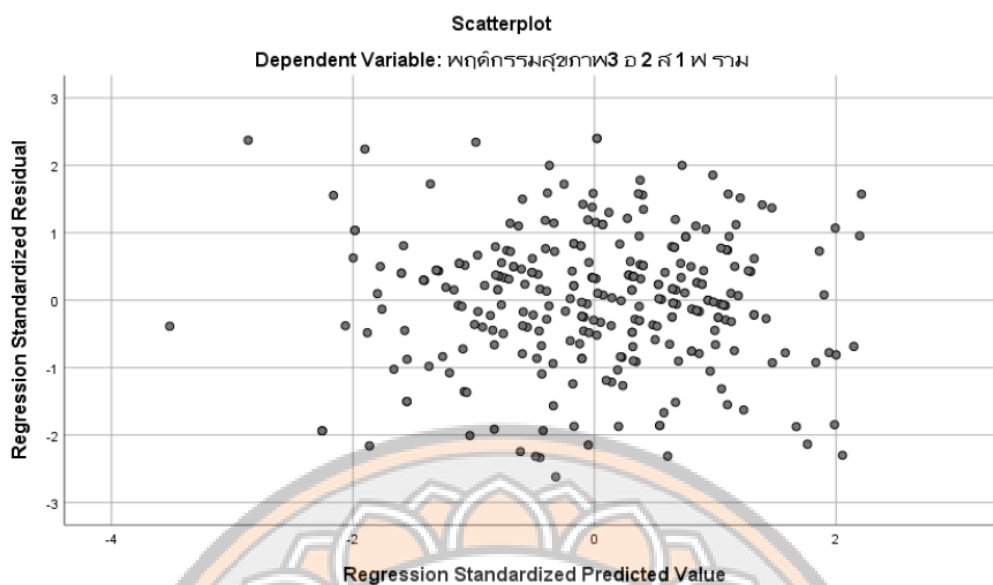
ภาคผนวก ข การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ดังนี้

1. ตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของค่าความคลาดเคลื่อน (Data Distributions) พบว่าการแจกแจงค่าความคลาดเคลื่อนมีการเกาะหรืออยู่ไม่ห่างจากเส้นทแยงมุม หมายความว่าค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ



2. การตรวจสอบค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ตัวแปรพยากรณ์ที่มีค่าคงที่ (Homoscedasticity) พบว่า ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีการกระจายบริเวณค่าศูนย์ กล่าวคือ ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรทุกตัวมีค่าคงที่ (Homoscedasticity)



3. ตรวจสอบความเป็นอิสระต่อกันของค่าความคลาดเคลื่อนระหว่างตัวแปรพยากรณ์ และตัวแปรเกณฑ์ (Autocorrelation) โดยการตรวจสอบค่า Durbin-Watson พบว่ามีค่าเท่ากับ 1.906 ซึ่งมีค่าใกล้ 2 (อยู่ในช่วง 1.5-2.5) หมายความว่า ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรพยากรณ์ และตัวแปรเกณฑ์ มีความเป็นอิสระต่อกัน หรือไม่มีความสัมพันธ์กัน

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.501 ^a	.251	.224	4.795	1.906

a. Predictors: (Constant), แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม, Dummyโรค, Dummyสถานภาพสมรส, Dummyบทบาทในชุมชน, Dummyสุขภาพช่องปาก, Dummyอาชีพ, อายุ, Dummyการศึกษา, Dummyเพศ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม

b. Dependent Variable: พฤติกรรมสุขภาพ 3 ข้อ 2 ข้อ 1 รวม

4. การตรวจสอบค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0 ($E(e) = 0$) หาค่าเฉลี่ยค่า a และ b โดยทำให้ผลบวกกำลังสองของความคลาดเคลื่อนมีค่าต่ำสุด จะทำให้ $\sum e_i = 0$ ซึ่งค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อน $= E(e) = \sum e_i/n = 0$ ดังนั้น เงื่อนไขนี้เป็นจริงเสมอ

ทดสอบโดยใช้สถิติ t-test

H_0 : ค่าเฉลี่ยของค่าความคลาดเคลื่อน = 0

H_a : ค่าเฉลี่ยของค่าความคลาดเคลื่อน ไม่เท่ากับ 0

กำหนดระดับนัยสำคัญ (p-value) = 0.05

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	2160.061	10	216.006	9.393	.000 ^b
	Residual	6461.830	281	22.996		
	Total	8621.890	291			

a. Dependent Variable: พฤติกรรมสุขภาพ3 อ 2 ส 1 ฟ รวม

b. Predictors: (Constant), แรงสนับสนุนทางสังคม, Dummyโรค, Dummyสถานภาพสมรส, Dummyบทบาทในชุมชน, Dummyสุขภาพช่องปาก, Dummyอาชีพ, อายุ, Dummyการศึกษา, Dummyเพศ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพองค์รวม

จากผลการทดสอบพบว่าค่า p-value = 1.000 ซึ่งมากกว่าค่า 0.05 ตามที่กำหนดไว้ จึงยอมรับค่า H_0 : ค่าเฉลี่ยของค่าความคลาดเคลื่อน (e) = 0 นั่นคือ ค่าเฉลี่ยของค่าความคลาดเคลื่อนไม่ต่างจาก 0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. การตรวจสอบความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Multicollinearity) โดยดูจากค่า VIF (Variance Inflation Factor) และค่า Tolerance พบว่า ค่าของตัวแปร VIF ที่มีค่ามากที่สุด คือ 1.363 ซึ่งไม่เกิน 10 และค่า Tolerance ที่มีค่าน้อยที่สุด คือ .734 ซึ่งไม่ต่ำกว่า 0.2 แสดงว่าตัวแปรอิสระทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กันเอง หรือไม่มีภาวะ Multicollinearity

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		95.0% Confidence Interval for B		Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta	t	Sig.	Lower Bound	Upper Bound	Tolerance VIF
1	(Constant)	41.317	7.278		5.677	.000	26.991	55.643	
	Dummyเพศ	1.923	.706	.159	2.725	.007	.534	3.312	.783 1.277
	อายุ	.046	.112	.023	.414	.679	-.174	.266	.899 1.113
	Dummyการศึกษา	.091	.609	.008	.150	.881	-1.107	1.290	.879 1.137
	Dummyอาชีพ	.279	.697	.021	.400	.689	-1.093	1.650	.938 1.066
	Dummyบทบาทในชุมชน	-.428	.678	-.039	-.631	.529	-1.762	.906	.689 1.451
	Dummyสถานภาพสมรส	1.637	.611	.145	2.682	.008	.435	2.839	.906 1.103
	Dummyโรค	1.927	.589	.175	3.271	.001	.767	3.086	.929 1.077
	Dummyสุขภาพช่องปาก	2.759	.713	.203	3.872	.000	1.356	4.162	.974 1.026
	ความรอบรู้ด้านสุขภาพองค์รวม	.092	.015	.361	6.065	.000	.062	.121	.753 1.328
	แรงสนับสนุนทางสังคม	.099	.049	.108	2.032	.043	.003	.195	.939 1.065

a. Dependent Variable: พฤติกรรมสุขภาพ3 อ 2 ส 1 ฟ รวม



ประกาศบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เรื่อง อนุมัติให้นิสิตระดับปริญญาโทดำเนินการทำวิจัย
ครั้งที่ ๑๑๙/๒๕๖๘

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้ นางสาวศิริกาญจน์ นกผึ้ง รหัสประจำตัว ๖๖๐๖๒๔๙๑ นิสิตระดับ
ปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ดำเนินการทำวิจัยตามโครงงานวิทยานิพนธ์ที่เสนอ

เรื่อง ภาษาไทย “ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ๓ อ ๒ ส ๑ ฟ ของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านตาก
จังหวัดตาก”

ภาษาอังกฤษ “FACTORS AFFECTING TO HEALTH BEHAVIOR 3 E 2 S 1 F AMONG ELDERLY
PEOPLE IN BAN TAK DISTRICT, TAK PROVINCE”

โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรภรณ์ ยิ่งเอี่ยม เป็นประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ทั้งนี้ ในการทำวิจัยหากเกี่ยวข้องกับการวิจัยในมนุษย์ การวิจัยในสัตว์ หรือความปลอดภัยทางชีวภาพ
ให้ดำเนินการขอรับรองไปยังคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง และเริ่มดำเนินการวิจัยในส่วนนั้นๆ หลังได้รับการรับรอง
จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๑๖ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๘

(รองศาสตราจารย์ ดร.กรองกาญจน์ ชูทิพย์)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร

COA No. 156/2025
IRB No. P2-0027/2568

AF 11/6.0



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 8721

หนังสือรับรองโครงการวิจัยครั้งแรก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2 ส 1 พ ของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านดง จังหวัดตาก
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวศิริกาญจน์ นกขี้
สังกัดหน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา : ผศ.ดร.วราภรณ์ ยังเอี่ยม
วิธีทบทวน : แบบเร่งรัด
รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี
เอกสารรับรอง

1. IF 01 Non-intervention Study เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 29 พฤษภาคม 2568
2. IF 02 Conflict of Interest and Funding Form เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 09 มีนาคม 2568
3. IF 03 (สำหรับอาสาสมัครที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปีขึ้นไป กลุ่มทดสอบคุณภาพเครื่องมือ) เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 04 เมษายน 2568
4. IF 03 (สำหรับอาสาสมัครที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปีขึ้นไป) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 09 มีนาคม 2568
5. IF 04 (สำหรับอาสาสมัครที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปีขึ้นไป กลุ่มทดสอบคุณภาพเครื่องมือ) เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 26 เมษายน 2568
6. IF 04 (สำหรับอาสาสมัครที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปีขึ้นไป) เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 26 เมษายน 2568

7. IF 05 ประวัติผู้วิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 11 มกราคม 2568
8. IF 06 งบประมาณ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 11 มกราคม 2568
9. โครงร่างวิทยานิพนธ์ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 11 มกราคม 2568
10. แบบประเมินADL,Mini-cogในผู้สูงอายุ เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 29 พฤษภาคม 2568
11. แบบสอบถามการวิจัย เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 29 พฤษภาคม 2568

ลงนาม

Chiraporn Chiraporn

(รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริลักษณ์ ธีระภูธร)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง : 29 พฤษภาคม 2568

วันหมดอายุ : 29 พฤษภาคม 2569

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติตามดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือแบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวรเท่านั้น และส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวให้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจริงรายแรกมาที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใด ๆ ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ภายในระยะเวลาที่กำหนดในวิธีดำเนินการมาตรฐาน (SOPs)
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อน อย่างน้อย 1 เดือน
6. หากผู้วิจัยส่งรายงานความก้าวหน้าหลังใบรับรองหมดอายุ และยังไม่ได้รับรับรองฉบับใหม่ ผู้วิจัยจะต้องหยุดดำเนินการวิจัยส่วนที่เกี่ยวกับการรับอาสาสมัครใหม่ นับตั้งแต่หลังวันใบรับรองหมดอายุจนกว่าจะได้รับใบรับรองฉบับใหม่
7. หากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ผู้วิจัยต้องแจ้งปิดโครงการตามแบบฟอร์มของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

*รายชื่อของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ชื่อและตำแหน่ง) ที่เข้าร่วมประชุม ณ วันที่พิจารณารับรองโครงการวิจัย (หากร้องขอล่วงหน้า)



ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่องหรือเติมข้อมูลในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ ☐ 1.ชาย ☐ 2.หญิง
2. ปัจจุบันท่านอายุ ปี (ถ้าเกิน 6 เดือน นับเป็น 1 ปี)
3. ท่านจบการศึกษาสูงสุดชั้นใด
 - ☐ 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ ☐ 2.ระดับประถมศึกษา ☐ 3.ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น
 - ☐ 4.ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ☐ 5.อนุปริญญา/ปวส. ☐ 6.ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า
4. อาชีพ
 - ☐ 1. ว่างาน ☐ 2.เกษตรกร ☐ 3.ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 - ☐ 4. รับจ้าง ☐ 5.ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว ☐ 6.อื่นๆระบุ.....
5. บทบาทของท่านในชุมชน
 - ☐ 1.อสม. ☐ 2.ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน/กรรมการหมู่บ้าน ☐ 3.ปราชญ์ชุมชน ☐ 4.ประชาชนในชุมชน
6. สถานภาพสมรส
 - ☐ 1. โสด ☐ 2.สมรส ☐ 3.หม้าย /หย่า/แยกกันอยู่
7. โรคประจำตัว
 - ☐ 1. ไม่มี
 - ☐ 2. มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - ☐ ความดันโลหิตสูง ☐ เบาหวาน ☐ ไขมันในเลือดสูง ☐ หัวใจ ☐ อื่นๆ
8. สุขภาพช่องปาก (หากตอบไม่ใช่ 2 ใน 3 หมายถึงมีสุขภาพช่องปากที่ดี)
 - ท่านมีจำนวนฟันแท่นน้อยกว่าเกณฑ์(อย่างน้อย20ซี่หรือ4คู่สับ) หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
 - ท่านจำเป็นต้องใส่ฟันเทียมหรือทำฟันเทียม หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
 - ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านไม่ได้รับการตรวจหรือรักษาจากทันตแพทย์ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน ซึ่งในแต่ละข้อให้ท่าน เลือกเพียงคำตอบเดียว

ข้อคำถาม	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุก ครั้ง	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	นาน ๆครั้ง	ไม่ปฏิบัติ/ ไม่เคย
องค์ประกอบที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ					
1.เมื่อท่านต้องการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพและวิธีป้องกันตนเอง ท่านสามารถเข้าถึง/เลือกแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้โดยทันที					
2.ท่านสามารถค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ต้องการจากหลายแหล่ง ได้ เช่น จากผู้รู้ สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อออนไลน์ จนได้ข้อมูลที่ถูกต้อง					
3.ท่านมีการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ 2 ส 1 พ โดยสืบค้นหรือสอบถามจากหลายๆ แหล่ง					
4.ท่านสามารถติดต่อเบอร์สายด่วนสุขภาพที่จะให้การช่วยเหลือด้านสุขภาพ เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินหรือปัญหาสุขภาพได้					
5.ท่านรับฟังข้อมูลด้านสุขภาพจากการฟังผู้อื่นพูด บอกเล่า หรืออธิบาย เช่น ญาติ เพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์					
องค์ประกอบที่ 2 ด้านความรู้ ความเข้าใจ					
6.ท่านสามารถเข้าใจข้อมูลหรือคำแนะนำจากคู่มือหรือจากสื่อสาธารณะต่างๆ ว่าจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไร ตามหลัก 3 อ 2 ส 1 พ					
7.ท่านสามารถอ่านและเข้าใจคำอธิบายที่ฉลากอาหาร เช่น วิธีการรับประทาน การเก็บรักษา					
8.ท่านสามารถอ่านและเข้าใจข้อมูลสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 พ ที่นำเสนอในรูปแบบของสัญลักษณ์และคำศัพท์					

ข้อคำถาม	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุก ครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ/ ไม่เคย
9. ท่านสามารถจำข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวตามหลัก 3 อ 2 ส 1 พ ที่ได้รับจากสื่อสาธารณะต่างๆ หรือบุคลากรทางการแพทย์ ได้อย่างถูกต้อง					
10. ท่านสามารถทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวตามหลัก 3 อ 2 ส 1 พ ที่ได้รับจากสื่อสาธารณะต่างๆ หรือบุคลากรทางการแพทย์ ได้อย่างชัดเจน					
องค์ประกอบที่ 3 ด้านทักษะการสื่อสาร					
11. ท่านสามารถขอคำปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ได้ข้อมูลตามที่ต้องการ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวตามหลัก 3 อ 2 ส 1 พ					
12. ท่านสามารถอธิบายปัญหาสุขภาพของท่าน เพื่อให้ผู้ให้บริการสุขภาพเข้าใจ					
13. ท่านสามารถถามคำถามเพิ่มเติมเมื่อไม่เข้าใจข้อมูลหรือคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์					
14. ท่านสามารถแสดงออกในการพูด อ่าน หรือเขียนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวตามหลัก 3 อ 2 ส 1 พ เพื่อให้บุคคลอื่นเข้าใจ					
15. ท่านสามารถอธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวตามหลัก 3 อ 2 ส 1 พ ให้กับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน เพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างเข้าใจ					
องค์ประกอบที่ 4 ทักษะการจัดการตนเอง					
16. ท่านสังเกตปริมาณและคุณค่าทางโภชนาการของอาหารที่กิน ให้พอเหมาะกับตนเองในแต่ละมื้อ					
17. ท่านวางแผนเป้าหมายของการออกกำลังกาย และทำให้ได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ได้					

ข้อคำถาม	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุก ครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆครั้ง	ไม่ปฏิบัติ/ ไม่เคย
18.ท่านประเมินอารมณ์ตนเอง โดยหากพบว่ามีความเครียด ท่านจะจัดการเพื่อลดความเครียดนั้นลงด้วยวิธีการที่ดีต่อสุขภาพของท่าน					
19.ท่านได้มีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตนตามที่ได้ตั้งใจไว้เพื่อการเสริมสร้างสุขภาพตนเอง ตามหลัก 3 อ 2 ส 1 พ					
20.ท่านปรับปรุงสภาพแวดล้อมรอบตัวเอง เพื่อให้ท่านมีการปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง ตามหลัก 3 อ 2 ส 1 พ ได้มากขึ้น					
องค์ประกอบที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อ					
21.เมื่อท่านเห็นโฆษณาสินค้าเกี่ยวกับสุขภาพทางโทรทัศน์ และเกิดความสนใจ ท่านจะต้องหาข้อมูลจากหลายแหล่งเพิ่มเติมเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนตัดสินใจซื้อ					
22.เมื่อท่านเห็นโฆษณาสินค้าในที่สาธารณะหรือจากเว็บไซต์แล้วเกิดความสนใจในสินค้านั้น ท่านจะหาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งอื่นๆ เพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือของสินค้า ก่อนตัดสินใจซื้อ					
23.ท่านใช้เหตุผลวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสียเพื่อเลือกรับข้อมูลด้านสุขภาพจากสื่ออื่น ก่อนที่จะปฏิบัติตาม					
24.เมื่อท่านเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ ท่านมีการวิเคราะห์และประเมินความถูกต้องของเนื้อหา โดยไม่เชื่อในทันที					
25.เมื่อท่านได้แลกเปลี่ยน พูดคุย วิพากษ์วิจารณ์ เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ 2 ส 1 พ กับผู้อื่น ท่านจะมีการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับ ก่อนตัดสินใจเชื่อและปฏิบัติตาม					

ข้อคำถาม	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุก ครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆครั้ง	ไม่ปฏิบัติ/ ไม่เคย
องค์ประกอบที่ 6 การตัดสินใจ					
26.เมื่อท่านไปงานเลี้ยงสังสรรค์ที่บ้าน เพื่อน แล้วโดนชักชวนให้ดื่มเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ ท่านมักจะปฏิเสธ					
27.เมื่อท่านไปงานเลี้ยงสังสรรค์ที่บ้าน เพื่อน แล้วได้รับเชิญทานอาหารที่มีไขมัน สูง ท่านมักจะปฏิเสธ					
28.เมื่อท่านมีความเครียดจากสถานการณ์ ที่เกิดขึ้น ท่านมักจะไปขอคำแนะนำจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
29.หากท่านและเพื่อนของท่าน ออกกำลังกาย ด้วยกันเป็นประจำ แต่ปรากฏว่าเพื่อน ของท่านไม่มาออกกำลังกาย ท่านจะเป็น คนไปชวนให้มาออกกำลังกาย					
30.เมื่อผู้อื่นชวนท่านสูบบุหรี่ ท่านจะ ปฏิเสธและแนะนำให้ผู้อื่นลด/เลิกสูบ					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน ซึ่งในแต่ละข้อให้ท่านเลือกเพียงคำตอบเดียว

ข้อความถาม	ระดับความเป็นจริงกับตัวท่าน				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
31.เมื่อท่านมีปัญหาหรือมีความกังวลใจเกี่ยวกับสุขภาพ สมาชิกในครอบครัวของท่านได้ให้คำปรึกษาหรือคำแนะนำแก่ท่าน					
32.เมื่อท่านไม่สบาย สมาชิกในครอบครัวของท่านได้จัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมให้ท่านรับประทาน					
33.เมื่อท่านไม่สบายหรือมีนัดพบแพทย์ สมาชิกในครอบครัวของท่านได้ให้ความช่วยเหลือในการพาท่านไปพบแพทย์					
34.ท่านได้รับความช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพตัวเอง จากสมาชิกในครอบครัวของท่าน เมื่อจำเป็นหรือต้องการ					
35.ท่านได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขในการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3 อ 2 ส 1 พ					
36.ท่านได้รับการช่วยเหลือ/อุปกรณ์จากบุคลากรสาธารณสุข เมื่อจำเป็นหรือต้องการ					
37.บุคลากรสาธารณสุขได้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมแก่ตัวของท่าน (เนื้อปลา ผักสด ผลไม้สด)					
38.ท่านได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขในการเข้ารับการตรวจคัดกรองโรค					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2 ส 1 พ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน ซึ่งในแต่ละข้อให้ท่าน เลือกเพียงคำตอบเดียว

ข้อคำถาม	ความถี่ในการปฏิบัติโดยเฉลี่ย/สัปดาห์				
	ปฏิบัติ 6-7 วัน/ สัปดาห์	ปฏิบัติ 4-5 วัน/ สัปดาห์	ปฏิบัติ 3 วัน/ สัปดาห์	ปฏิบัติ 1-2 วัน/ สัปดาห์	ไม่เคย ปฏิบัติ
การบริโภคอาหาร					
39.ท่านรับประทานผักและผลไม้สดที่ไม่หวานจัด อย่างน้อยวันละครึ่งกิโลกรัม					
40.ท่านรับประทานอาหารที่มีแคลเซียม เช่น นม ปลาเล็ก ปลาน้อย เพื่อเสริมสร้างกระดูก					
41.ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารทอด แกงกะทิ เนื้อติดมัน เป็นต้น					
42.ท่านรับประทานของหวาน ขนมที่มีรสหวาน เช่น ลูกอม หรือผลไม้ที่มีน้ำตาลสูง					
43.ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม น้ำชาสมุนไพร					
44.ท่านรับประทานอาหารรสเค็ม หมักดอง หรือเติมน้ำปลาเพิ่มในอาหาร					
การออกกำลังกาย					
45.ท่านออกกำลังกายเพื่อฝึกการทรงตัว เช่น รำไม้พอง โยคะ เต้นรำจังหวัดบาลิโลป วันละ 30 นาที					
46.ท่านเคลื่อนไหวร่างกายต่อเนื่องด้วยการทำกิจวัตรประจำวันประมาณ 30 นาทีต่อวัน เช่น เดินไปทำงาน ทำงานบ้าน ทำงานโดยใช้แรง					
การจัดการอารมณ์ความเครียด					
47.ท่านทำกิจกรรมที่ทำให้ผ่อนคลายตัวเองจากความเครียด เช่น สวดมนต์					

ข้อคำถาม	ความถี่ในการปฏิบัติโดยเฉลี่ย/สัปดาห์				
	ปฏิบัติ 6-7 วัน/ สัปดาห์	ปฏิบัติ 4-5 วัน/ สัปดาห์	ปฏิบัติ 3 วัน/ สัปดาห์	ปฏิบัติ 1-2 วัน/ สัปดาห์	ไม่เคย ปฏิบัติ
48.ท่านสังเกตความผิดปกติของร่างกาย และจิตใจตนเองที่อาจเกิดจาก ความเครียด และหาวิธีการจัดการ					
การสูบบุหรี่					
49.ท่านสูบบุหรี่หรือยาสูบ					
50.ท่านอยู่ใกล้ชิด/ได้รับควันบุหรี่จาก บุคคลอื่น					
การดื่มสุรา					
51.ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ไวน์ เหล้า ขาว ยาแดงเหล้า					
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก					
52.ท่านแปรงฟันทุกเช้าและก่อนนอน					
53.ท่านใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของ ฟลูออไรด์					
54.เมื่อมีเศษอาหารติดอยู่ตามซอกฟัน ที่ ไม่สามารถแปรงฟันออกมาได้ ท่านใช้ไหม ขัดฟันดึงเศษอาหารออก					