



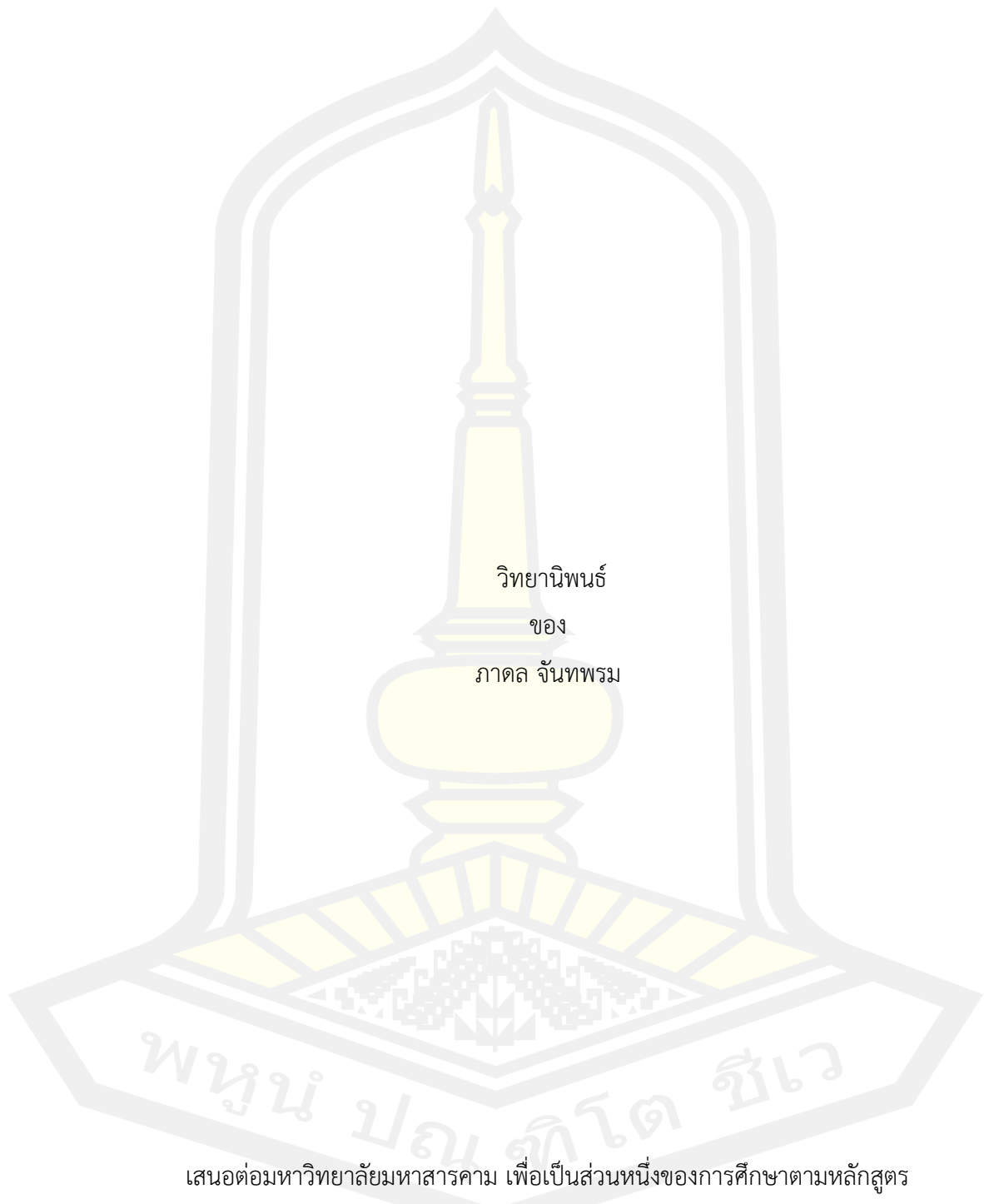
ผลของการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-2019

วิทยานิพนธ์
ของ
ภาคล จันทพรม

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
มิถุนายน 2565

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผลของการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-2019



วิทยานิพนธ์
ของ
ภาคล จันทพรหม

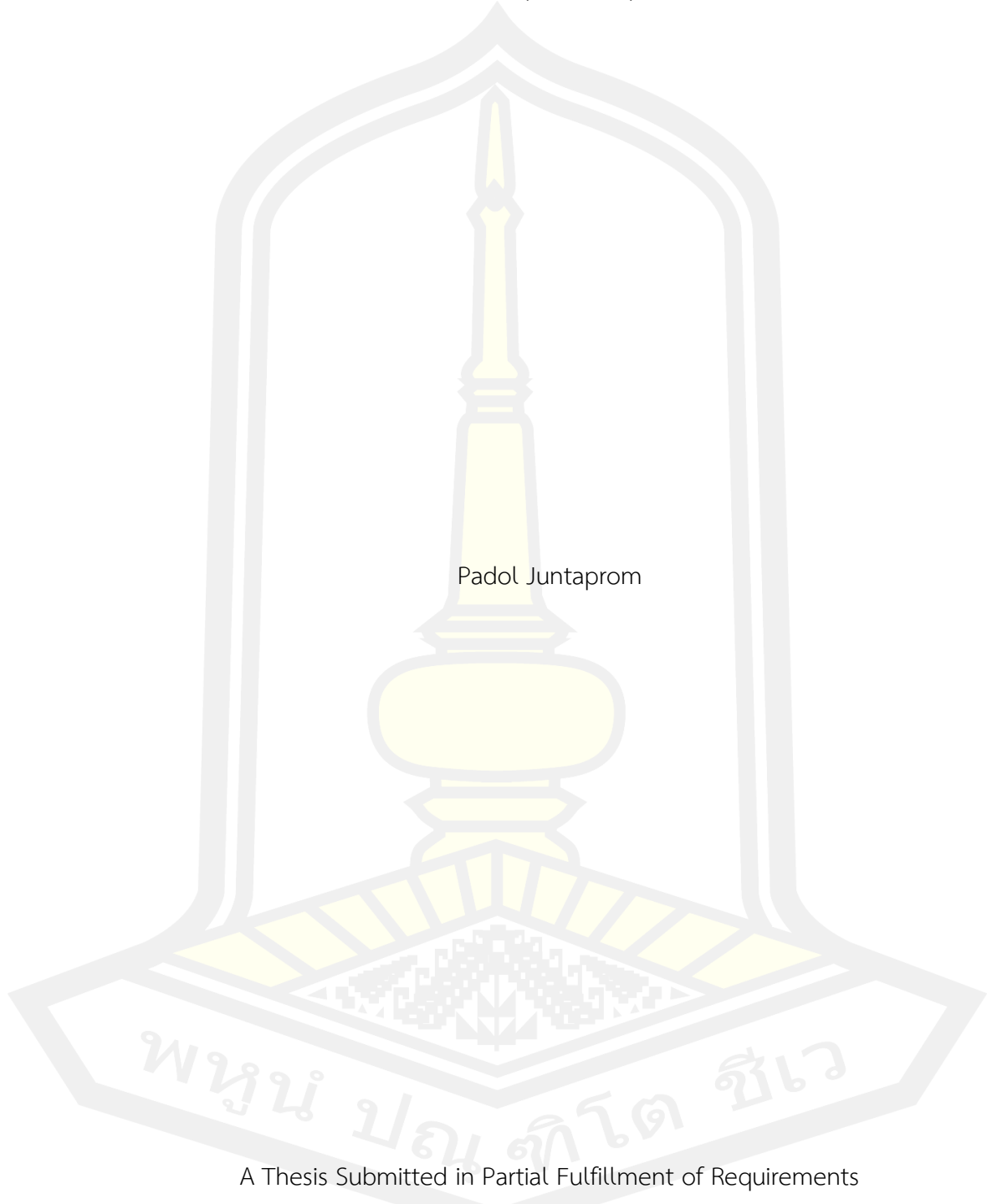
เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

มิถุนายน 2565

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Effects of Using Health Care Program for Elderly in Spreading of Coronavirus Disease
2019 (COVID-19)

Padol Juntaprom



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Master of Public Health (Public Health)

June 2022

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนายภาค จันทพรหม แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. นิตยา เพ็ญศิริินภา)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(อ. ดร. เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์)

..... กรรมการ

(รศ. ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต)

..... กรรมการ

(ผศ. ดร. จตุพร เหลืองอุบล)

มหาวิทยาลัยขอนแก่นให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

.....
(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

.....
(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ผลของการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-2019		
ผู้วิจัย	ภาคล จันทพรหม		
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. สุภัทนา กลางคาร อาจารย์ ดร. เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหา	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2565

บทคัดย่อ

การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 เพื่อป้องกันการติดเชื้อ อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดการถดถอยของร่างกายและสมองเนื่องจากการเก็บตัวอยู่บ้านเป็นเวลานาน การวิจัยกึ่งทดลองนี้ เพื่อศึกษาผลของการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ตามหลัก 5 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ เอนกายพักผ่อน และออกห่างสังคมนอกบ้าน) กลุ่มตัวอย่างที่คือ ผู้สูงอายุติดบ้าน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มควบคุม 35 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ ระยะเวลาในการทดลอง 10 สัปดาห์ การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการทดลองใช้สถิติ t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติตัวหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และมีพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 ภายหลังจากการทดลองของกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนภายหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง ($p < 0.05$) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) 2. พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ภายหลังจากการทดลองของกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม

สุขภาพผู้สูงอายุภายหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง ($p < 0.05$) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

คำสำคัญ : การดูแลผู้สูงอายุ, สถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19



TITLE	Effects of Using Health Care Program for Elderly in Spreading of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)		
AUTHOR	Padol Juntaprom		
ADVISORS	Associate Professor Sumattana Glangkarn , Ph.D. Terdsak Promarak , Ph.D.		
DEGREE	Master of Public Health	MAJOR	Public Health
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2022

ABSTRACT

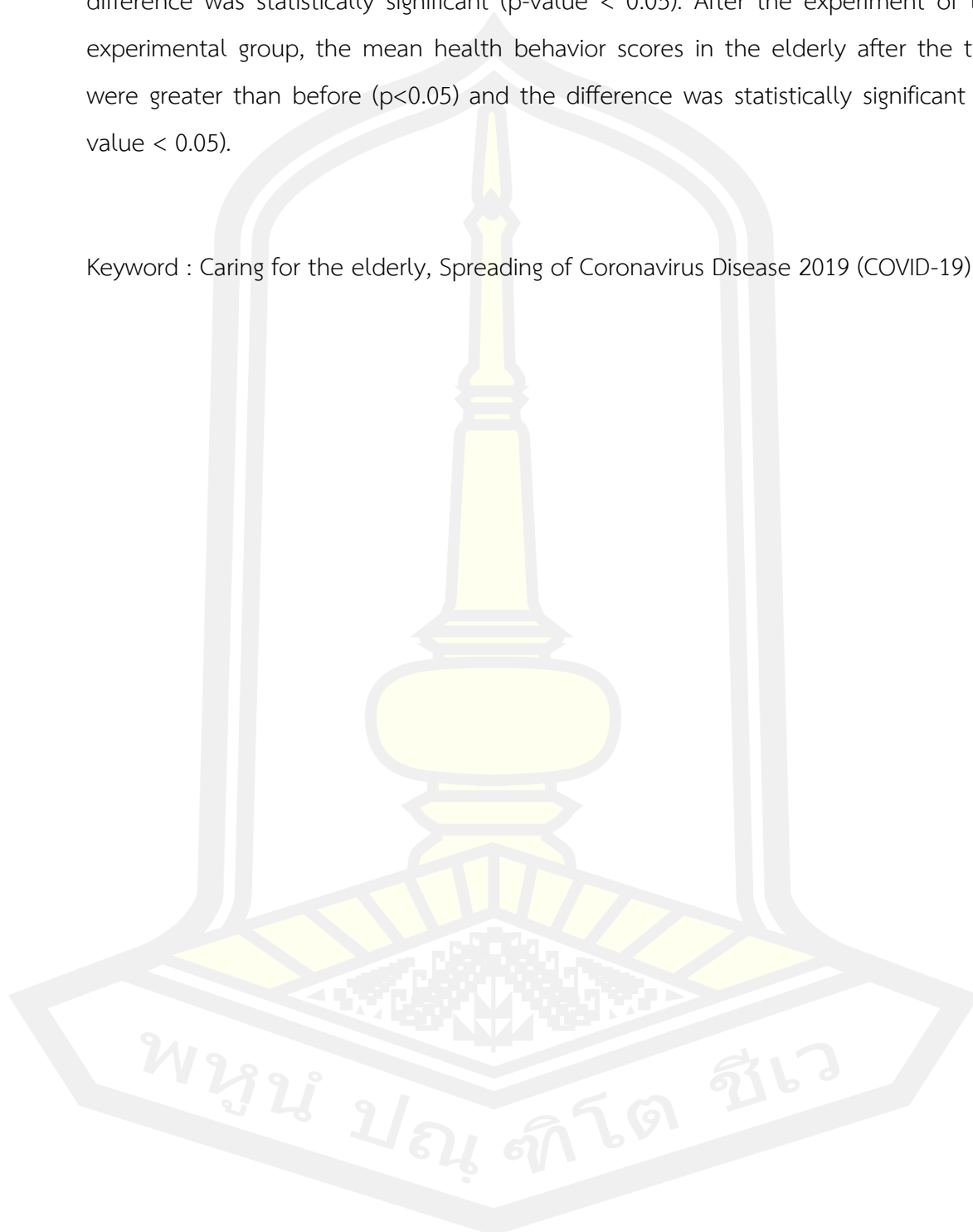
Caring for the elderly who must stay at home during the Covid-19 epidemic situation may deteriorate their body and brain. This quasi-experimental research aimed to study the effect of caring for the elderly in the home-bound group, according to the 5 key domains (food, exercise, emotion, relaxed and away from society outside the home). The samples of 70 elderly people were divided into 35 of an experimental group and 35 of a group. The experimental group received a health promotion program and conducted in 10 weeks. A comparative analysis of the results of the t-test was used.

The results showed that the experimental group had a statistically significant higher mean scores on the health promotion knowledge and behavior after the experiment than before the experiment (p -value < 0.001) and had better health behaviors after the experiment than before the experiment statistically significant (p -value < 0.001). When compared after the experiment between the experimental group and the comparison group. It was found that the experimental group had statistically significant higher scores on knowledge and health behaviors of the elderly than the comparison group (p -value < 0.001).

Knowledge of health promotion and behavior of the elderly after the

experiment the mean scores was higher than before the experiment ($p < 0.05$). The difference was statistically significant ($p\text{-value} < 0.05$). After the experiment of the experimental group, the mean health behavior scores in the elderly after the trial were greater than before ($p < 0.05$) and the difference was statistically significant ($p\text{-value} < 0.05$).

Keyword : Caring for the elderly, Spreading of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)



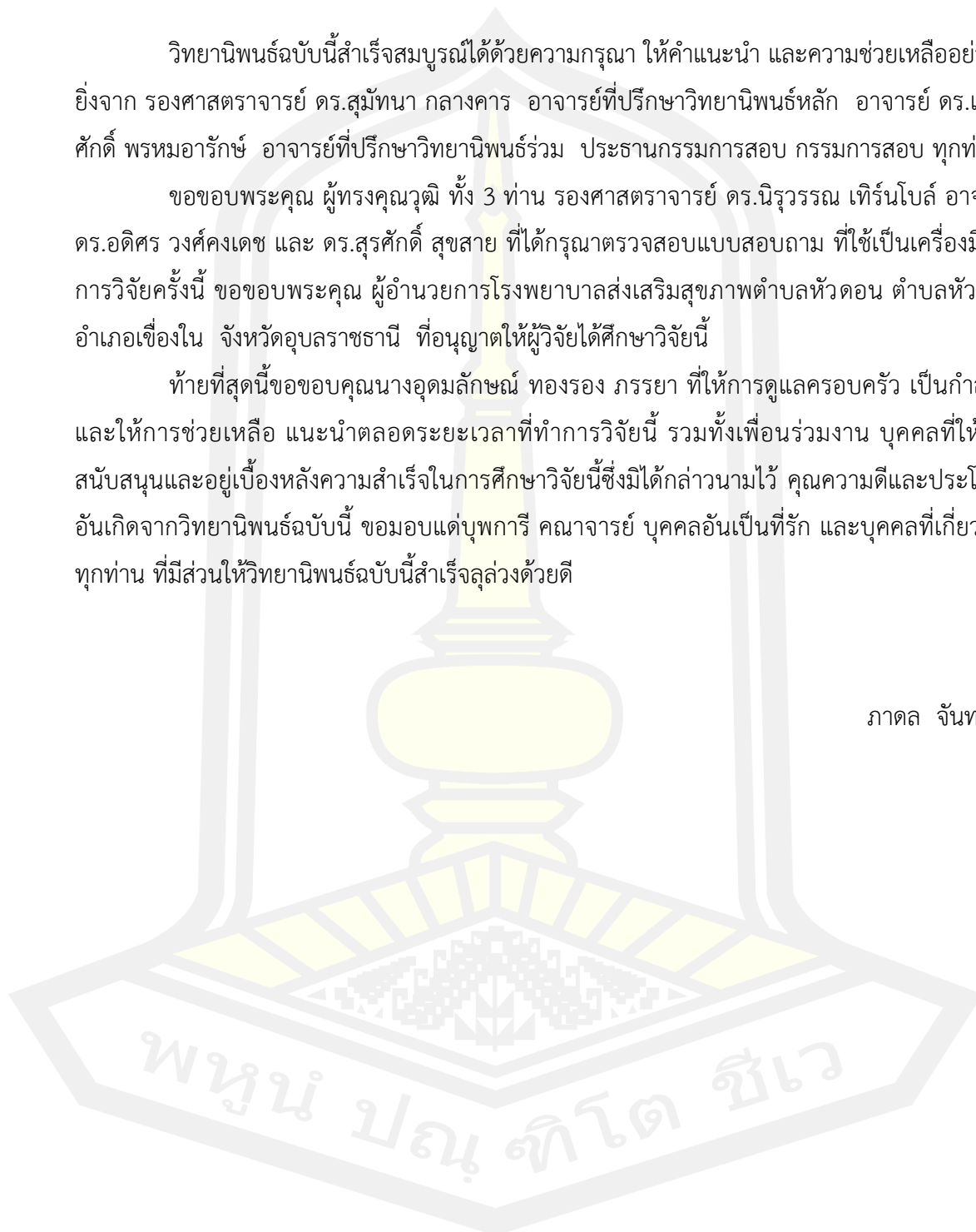
กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณา ให้คำแนะนำ และความช่วยเหลืออย่างสูง
ยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.สุ่มทนา กลางคาร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก อาจารย์ ดร.เทอด
ศักดิ์ พรหมอารักษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ประธานกรรมการสอบ กรรมการสอบทุกท่าน

ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 3 ท่าน รองศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทรินโบล อาจารย์
ดร.อดิสร วงศ์คงเดช และ ดร.สุรศักดิ์ สุขสาย ที่ได้กรุณาตรวจสอบแบบสอบถาม ที่ใช้เป็นเครื่องมือใน
การวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวดอน ตำบลหัวดอน
อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยได้ศึกษาวิจัยนี้

ท้ายที่สุดนี้ขอขอบคุณนางอุดมลักษณ์ ทองรอง ภรรยา ที่ให้การดูแลครอบครัว เป็นกำลังใจ
และให้การช่วยเหลือ แนะนำตลอดระยะเวลาที่ทำการวิจัยนี้ รวมทั้งเพื่อนร่วมงาน บุคคลที่ให้การ
สนับสนุนและอยู่เบื้องหลังความสำเร็จในการศึกษาวิจัยนี้ซึ่งมิได้กล่าวนามไว้ คุณความดีและประโยชน์
อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบแต่บุพการี คณาจารย์ บุคคลอันเป็นที่รัก และบุคคลที่เกี่ยวข้อง
ทุกท่าน ที่มีส่วนให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ภาคล จันทพรหม



สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฌ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพประกอบ.....	ฐ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	4
1.3 สมมติฐานของการวิจัย	4
1.4 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
1.5 ขอบเขตการวิจัย	5
1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ	5
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม.....	8
2.1 แนวคิด และทฤษฎีการวิจัยกึ่งทดลอง	8
2.2 แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ.....	21
2.3 แนวคิด และทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ	24
2.4 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	27
2.5 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ	40
2.6 ระบบการดูแลผู้สูงอายุของชุมชน.....	45

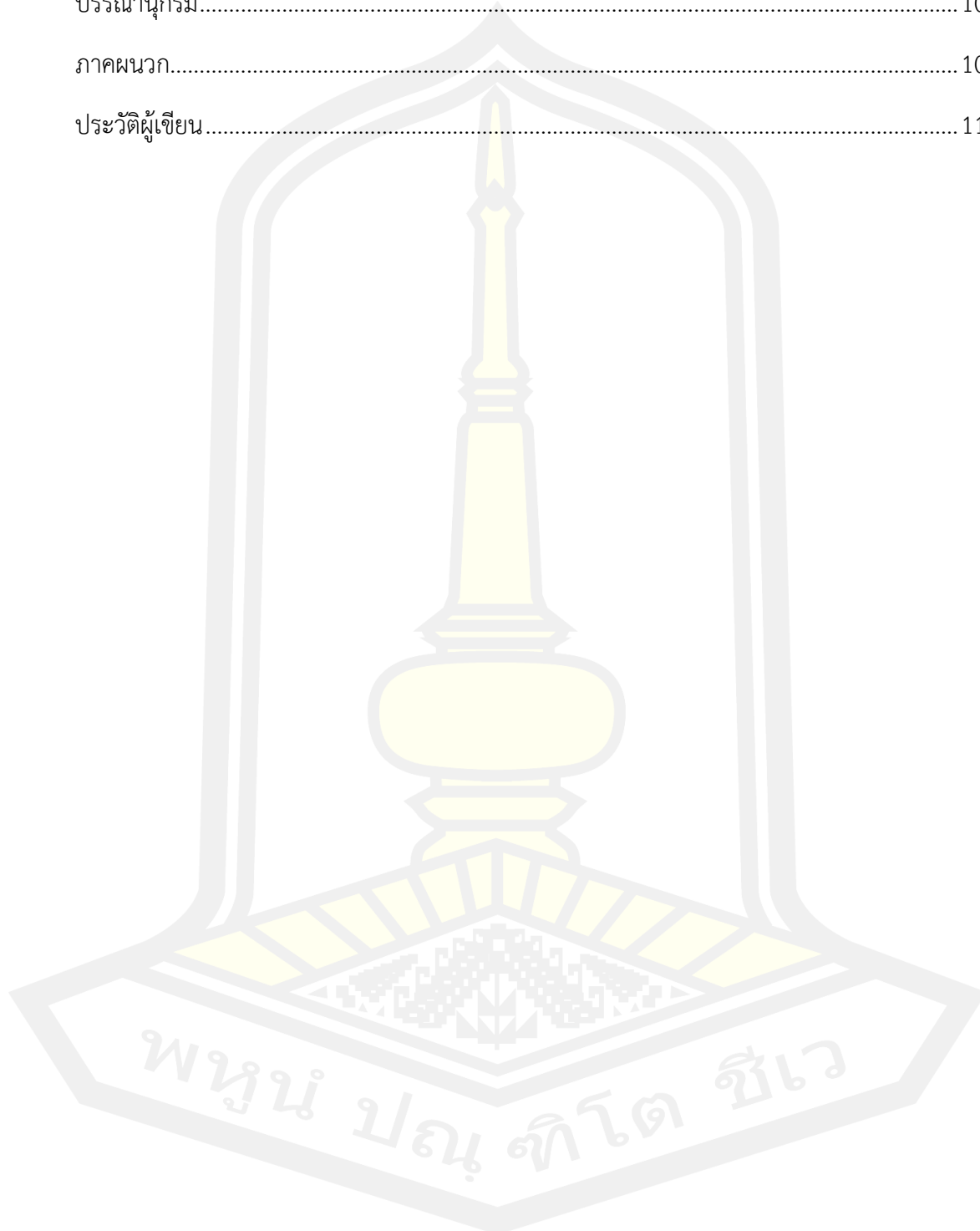
2.7 การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ.....	48
2.8 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและชุมชน.....	52
2.9 หลักการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงในช่วงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระบาด.....	53
2.10 แนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับผู้สูงอายุ.....	65
2.11 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	67
2.12 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	73
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	74
3.1 รูปแบบการวิจัย.....	75
3.2 ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และตัวแปรในการศึกษา.....	76
3.3 ตัวแปรที่ศึกษา.....	78
3.4 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	78
3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	80
3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	83
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	83
3.8 จริยธรรมการวิจัย.....	83
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	84
4.1 ผลวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	84
4.2 ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019.....	88
4.3 พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ.....	92
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	96
5.1 สรุปผล.....	96
5.2 อภิปรายผล.....	97

5.3 ข้อเสนอแนะ 99

บรรณานุกรม..... 101

ภาคผนวก..... 109

ประวัติผู้เขียน..... 118



สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 สรุปแนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ.....	50
ตาราง 2 แสดงลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	84
ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและ ความรู้ด้านปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ภายในกลุ่ม ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง.....	89
ตาราง 4 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและ ความรู้เกี่ยวกับปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	90
ตาราง 5 เปรียบเทียบความแตกต่างระดับของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและ ความรู้เกี่ยวกับปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง.....	91
ตาราง 6 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ภายในกลุ่ม ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองโดยแยกเป็นรายด้าน.....	92
ตาราง 7 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ภายในกลุ่ม ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลองโดยแยกเป็นรายด้าน	93
ตาราง 8 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	93
ตาราง 9 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	94
ตาราง 10 เปรียบเทียบความแตกต่างระดับของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุและการปฏิบัติตัว ของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง	95

สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบ 1 แบบจำลองทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล.....	36
ภาพประกอบ 2 แบบจำลองทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน.....	37
ภาพประกอบ 3 แบบจำลองทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Ajzen, 1985).....	38
ภาพประกอบ 4 ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม.....	39
ภาพประกอบ 5 ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง.....	39
ภาพประกอบ 6 ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุม.....	39
ภาพประกอบ 7 แสดงหลักการดูแลผู้สูงอายุในช่วงการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19).....	54
ภาพประกอบ 8 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา.....	60
ภาพประกอบ 9 กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 5 อ. สำหรับผู้สูงอายุติดบ้านใน สถานการณ์ การแพร่ระบาดของ เชื้อไวรัสโคโรนา 2019.....	74

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความสำคัญของปัญหา

โครงสร้างอายุของประชากรประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมากในระยะเวลา 30 ปีที่ผ่านมา จำนวนผู้สูงอายุของไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว อัตราการเกิดที่ลดลงทำให้ประชากรวัยเด็กหรือฐานพีระมิดแคบเข้าและอายุของคนไทยที่ยืนยาวขึ้น ทำให้สัดส่วนของประชากรสูงอายุหรือส่วนยอดของพีระมิดขยายใหญ่ขึ้นสถานการณ์การสูงวัยในประเทศไทยในปี 2563 ประเทศไทยมีประชากร 66.5 ล้านคนประเทศไทยได้กลายเป็น “สังคมสูงวัย” ที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18 ของประชากรไทยทั้งหมดซึ่งประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประกอบด้วยผู้ชาย 4.6 ล้านคน และผู้หญิง 5.7 ล้านคนจากการคาดการณ์ประชากรของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ประเทศไทยจะมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงมากกว่าร้อยละ 20 หรือเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” ในปี 2564 และจะเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” และประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างชัดเจน มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 11.5 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 17.5 ในปี 2562 ในปี พ.ศ. 2568 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 17.8 (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2563)

การเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุและอายุคาดเฉลี่ยที่ยืนยาวขึ้น ส่งผลกระทบต่อการจัดบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาโรคเรื้อรัง และภาวะความเสื่อมของร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งเกิดภาวะทุพพลภาพ ต้องการการพึ่งพาและความช่วยเหลือจากบริการด้านสุขภาพและสังคม ด้วยปัญหาของผู้สูงอายุมีความซับซ้อนทั้งในด้านสุขภาพและสังคมและมีลักษณะเรื้อรังทำให้การบริการที่มีความเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุจึงต้องเป็นการบริการที่สามารถดูแลจัดการให้ครบถ้วนและต้องสามารถเข้าถึงชุมชนอย่างทั่วถึงโดยมีลักษณะเชิงรุก และมีการประสานงานการบริการทั้งทางด้านสุขภาพและสังคมไปพร้อมกัน การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่งผลให้รัฐบาลต้องจัดให้มีการช่วยเหลือดูแลตามสิทธิของพลเมือง และจัดระบบสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุทั้งกลุ่มติดสังคม และกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์, 2560) แม้ว่ารัฐต้องเพิ่มงบประมาณค่าใช้จ่ายทางด้านสวัสดิการและการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นก็ตาม (อัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง และภักดี โพธิ์สิงห์, 2560) นอกจากนี้รัฐได้พัฒนาระบบการดูแลระยะยาวขึ้น เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง ตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและครอบครัว และจุดมุ่งหมายที่สำคัญของการดูแลผู้สูงอายุจึงควรมุ่งเพื่อการช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุให้มีศักยภาพใน

การการปฏิบัติกิจกรรมและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จนนำไปสู่การมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีโดยไม่คำนึงถึงว่าผู้สูงอายุจะมีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังแต่อย่างใด

จังหวัดอุบลราชธานีก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2548 และมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบันในปี 2564 มีผู้สูงอายุจำนวน 292,064 คน (ร้อยละ 15.64) เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) จำนวน 165,001คน (ร้อยละ 56.49) ผู้สูงอายุตอนกลาง (อายุ 70-79 ปี) จำนวน 87,092 คน (ร้อยละ 29.81) และผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) จำนวน 39,971 คน (ร้อยละ 13.69) และพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัวยากจนยากลำบาก มีจำนวนมากที่สุด คือ 1,640 คน รองลงมา คือ ผู้สูงอายุที่ต้องดูแลคนในครอบครัวที่เป็นเด็ก ผู้ป่วยเรื้อรัง พิการ และจิตเวช จำนวน 662 คน ผู้สูงอายุที่มีที่อยู่อาศัยไม่มั่นคง สภาพที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสมต่อการพักอาศัย จำนวน 526 คน ผู้สูงอายุต้องอยู่คนเดียวตามลำพัง ไม่มีผู้ดูแล ถูกทอดทิ้ง จำนวน 249 คน ผู้สูงอายุที่ต้องเลี้ยงดูบุตรตามลำพัง จำนวน 248 คน และปัจจุบันอำเภอเชียงในเป็นอีกหนึ่งอำเภอของจังหวัดอุบลราชธานีที่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยมีผู้สูงอายุทั้งหมด 16,227 คน (ร้อยละ 21.18) ชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 182 ชมรม จากแนวโน้มสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทุกปี จึงจำเป็นต้องมีการเตรียมระบบการดูแลสุขภาพของประชากรกลุ่มวัยสูงอายุ เพื่อการดูแลสุขภาพที่ต่อเนื่อง ตั้งแต่ก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุจนกระทั่งเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต อำเภอเชียงในได้กำหนดยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว โดยเป็นตำบลนำร่องในการจัดระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ในการพัฒนาระบบบริหารจัดการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเฉพาะตำบลหัวดอน ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวดอน 4 หมู่บ้านที่มีการดำเนินพัฒนาระบบงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้ชมรมผู้สูงอายุต้นแบบเขตชนบทของจังหวัดอุบลราชธานี

การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย ดำเนินอยู่ในประเทศไทยตั้งแต่วันที่ 13 มกราคม 2563 และเป็นส่วนหนึ่งของการระบาดทั่วโลก ณ วันที่ 19 ธันวาคม 2564 มียอดผู้ป่วยสะสม 2,191,528 ราย เสียชีวิต 21,283 ราย และในจังหวัดอุบลราชธานีมียอดผู้ป่วยสะสม 22,721 ราย เสียชีวิต 182 ราย (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) และมีแนวโน้มจะกระจายไปทั่วประเทศ ซึ่งเชื่อกันว่าติดต่อกันได้ทางละอองฝอยของสารคัดหลั่ง เช่น น้ำมูก น้ำลาย ละอองจากการไอจามหรือการพูดคุยใกล้ชิด ในระยะ 1-1.5 เมตร และการสัมผัสสารคัดหลั่งที่อยู่ตามสิ่งของต่าง ๆ แล้วไปสัมผัสเยื่อต่าง ๆ เช่น ตา จมูก ปาก ประกอบกับการแพร่เชื้อสามารถติดต่อกับผู้ที่ติด เชื้อที่ยังไม่แสดงอาการได้ โดยหากมีการติดเชื้อในผู้ที่ร่างกายไม่แข็งแรงรวมถึงผู้สูงอายุ จะมีโอกาสเสียชีวิต มากกว่าคนทั่วไปเนื่องด้วยสภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรง ภูมิคุ้มกันลดลงตามวัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรค ประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดเรื้อรังโรคไตเรื้อรังโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง เป็นต้นในขณะนี้ทางรัฐบาลได้ขอความร่วมมือให้ประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงรวมทั้งผู้สูงอายุ เก็บตัวอยู่ที่บ้านให้มากที่สุด เพื่อลดการแพร่กระจายของเชื้อ

อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุจำนวนมากต้องการการดูแลจากญาติ หรือผู้ดูแลที่ยังมีความจำเป็นต้องออกไปนอกร้านเพื่อทำงาน หรือไปหาซื้อของกินของใช้เข้ามาในบ้าน จึงมีโอกาสนำเชื้อจากภายนอกมาสู่ผู้สูงอายุ อีกทั้งการจำกัดบริเวณให้ผู้สูงอายุอยู่แต่ในบ้านเป็นเวลานานติดต่อกัน หลายเดือน อาจส่งผลให้สภาพร่างกายและสมองของผู้สูงอายุถดถอยลงจนเกิดภาวะฟุ้งฟิงในระยะยาว รวมทั้ง เกิดความเครียด ทั้งหมดนี้จะส่งผลกระทบต่อทั้งครอบครัวทั้งในระยะสั้นและระยะยาว จึงมีความจำเป็นต้องมีการป้องกันโรคสำหรับผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ ในการดูแลผู้สูงอายุในสถานการณ์ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะไม่พึงประสงค์ดังกล่าว

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุแต่ละคนมีการรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเองตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ส่งผลให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน (อิทธิพลดวงจินดา และคณะ, 2564) ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2562) โดยมีข้อมูลเชิงประจักษ์และผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุนั้น หากผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูง จะมีการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและเหมาะสม (ภาสิต ศิริเทศ และ ณพวิทย์ ธรรมสีหา, 2562; พิกุลแก้ว ทองบุ และคณะ, 2562) เนื่องจากปัญหาทางสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่ป้องกันได้ โดยสาเหตุของการเกิดโรคส่วนใหญ่้นั้นมาจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิตหรือการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นโรคที่สามารถหลีกเลี่ยงหรือบรรเทาความรุนแรงได้ (วิญญูทัตถุญ บัญทัน คณะ, 2563) สำหรับในประเด็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาวะเจ็บป่วย (มินตรา สารระรักษ์ และคณะ, 2563) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ ซึ่งมีความเสื่อมถอยทางร่างกายทุกระบบและมีโรคประจำตัว ความแข็งแรงและความเสื่อมถอยของร่างกาย ระบบภูมิคุ้มกันทำงานลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกายได้ง่าย (Eliopoulos, 2018; Touhy & Jett, 2018) จึงเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงที่จะมีโอกาสในการติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 ได้สูงกว่ากลุ่มวัยอื่น ๆ ดังนั้น การป้องกันตนเองเพื่อไม่ให้ติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 สำหรับผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ควรเพิ่มข้อเสนอแนะการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโควิด โดยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุหรือ 608 จากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว หากไม่มีการเตรียมความพร้อมรับมือ อาจส่งผลกระทบต่อทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคมได้ จึงควรเร่งดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเน้น 2 กลุ่มหลัก คือ กลุ่มผู้สูงอายุสุขภาพดี โดยการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง และชะลอการเกิดโรคเรื้อรัง กลุ่มที่ 2 คือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยให้สามารถรักษาตนเอง และบรรเทาอาการเจ็บป่วยให้ดีขึ้นได้จากการพิจารณาหรือสุขภาพ โดยทั้งนี้ การปฏิบัติตนหรือมีพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสมตามหลัก การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 5 อ. ได้แก่ 1.อาหารรับประทานอาหารให้หลากหลาย ได้สัดส่วนเพียงพออิ่ม ครบ 5 หมู่ 2.ออกกำลังกาย โดยออกกำลังกายทุกส่วนสัดส่วน กระตุ้นจังหวะการเต้นของหัวใจ ผู้สูงอายุควรเคลื่อนไหวออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

ออกกำลังกายอย่างเหมาะสม มีหลากหลายวิธี เช่น ยืดเส้นยืดสาย ยืดเหยียด ช่วยให้อึดเหนี่ยว แข็งแรง เดินเร็ว เป็นต้น และหลีกเลี่ยง การแข่งขัน ออกแรงเกินกำลัง ความเร็วสูง เกร็ง เบ่ง ยก น้ำหนัก การอยู่ในสถานที่ร้อนอบอ้าว อากาศไม่ถ่ายเท อยู่กลางแจ้ง 3.อ.อารมณ์ คือ อารมณ์รื่น เรียงยินดี ชีวิตสดใสด้วยรอยยิ้ม จิตแจ่มใส ไม่เครียด มองโลกในแง่บวก 4.อ.อดิเรก สร้างสรรค์งาน อดิเรก เพิ่มพูนคุณค่า เกื้อกูลสังคม หากิจกรรมงานอดิเรกที่ชอบ ทำแล้วเพลิดเพลิน และมีคุณค่าทาง จิตใจ เช่น อ่านหนังสือธรรมะ ฟังเทศน์ฟังธรรม พบปะสังสรรค์ ปลูกต้นไม้ และ 5.อ.อนามัย สร้าง อนามัยดี ชีวิตมีสุข นำพาอายุยืนยาว สร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี หมั่นตรวจและรักษาสุขภาพ ปฏิบัติตนให้ถูกสุขลักษณะ ควรตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละครั้ง ดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน งด ละ เลิกอบายมุข บุหรี่ เหล้า ของมีเมา และสารเสพติด

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 5 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ เอนกายพักผ่อน และออกกำลังกาย) สำหรับผู้สูงอายุกลุ่ม ติดบ้านในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยึดตามแนวปฏิบัติของกรมการ แพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามบริบทเนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุ เป็นงานที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในสังคมไทยที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เพราะประชากร ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและมีแนวโน้มอายุยืนยาวขึ้นเช่นกัน ดังนั้นการบริหารจัดการความพร้อม เกี่ยวกับระบบการจัดการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมี คุณภาพชีวิตที่ดีและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมวิถีใหม่ได้อย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรีต่อไป

1.2 คำถามการวิจัย

โปรแกรมการส่งเสริมผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ตามหลัก 5 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ เอนกายพักผ่อน และออกกำลังกาย) มีผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นหรือไม่

1.3 สมมติฐานของการวิจัย

หลังการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นมากกว่าเดิมและมีพฤติกรรม สุขภาพดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม

1.4 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.4.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามหลัก 5 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ เอนกายพักผ่อน และออกห่างสังคมนอกบ้าน) หลังการทดลองในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน

1.4.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.4.2.1 เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

1.4.2.2 เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1.5 ขอบเขตการวิจัย

1.5.1 ขอบเขตด้านพื้นที่: พื้นที่ในการวิจัยครั้งนี้ คือ หมู่บ้านเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวดอน อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี

1.5.2 ขอบเขตด้านเนื้อหา: หลัก 5 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ เอนกายพักผ่อน และออกห่างสังคมนอกบ้าน)

1.5.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.5.3.1 ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวดอน ตำบลหัวดอน อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 538 คน

1.5.3.2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ที่ต้องการการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่สุ่มเลือก จำนวน 70 คน

1.5.4 ขอบเขตด้านระยะเวลา

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง สิงหาคม 2564

1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน หมายถึง เป็นผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือต้องการความช่วยเหลือบางส่วน มีโรคเรื้อรังหลายโรคหรือมีภาวะแทรกซ้อน มีข้อจำกัดในการใช้ชีวิตในสังคม เช่น

มีปัญหาสุขภาพ (เคลื่อนไหวลำบาก ซึมเศร้า หลงลืม สมองเสื่อม) ไม่ชอบออกสังคม ติดภาระทางบ้าน โดยค่า ADL อยู่ระหว่าง 5-11 คะแนน

การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน หมายถึง การให้ความดูแลเอาใจใส่แก่ผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตามหลัก 5อ. ดังนี้

1. ด้านการบริโภคอาหาร หมายถึง การปฏิบัติในการดูแลตนเองเพื่อให้ได้รับอาหารครบ 5 หมู่ อย่างน้อยวันละ 3 มื้อ รับประทานอาหารน้ำในปริมาณที่พอเหมาะ อย่างน้อย 6-8 แก้ว หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่ให้โทษต่อร่างกาย รวมถึงการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่
2. ด้านการออกกำลังกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกาย อาทิ การเดินการปั่นจักรยาน อย่างน้อยวันละ 20-30 นาที และรู้ถึงหลักการ การออกกำลังกายให้เหมาะสมกับวัย
3. ด้านอารมณ์และการจัดการความเครียด หมายถึง การเป็นคนที่มามีอารมณ์ดี ร่าเริง แจ่มใส มองโลกในแง่ดีอยู่เสมอ มีกระบวนการ/วิธีการในการจัดการความเครียดที่เหมาะสม ทั้งการฝึกฝนปรับตนให้ยอมรับความจริงได้ การยึดหลักสายกลางที่เหมาะสม การปลงตก การให้อภัย การฝึกสมาธิ
4. ด้านเอนกายพักผ่อน หมายถึง การหยุดพักระหว่างการทำงานหรือการเล่น เพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดและลดความเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลียง
5. ด้านออกห่างสังคมนอกบ้าน หมายถึง การงดออกจากบ้านหรือเข้าไปในบริเวณที่มีคนแออัด หากจำเป็นให้ใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า ใช้เวลาน้อยที่สุด รักษาระยะห่างจากบุคคลอื่น 1 - 2 เมตร

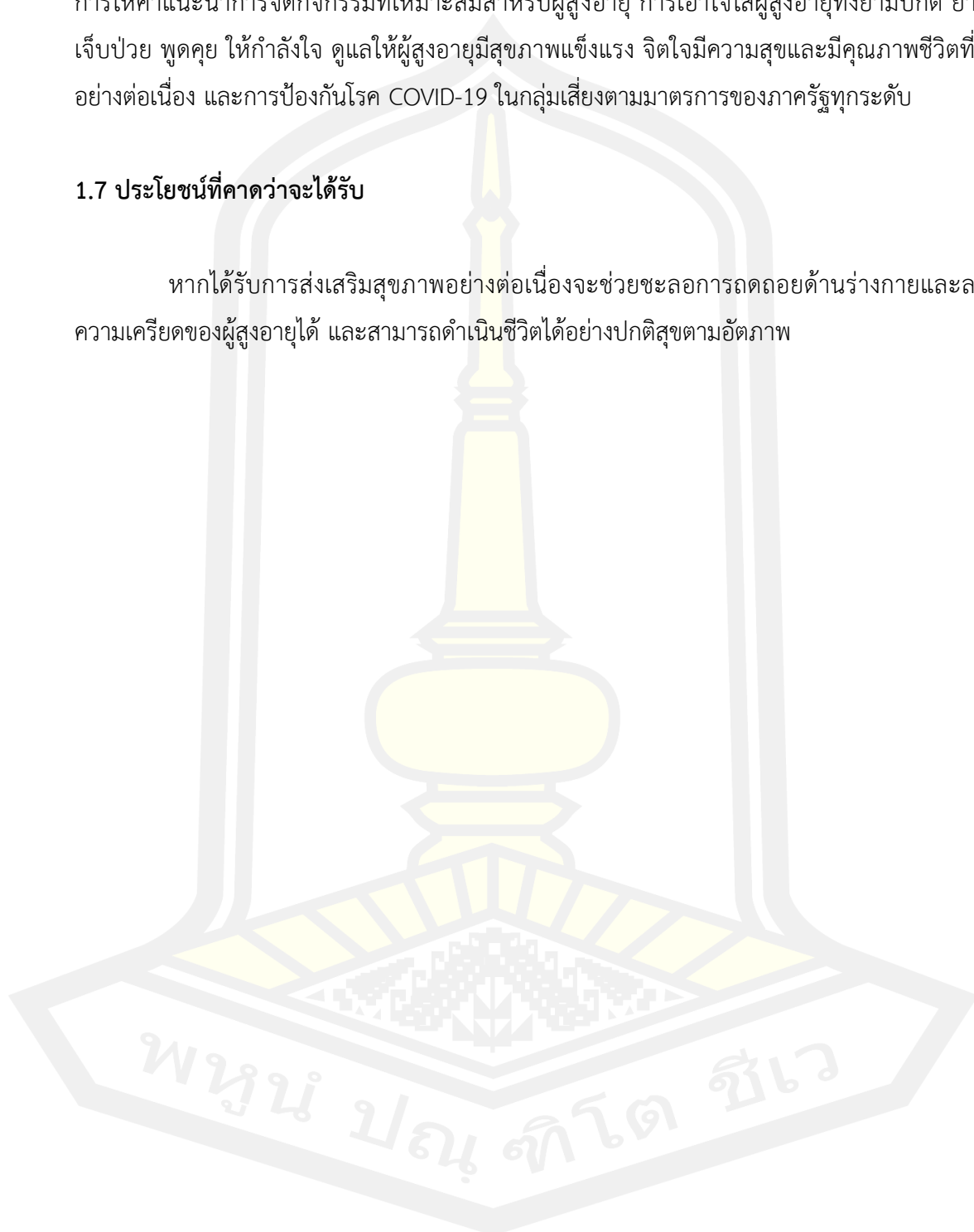
การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง กระบวนการสร้างเสริม สนับสนุนด้านสุขภาพ โดยให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติและการพัฒนาสุขภาพ ตลอดจนจัดการสิ่งแวดล้อมและปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพเพื่อให้บรรลุการมีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขตามบริบท ที่บูรณาการร่วมกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ชมรมผู้สูงอายุประจำหมู่บ้าน และโรงเรียนผู้สูงอายุตำบล

โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หมายถึง การจัดกิจกรรมหรือประสบการณ์เรียนรู้ที่มีเนื้อหาในเรื่อง ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์และการจัดการความเครียด ด้านเอนกายพักผ่อน และด้านออกห่างสังคมนอกบ้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องและมีพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19

การดูแลผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หมายถึง การให้คำแนะนำการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ การเอาใจใส่ผู้สูงอายุทั้งยามปกติ ยามเจ็บป่วย พุดคุย ให้กำลังใจ ดูแลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง จิตใจมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างต่อเนื่อง และการป้องกันโรค COVID-19 ในกลุ่มเสี่ยงตามมาตรการของภาครัฐทุกระดับ

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

หากได้รับการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องจะช่วยชะลอการถดถอยด้านร่างกายและลดความเครียดของผู้สูงอายุได้ และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขตามอัตภาพ



บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้รวบรวม แนวคิด และทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยมีเนื้อหา รายละเอียดดังนี้

- 2.1 แนวคิด และทฤษฎีการวิจัยกึ่งทดลอง
- 2.2 แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
- 2.3 แนวคิด และทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ
- 2.4 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ
- 2.5 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ
- 2.6 การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ
- 2.7 ระบบการดูแลผู้สูงอายุของชุมชน
- 2.8 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและชุมชน
- 2.9 หลักการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงในช่วงการระบาดโรคติดเชื้อ

ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

- 2.10 แนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับผู้สูงอายุ
- 2.11 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.12 กรอบแนวคิดการวิจัย

2.1 แนวคิด และทฤษฎีการวิจัยกึ่งทดลอง

อรพินทร ชูชม (2552) การวิจัยกึ่งทดลองเป็นแบบการวิจัยเชิงปริมาณที่ใช้ในการศึกษาในห้องทดลองหรือในภาคสนามหรือในสถานการณ์ในชีวิตจริงที่มีการจัดกระทำกับตัวแปรอิสระแต่ไม่สามารถทำการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มได้ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้อาจเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีอยู่แล้วตามสภาพธรรมชาติ (intact groups) เช่น นักเรียนในห้องเรียน คนไข้ในโรงพยาบาล และผู้ร่วมโครงการรณรงค์ต่าง ๆ การวิจัยกึ่งทดลองพัฒนามาเพื่อเป็นแนวทางในการเลือกตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามในสถานการณ์ที่ไม่เอื้ออำนวยที่จะทำการควบคุมการทดลองโดยใช้การสุ่มได้ แบบการวิจัยกึ่งทดลองมีหลายแบบ เช่น Nonequivalent Control Groups (การใช้กลุ่มควบคุมที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลองแต่ไม่มีการสุ่ม) Time – Series Design (การศึกษา

กระบวนการที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาต่าง ๆ ภายในกลุ่มทดลอง) และ Case Studies (กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับการสุ่มและไม่มีการควบคุม ใช้ศึกษาในสถานการณ์ที่ต้องการข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจเฉพาะกลุ่มหรือรายบุคคล) แบบการวิจัยกึ่งทดลองมักใช้มากในการศึกษาภาคสนาม เช่น โครงการวิจัยเชิงประเมิน การศึกษานำร่องและการสำรวจ ตลอดจนในสถานการณ์ที่มีการควบคุมตัวแปรอิสระและตัวแปรตามได้แต่ไม่สามารถทำการสุ่มตัวอย่างได้ เนื่องจากการวิจัยกึ่งทดลองไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มซึ่งเป็นการรับประกันว่ากลุ่มต่าง ๆ มีความเท่าเทียมกันตั้งแต่เริ่มต้น ดังนั้นการแปลความหมายผลที่ได้จากการใช้แบบการวิจัยกึ่งทดลองต้องทำด้วยความระมัดระวังในการสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม

2.1.1 ลักษณะการวิจัยกึ่งทดลอง

1. การวิจัยกึ่งทดลองมีลักษณะคล้ายคลึงกับการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) เพียงแต่แบบการวิจัยกึ่งทดลองขาดคุณสมบัติของแบบการวิจัยเชิงทดลองที่แท้จริง อย่างน้อยหนึ่งลักษณะในเรื่องการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (Random Assignment) การวิจัยกึ่งทดลองมักใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีอยู่จริงตามสภาพธรรมชาติหรือบางครั้งแบบการวิจัยกึ่งทดลองไม่มีกลุ่มควบคุม

2. การวิจัยกึ่งทดลองมีการจัดกระทำกับตัวแปรทดลอง (Experimental or Treatment Variable) หรือตัวแปรอิสระซึ่งเป็นตัวแปรที่กำหนดขึ้นเพื่อที่จะทำการทดลองว่าเป็นสาเหตุหรือไม่ ในกลุ่มทดลอง โดยการจัดกระทำกับตัวแปรอิสระนั้นอาจจะจัดกระทำโดยนักวิจัยหรือคนอื่น โดยที่แบบการวิจัยกึ่งทดลองบางแบบมีกลุ่มควบคุมที่เรียกว่า Nonequivalent ซึ่งมีความหมายว่าไม่เท่าเทียมกันในรูปของการสุ่ม ถึงแม้จะเป็นกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้มาจากการสุ่มแต่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลองในคุณลักษณะที่เกี่ยวข้อง โดยกลุ่มนี้จะได้รับการปฏิบัติเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ยกเว้นการจัดกระทำกับตัวแปรอิสระเท่านั้น การใช้กลุ่มควบคุมเพื่อขจัดอิทธิพลของตัวแปรเกินหรือตัวแปรภายนอก (Extraneous Variables) ที่ไม่ต้องการศึกษา ซึ่งเป็นตัวแปรที่เกิดขึ้นที่อยู่นอกสถานการณ์การทดลองซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อตัวแปรตามหรือผลการทดลองนั้น เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าตัวแปรอิสระที่ต้องการศึกษา เป็นต้นเหตุในการเกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวแปรตามในการทดลองนั้น นอกจากนี้แบบการวิจัยกึ่งทดลองบางแบบอาจไม่มีกลุ่มควบคุมแต่ใช้การวัดตัวแปรตามก่อนการทดลองเป็นการควบคุมที่เราเรียกว่าการควบคุมแบบสะท้อนตนเอง (Reflexive control) (Rossi, & Freeman, 1989) เช่น งานวิจัยบางประเภทในการประเมินนโยบายหรือโครงการบางอย่างของรัฐที่นำไปดำเนินการกับกลุ่มประชากรเป้าหมายทั้งหมด ทำให้ไม่สามารถมีกลุ่มควบคุมได้ จึงต้องใช้แบบการวิจัยกึ่งทดลองประเภทนี้ เช่น แบบการวิจัยกึ่งทดลองที่มีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (Before and After Reflexive Designs) Single – Group Time Series Design และ Single – Subject Designs.

3. การวิจัยกึ่งทดลองมีการควบคุมสถานการณ์ที่จะมากระทบต่อผลที่เกิดจากการทดลองและตัวแปรที่ไม่ต้องการศึกษาเพื่อให้เกิดผลสูงสุดอันเนื่องมาจากตัวแปรทดลอง

แบบการวิจัยกึ่งทดลองจึงมีการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรเกิน สถานการณ์หรือเงื่อนไขต่าง ๆ ที่ไม่ต้องการศึกษาและอาจจะมีผลต่อการทดลอง ทำให้ผลการทดลองผิดพลาดหรือเปลี่ยนไปจากความเป็นจริงได้ เพื่อให้ผลการทดลองที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ต้องมีการควบคุมสถานการณ์ที่จะมากระทบกระเทือนต่อผลที่เกิดจากการทดลอง โดยมีวิธีการควบคุมดังต่อไปนี้ในแบบการวิจัยกึ่งทดลอง คือ

3.1 วิธีการทางกายภาพ (Physical Manipulation) หมายถึง การควบคุมสถานการณ์หรือสภาพแวดล้อมต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ทดลองทุกคนมีโอกาสแสดงปฏิกิริยาต่าง ๆ ออกมาได้เท่าๆ กัน และให้อยู่ในสภาพแวดล้อมอย่างเดียวกันตลอดการทดลองนั้น เช่น จัดสถานการณ์ หรือสภาพแวดล้อมให้คงที่ทุกครั้งที่ทดลอง ไม่ว่าจะเป็นอย่าง แสง เสียง อุณหภูมิ ฯลฯ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ไม่ใช่การจัดกระทำ (treatment) ที่ให้กับผู้ถูกทดลอง และผู้ถูกทดลองในทุกกลุ่มได้รับสภาพแวดล้อมทุกอย่างเหมือนกันหมด

3.2 วิธีการเลือกผู้ถูกทดลอง (Selectional Manipulation) ในการวิจัยเชิงทดลอง ผู้วิจัยจะต้องพยายามให้ผลการทดลองนั้นเกิดจากสาเหตุที่ศึกษาโดยตรง ไม่ได้เกิดจากความแตกต่างของผู้ถูกทดลอง เพราะฉะนั้นผู้วิจัยจึงต้องพยายามควบคุมความแตกต่างระหว่างผู้ถูกทดลอง โดยพยายามเลือกผู้ถูกทดลองทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีคุณสมบัติต่าง ๆ คล้ายคลึงกันมากที่สุด ซึ่งมีวิธีการดังต่อไปนี้

1) วิธีการจับคู่ (Matching) เป็นวิธีการที่กระทำขึ้นเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติต่าง ๆ ของตัวแปรมีความเท่าเทียมกัน โดยวิธีการจับคู่มี 2 ลักษณะ (1) วิธีการจับคู่เป็นรายบุคคล (Individual Matching) เป็นวิธีการจับคู่ที่จะทำให้สมาชิกภายในกลุ่มแต่ละกลุ่มมีความเท่าเทียมกันเป็นรายบุคคล โดยใช้ลักษณะของตัวแปรที่ไม่ต้องการศึกษา และผู้วิจัยคิดว่าจะมีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม มาเป็นเงื่อนไขหรือเกณฑ์ที่ใช้ในการจับคู่ เช่น ใช้ระดับสติปัญญา พื้นความรู้เดิม ความถนัด ฯลฯ แล้วนำเอาบุคคลที่มีคุณลักษณะเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันตามเงื่อนไขที่กำหนดมาจับไว้เป็นรายคู่ตามจำนวนที่ต้องการศึกษา หลังจากนั้นทำการแยกแต่ละคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิธีการนี้จะทำให้มั่นใจได้ว่าผลการทดลองที่ได้นั้นเป็นผลที่เกิดจากตัวแปรต้นเท่านั้น วิธีการจับคู่เป็นรายบุคคล อาจใช้คุณลักษณะของตัวแปรที่ไม่ต้องการศึกษามากกว่า 1 ตัวแปร มาใช้เป็นเงื่อนไขในการจับคู่ก็ได้ แต่ถ้ามีเงื่อนไขในการจับคู่มากก็อาจจะทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเช่นนั้นน้อย (2) วิธีการจับคู่เป็นกลุ่ม (Group Matching) เป็นวิธีการจับคู่ที่จะทำให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเกิดความสมดุลกัน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีค่าเฉลี่ย และค่าความแปรปรวนเท่ากันทางสถิติ

การเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกัน (Homogeneous Selection) เป็นวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกันเพื่อขจัดอิทธิพลของตัวแปรเกินที่คิดว่าจะมีผลต่อตัวแปรตาม โดยนำลักษณะของตัวแปรเกินนั้นมาใช้ในการศึกษาเพียงลักษณะเด่น ทำให้ลักษณะของตัวแปรเกินเป็นค่าคงที่สำหรับการศึกษารั้งนี้ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะของตัวแปรเกินที่เหมือนกัน เช่น การวิจัยเชิงทดลองผู้วิจัยเห็นว่าสติปัญญาอาจมีผลต่อตัวแปรตาม ผู้วิจัยก็เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีสติปัญญาเท่าเทียมกันมาเป็นกลุ่มตัวอย่าง หรือคิดว่าเพศจะมีผลต่อตัวแปรตาม ผู้วิจัยก็เลือกกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มให้มีเพศเดียวกันหมด แต่วิธีการนี้จะต้องระมัดระวังในการสรุปผลซึ่งจะอ้างอิงได้เฉพาะลักษณะของตัวแปรเกินที่เราเลือกมาศึกษาเท่านั้น ไม่สามารถอ้างอิงไปถึงลักษณะอื่น ๆ ของตัวแปรเกินได้ เช่น จะเอาผลการทดลองของเพศที่ศึกษาไปอ้างอิงสรุปถึงอีกเพศหนึ่งไม่ได้

3.3 การเลือกศึกษาตัวแปรเกินในฐานะที่เป็นตัวแปรอิสระ เป็นวิธีการควบคุมตัวแปรเกิน โดยนำเอาตัวแปรเกินเข้ามาศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ด้วย เพราะถ้าขจัดออกไปก็มีความยากลำบากมากและตัวแปรนี้มีอิทธิพลและมีความสำคัญมากต่อตัวแปรตาม สมควรที่ผู้วิจัยจะศึกษาควบคุมคู่ไปกับตัวแปรอิสระ เช่น ผู้วิจัยเห็นว่าเพศของครูอาจมีส่วนทำให้ผลการเรียนรู้ของนักเรียนแปรเปลี่ยนได้นอกจากวิธีสอนที่ต้องการศึกษา ผู้วิจัยจึงเพิ่มตัวแปรเรื่องเพศเข้าไปเป็นตัวแปรอิสระอีกตัวหนึ่งในการทดลอง

3.4 การควบคุมโดยใช้วิธีการทางสถิติ (Statistical Control) เป็นวิธีการที่อาศัยเทคนิคทางสถิติเข้ามาช่วยควบคุมตัวแปรที่ไม่ต้องการศึกษา ในกรณีที่ไม่สามารถควบคุมโดยวิธีการต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยอาจควบคุมตัวแปรเกินได้โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance) ซึ่งเป็นเทคนิคทางสถิติที่สามารถปรับคุณสมบัติที่แตกต่างของกลุ่มตัวอย่างที่เกิดจากอิทธิพลของตัวแปรเกิน เพื่อให้มั่นใจได้ว่าผลการทดลองที่ได้นั้นเป็นผลที่เกิดจากการทดลองเท่านั้น

4. การวิจัยกึ่งทดลอง พัฒนาขึ้นมาเพื่อให้มีความสมดุลทั้งความเที่ยงตรงภายในและภายนอก กล่าวคือ แบบการวิจัยกึ่งทดลองมีความเที่ยงตรงภายในสามารถสรุปได้ว่า ผลของการแปรเปลี่ยนในตัวแปรตามเนื่องมาจากตัวแปรอิสระที่ให้หรือที่ต้องการศึกษา โดยพยายามขจัดอิทธิพลของตัวแปรเกินที่จะส่งผลต่อตัวแปรตามให้หมดไป และแบบการวิจัยกึ่งทดลองนั้นมีความเที่ยงตรงภายนอก คือ สามารถนำผลการทดลองหรือข้อค้นพบที่ได้ไปใช้ในสภาพจริงหรือประยุกต์ใช้เป็นหลักทั่วไปได้

2.1.2 ความเที่ยงตรงของการวิจัยกึ่งทดลอง

การวิจัยกึ่งทดลองเป็นกระบวนการวิจัยเชิงปริมาณที่มุ่งค้นหาคำตอบปัญหาต่าง ๆ หรือความรู้ในเชิงสาเหตุว่าทำไมเกิดเหตุการณ์หรือปรากฏการณ์เช่นนี้และหาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ

กล่าวคือ ตัวแปรอิสระเป็นตัวแปรจัดกระทำซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวแปรตาม โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง แบบการวิจัยเชิงทดลองที่ดีควรให้ผลการทดลองที่มีความถูกต้องเที่ยงตรงทั้งความเที่ยงตรงภายใน (internal validity) และความเที่ยงตรงภายนอก (external validity) แต่จากการวิจัยกึ่งทดลองขาดการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง ดังนั้นการตรวจสอบเชิงสาเหตุไม่สามารถทำได้อย่างสมบูรณ์

การวิจัยกึ่งทดลองที่มีความเที่ยงตรงภายใน หมายถึง ผลที่ได้จากการทดลองเกิดจากตัวแปรอิสระเท่านั้น ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวแปรตาม ไม่มีอิทธิพลของปัจจัยต่าง ๆ เช่น ตัวแปรภายนอก วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และกระบวนการวัด ที่ทำให้ตัวแปรตามเกิดการเปลี่ยนแปลง

ปัญหาหนึ่งของการวิจัยกึ่งทดลองที่นักวิจัยต้องระมัดระวังคือการแปลความหมายของผลการวิจัยที่ได้ ทั้งนี้เนื่องจากการวิจัยกึ่งทดลองไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม ความอคติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผลการวิจัยขาดความเที่ยงตรงภายในได้ เช่น ใช้ นักเรียน 2 ห้องเรียน ให้ได้รับวิธีการสอนที่แตกต่างกัน โดยห้องเรียนหนึ่งเป็นกลุ่มนักเรียนที่มีความสามารถสูง และอีกห้องเรียนหนึ่งเป็นกลุ่มนักเรียนที่มีความสามารถระดับปานกลาง ผลการทดลองดูเหมือนว่าจะส่งผลที่ดีต่อกลุ่มห้องเรียนที่นักเรียนมีความสามารถสูง การแปลความหมายของผลการวิจัยที่ได้จะมีอิทธิพลของวิธีการสอนและความสามารถของนักเรียนเข้ามาเกี่ยวข้อง ไม่สามารถสรุปผลได้อย่างมั่นใจว่าวิธีสอนมีผลต่อการเรียนรู้ ดังนั้นเพื่อให้ผลการวิจัยมีความเที่ยงตรงภายใน ผู้วิจัยต้องพยายามเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความเท่าเทียมกัน และขจัดปัญหาต่าง ๆ ที่เป็นภัยคุกคามต่อความเที่ยงตรงภายใน เช่น เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ไม่คาดคิดระหว่างการทดลองที่ส่งผลต่อตัวแปรตาม วุฒิภาวะของกลุ่มตัวอย่าง การทดสอบ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การถดถอยทางสถิติ และการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยกึ่งทดลองที่มีความเที่ยงตรงภายนอก หมายถึง ผลการทดลองนั้นสามารถนำไปสรุปอ้างอิงให้ข้อค้นพบมีความทั่วไปได้ โดยใช้กับบุคคล เวลา และสถานที่อื่นได้ แบบการวิจัยกึ่งทดลองถ้ากลุ่มตัวอย่างที่เลือกมาศึกษา มีความเป็นตัวแทนสูง มีการอ้างอิงที่สมเหตุสมผลแล้วข้อค้นพบจะมีความทั่วไปในการสรุปอ้างอิงได้ และใช้ในสถานการณ์จริงได้ แต่แบบการวิจัยกึ่งทดลองสามารถลดความเที่ยงตรงภายนอกได้ ถ้ากลุ่มตัวอย่างได้รับอิทธิพลจากการวัดซ้ำหลายครั้ง และอิทธิพลร่วมระหว่างความอคติในการเลือกกลุ่มตัวอย่างและการจัดกระทำ

2.1.3 ข้อดีและข้อจำกัดของแบบการวิจัยกึ่งทดลอง

ข้อดีของแบบการวิจัยกึ่งทดลองมีดังนี้คือ

1. การวิจัยกึ่งทดลองพัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้เป็นทางเลือกในการตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเหตุผลในสถานการณ์ที่ไม่เอื้ออำนวยที่จะทำการควบคุมการทดลองได้อย่างสมบูรณ์ โดยเฉพาะ

การวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ ที่ศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์ในสถานการณ์จริงและตัวแปรบางตัวไม่สามารถจัดกระทำหรือควบคุมได้โดยเหตุผลบางประการ เช่น จริยธรรมและสิทธิมนุษยชน

2. การวิจัยกึ่งทดลองเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ในทางปฏิบัติและสามารถสรุปอ้างอิงผลไปใช้ในสถานการณ์จริงทั่วไปได้

3. การวิจัยกึ่งทดลองเหมาะสมที่จะใช้ในกรณีที่ผู้วิจัยไม่สามารถทำการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองได้ โดยเฉพาะการวิจัยภาคสนามต่าง ๆ และการประเมินโครงการต่าง ๆ ที่กลุ่มเป้าหมายทั้งหมดเข้าไปร่วมอยู่ในโครงการ ทำให้ไม่สามารถสุ่มกลุ่มตัวอย่างได้

ข้อจำกัดของแบบการวิจัยกึ่งทดลองมีดังนี้

1. การวิจัยกึ่งทดลอง ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง ทำให้อาจมีปัจจัยอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากการจัดกระทำทดลองมีผลต่อผลการทดลองได้ โดยเฉพาะปัญหาความเที่ยงตรงภายในของการทดลอง

2. การวิจัยกึ่งทดลองบางครั้งมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความเฉพาะ ทำให้การวิจัยกึ่งทดลองนั้นอาจมีปัญหาระเบิดความเที่ยงตรงภายนอกในการสรุปอ้างอิงผล

3. แบบการวิจัยกึ่งทดลองไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนั้นผู้วิจัยต้องมีการใช้วิธีการหลายอย่างที่จะทำให้มั่นใจได้ว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความเท่าเทียมกัน เช่น เก็บข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง และใช้สถิติควบคุมความแตกต่างระหว่างกลุ่ม เป็นต้น

2.1.4 ประเภทของแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Designs)

แบบการวิจัยกึ่งทดลองมีหลายประเภท บางประเภทมีลักษณะคล้ายคลึงกับแบบการวิจัยเชิงทดลอง เพียงแต่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม การเลือกแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบไหนขึ้นอยู่กับจุดมุ่งหมายของการทดลอง การเลือกกลุ่มตัวอย่าง วิธีการที่ตัวแปรจะถูกจัดกระทำ การควบคุมตัวแปรภายนอก และการใช้สถิติเพื่อตีความหมายของความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างตัวแปร สัญลักษณ์ที่ใช้ในการอธิบายแบบการวิจัยกึ่งทดลองมีดังนี้

X แทน การทดลองหรือการจัดกระทำ

T แทน การวัดที่สังเกตได้ อาจเป็นการวัดก่อนหรือหลังการจัดกระทำ

A แทน การวัดระหว่างระยะฐาน (baseline condition)

B แทน การวัดระหว่างการจัดกระทำ (treatment condition)

E แทน กลุ่มทดลอง

C แทน กลุ่มควบคุม

ในที่นี้จะเสนอแบบการวิจัยกึ่งทดลอง 4 แบบดังนี้

1. Static – Group Comparison Design หรือ Posttest – Only, Nonequivalent Control Group Design

รูปแบบ (ก) Posttest – Only, Nonequivalent Control Group Design

กลุ่ม	ทดลอง	ทดสอบหลัง
E	X	T
C	-	T

รูปแบบ (ข) Posttest – Only, Nonequivalent Multiple – Group Design

กลุ่ม	ทดลอง	ทดสอบหลัง
E_1	X_1	T
E_2	X_2	T
.	.	
.	.	
-	.	
E_k	X_k	T
C	-	T

ลักษณะ แบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบนี้คล้ายคลึงกับแบบการทดลอง The Posttest – Only Control – Group Design เพียงแต่ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม มีการทดสอบหลังการทดลองเท่านั้นทั้ง 2 กลุ่มในเวลาเดียวกัน แต่ไม่มีการทดสอบก่อนการทดลอง โดยที่แบบการวิจัยนี้กลุ่มหนึ่งได้รับการทดลองและอีกกลุ่มหนึ่งไม่ได้รับการทดลองทำหน้าที่เป็นกลุ่มควบคุม แบบการวิจัยนี้สามารถขยายเป็นกลุ่มทดลองได้หลายกลุ่มดังในรูปแบบ

(ข) ข้อจำกัด แบบการวิจัยกึ่งทดลองชนิดนี้ เป็นแบบการทดลองที่ค่อนข้างอ่อน สิ่งที่เป็นปัญหามากคือ ความเที่ยงตรงภายใน กล่าวคือถ้ามีความแตกต่างของคะแนนทดสอบภายหลังระหว่าง 2 กลุ่มอาจเนื่องมาจากผลการจัดกระทำและคุณลักษณะที่แตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่าง

ในการใช้แบบการทดลองอันนี้ควรมีข้อมูลที่มีมาก่อนแสดงความคล้ายคลึงระหว่างกลุ่ม ข้อมูลนี้อาจจะช่วยในการแปลความหมายผลการวิจัยได้ถูกต้องยิ่งขึ้น

2. รูปแบบ Non-Randomized Control – Group Pretest Posttest Design

รูปแบบ Non-Randomized Control-Group Pretest Posttest Design

กลุ่ม	ทดสอบก่อน	ทดลอง	ทดสอบหลัง
E	T ₁	X	T ₂
C	T ₁	-	T ₂

ลักษณะ แบบการทดลองนี้คล้ายคลึงกับ Pretest – Posttest Experimental Control – Group Design เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างมา 2 กลุ่ม ให้เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยคาดว่าทั้ง 2 กลุ่มนี้จะมีลักษณะเหมือนกันหรือใกล้เคียงกัน แล้วทำการทดสอบก่อนการทดลองทั้ง 2 กลุ่มด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการวัดอันเดียวกัน จากนั้นทั้ง 2 กลุ่มได้รับการจัดสภาพการณ์เกี่ยวกับการทดลองให้เหมือนกัน ยกเว้นการทดลองที่จัดกระทำกับกลุ่มทดลองเท่านั้น ส่วนกลุ่มควบคุมไม่มีการจัดกระทำ ทำการทดลองในช่วงเวลาที่กำหนดไว้ เมื่อทดลองเสร็จแล้วทำการทดสอบหลังการทดลองด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการวัดอย่างเดียวกันกับการทดสอบก่อนการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม ทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของผลต่างระหว่างคะแนน แบบการวิจัยนี้ยังสามารถขยายเป็นกลุ่มทดลองได้หลายกลุ่ม

ข้อดี ใช้ได้ดีในกรณีที่มีกลุ่มตัวอย่างอยู่แล้ว สามารถทำการทดลองได้เลย ไม่ต้องเปลี่ยนแปลงระบบเดิม เช่น กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนที่ทางโรงเรียนจัดเข้าชั้นไว้แล้ว แบบแผนการทดลองนี้จะมีความเที่ยงตรงภายในก็เมื่อกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มนั้นมีคุณลักษณะต่าง ๆ เท่าเทียมกัน คือ มีค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทั้งสองกลุ่มนั้นเท่ากันหรือใกล้เคียงกันก่อนเริ่มการทดลอง การที่มีการทดสอบก่อนช่วยในการตรวจสอบความคล้ายคลึงกันของกลุ่มตัวอย่าง และคะแนนที่ได้จากการสอบครั้งแรกยังอาจใช้ในการควบคุมทางสถิติหรือคะแนนการเปลี่ยนแปลง (gain scores)

ข้อจำกัด ความเที่ยงตรงภายนอกถูกกระทบกระเทือน จากอิทธิพลของผลร่วมนระหว่างการทดสอบก่อนการทดลองกับการจัดกระทำ นอกจากนี้ความเที่ยงตรงภายในยังได้รับอิทธิพลของผลร่วมกันของการเลือกกลุ่มตัวอย่างกับวุฒิภาวะ และถ้ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 ไม่เท่าเทียมกันตั้งแต่ก่อนการทดลอง ก็จะได้รับอิทธิพลจากตัวแปรเกินอื่น ๆ ได้

3. Time Series Design

รูปแบบ (1) Single – Group Time Series Design

ทดสอบก่อน	ทดลอง	ทดสอบหลัง
T ₁ T ₂ T ₃ T ₄ etc	X	T ₅ T ₆ T ₇ T ₈ etc

ลักษณะ แบบการทดลองตามรูปแบบ (1) นี้เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างมาเพียงกลุ่มเดียว ทำการวัดซ้ำหรือทดสอบติดต่อกันหลาย ๆ ครั้ง (เช่น T₁ T₂ T₃ และ T₄) โดยเว้นระยะห่างในการวัดซ้ำหรือทดสอบพอสมควรเพื่อให้เห็นแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ แล้วทำการทดลองกับกลุ่มตัวอย่างในระยะเวลาที่กำหนดไว้ เมื่อเสร็จสิ้นการทดลองแล้วทำการวัดซ้ำหลังการทดลองติดต่อกันโดยเว้นระยะห่างของการวัดเช่นเดียวกับก่อนการทดลอง ด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการวัดแบบเดียวกัน (เช่น T₅ T₆ T₇ และ T₈) แบบแผนการทดลองนี้เป็นการพิจารณาดูการเปลี่ยนแปลงการทดสอบของการทดสอบครั้งสุดท้ายก่อนการทดลองและการทดสอบครั้งแรกหลังการทดลอง (T₄ – T₅) ว่าแตกต่างกันมากน้อยจากความเปลี่ยนแปลงของการทดสอบหลาย ๆ ครั้ง ก่อนการทดลอง (T₁- T₂ -T₃ – T₄) และความเปลี่ยนแปลงของการทดสอบหลายครั้งหลังการทดลอง (T₅ – T₆- T₇ – T₈) ถ้าการเปลี่ยนแปลงของการทดสอบครั้งที่ 4 ไปครั้งที่ 5 (T₄ – T₅) มีค่ามากกว่าการเปลี่ยนแปลงของ (T₁ – T₂ – T₃ – T₄) และ (T₅ – T₆ – T₇ – T₈) แสดงว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นเกิดจากการกระทำของ X ที่ผู้วิจัยให้ไว้

ข้อดี แบบการทดลองนี้ทำให้เห็นแนวโน้มลำดับขั้นของพัฒนาการของการเปลี่ยนแปลงข้อมูล ใช้มากในงานวิจัยที่เป็นการศึกษาระยะยาว โดยสังเกตอัตราการเปลี่ยนแปลงในระยะเวลาปกติ และอัตราการเปลี่ยนแปลงเนื่องมาจากการทดลอง

ข้อจำกัด แบบการทดลองนี้ไม่มีการควบคุมตัวแปร ปลอ่ยให้เป็นไปตามธรรมชาติ และใช้เวลาในการศึกษานาน เพราะเป็นการศึกษาระยะยาวอาจมีตัวแปรอื่นที่ไม่ต้องการศึกษาเกิดขึ้น และมีผลกระทบต่อกรทดลอง ทำให้ไม่มั่นใจว่าผลที่ได้นั้นเกิดจากการทดลองเพียงอย่างเดียว

รูปแบบ (2) Multiple –Group Time Series Design

กลุ่ม	ทดสอบก่อน	ทดลอง	ทดสอบหลัง
E	T ₁ T ₂ T ₃ T ₄ etc	X	T ₅ T ₆ T ₇ T ₈ etc
C	T ₁ T ₂ T ₃ T ₄ etc	-	T ₅ T ₆ T ₇ T ₈ etc

ลักษณะ แบบแผนการทดลองนี้เป็นแบบการทดลอง Single – Group Time Series Design ที่ได้รับการขยายกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับเลือกมาหรือมีอยู่แล้วเป็น 2 กลุ่มหรือมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป โดยมีกลุ่มหนึ่งทำหน้าที่เป็นกลุ่มควบคุม ส่วนกลุ่มอื่นๆ ได้รับการทดลอง กลุ่มต่างๆ ได้รับการวัดซ้ำติดต่อกันหลายๆ ครั้ง ในระยะเวลาเดียวกันหรือใกล้เคียงกันคือ T1 T2 T3 T4 โดยเว้นระยะห่างของการวัดซ้ำแต่ละครั้งพอสมควร จากนั้นมีการจัดกระทำกับกลุ่มทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ต้องมีการจัดกระทำในระยะเวลาที่กำหนดไว้ แล้วทำการวัดซ้ำ/ทดสอบหลังการทดสอบติดต่อกัน โดยเว้นระยะห่างของการวัดซ้ำ/ทดสอบแต่ละครั้งเช่นเดียวกับการวัดซ้ำก่อนการทดลอง คือ T5 T6 T7 T8 โดยการทดสอบก่อนการทดลองและหลังการทดลองใช้เครื่องมือวัดแบบเดียวกัน แบบแผนการทดลองนี้เป็นการพิจารณาการเปลี่ยนแปลงระหว่างผลการทดสอบครั้งสุดท้ายก่อนการทดลองกับผลการทดสอบครั้งแรกหลังการทดลอง (T4 – T5) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ถ้ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงมากกว่ากลุ่มควบคุมก็อาจสรุปได้ว่าผลที่เกิดขึ้นเนื่องจากการจัดกระทำ

ข้อดี เป็นแบบแผนที่แก้จุดอ่อนของรูปแบบการทดลอง (1) โดยเพิ่มกลุ่มควบคุมเข้ามาอีก 1 กลุ่ม เพื่อใช้ในการเปรียบเทียบ ทำให้สามารถควบคุมตัวแปรที่มีต้องการศึกษา เช่น ควบคุมเหตุการณ์ ภูมิภาค การทดสอบ ผลร่วมระหว่างการทดสอบกับการจัดกระทำ เป็นต้น

ข้อจำกัด เป็นการศึกษาระยะยาว ทำให้เสียเวลามาก

4. Single – Subject Designs หรือ Single – Case Designs

แบบการวิจัยนี้เป็นการศึกษาบุคคลคนเดียวหรือมากกว่าหนึ่งคนที่เทียบเท่ากับกลุ่มเดียว (Multiple – Baseline Design Across Subjects) อย่างเข้มข้น การทดลองส่วนใหญ่ เช่น แบบการวิจัยกึ่งทดลอง 1–3 ที่กล่าวมาแล้วเกี่ยวข้องกับกลุ่มต่าง ๆ ของหน่วยตัวอย่าง ซึ่งผลการวิจัยประยุกต์กับกลุ่มคนมากกว่าเป็นรายบุคคล แต่มีสถานการณ์การทดลองบางอย่างที่จำเป็นต้องศึกษาตัวอย่างเป็นรายบุคคล เช่น งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับพฤติกรรม ซึ่งต้องการเปลี่ยนพฤติกรรมของรายบุคคลโดยอาศัยเทคนิคต่าง ๆ ที่จะทดลองใช้ เช่น การเสริมแรง การให้รางวัล การลดความรู้สึกและการฝึกการจำแนก หน่วยตัวอย่างเดียวที่นำมาศึกษามักจะมีปัญหาหรือมีสถานะบางอย่างที่ไม่สามารถสุ่มได้ จึงจำเป็นต้องใช้แบบการวิจัยแบบ Single – Case Design การทดลองกับหน่วยตัวอย่างเดียวไม่สามารถเทียบเท่ากับการศึกษาเป็นรายกรณี (Case – Study Method) ถึงแม้จะเน้นเรื่องการศึกษากับกรณีตัวอย่างเดียว แต่มีความแตกต่างกันในแบบการวิจัยและจุดมุ่งหมาย Single – Case Designs ใช้หลายวิธีการที่จะให้เกิดการควบคุมทางการทดลองขึ้น และยึดแนวทางการวิจัยเชิงปริมาณ เช่น การตรวจสอบความเชื่อถือได้ที่ได้จากการวัดหรือสังเกตพฤติกรรมของผู้ร่วมวิจัย การสังเกตพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยนแปลงหลายครั้ง และมีรายละเอียดของการจัดกระทำที่ให้ข้อมูลเพียงพอที่จะทำซ้ำได้ ในขณะที่ Case Studies เป็นการสำรวจการจัดกระทำที่กว้างกว่า เช่น โครงการที่มีขนาดใหญ่ ดำเนินการในภาคสนาม และอิงข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นหลัก

Single – Case Designs โดยทั่วไปเกี่ยวข้องกับการวัดซ้ำและเป็นการวัดซ้ำหลายครั้งในตัวแปรตาม แบบการวิจัยนี้บางครั้งเรียกว่า Single – Variable Rule กล่าวคือมีตัวแปรเพียงตัวเดียวที่เกิดการเปลี่ยนแปลงในช่วงของการจัดกระทำ แบบการวิจัยนี้จะมีการวัดซ้ำในช่วงปกติ

รูปแบบ (1) A – B Design

เส้นฐาน (A)	การจัดกระทำ (B)
T ₁ T ₂ T ₃ T ₄	T ₅ T ₆ T ₇ T ₈ ← X

ลักษณะ A – B Design เป็นแบบการวิจัยที่ง่ายที่สุดของ Single – Case Designs นักวิจัยเลือกผู้เข้าร่วมการทดลองหนึ่งคน มีการวัดพฤติกรรมเป้าหมายหลายครั้งแล้วมีการทดลองพฤติกรรมเป้าหมายได้รับการวัดซ้ำหลายครั้ง ช่วงเส้นฐาน (A) จนพฤติกรรมคงที่ แล้วมีการจัดกระทำ (B) ช่วงนี้ได้มีการวัดซ้ำหลายครั้งเป็นจำนวนเท่ากับกับช่วงเส้นฐาน

การแปลความหมายผลการวิจัยขึ้นอยู่กับข้อตกลงที่ว่า การวัดหรือการสังเกตช่วงเส้นฐานไม่มีการเปลี่ยนแปลงถ้าการจัดกระทำยังไม่เกิดขึ้นหรือช่วงการจัดกระทำแบบเดิม ช่วงนี้เรียกว่าเส้นฐาน (baseline) ซึ่งเส้นฐานนี้เป็นช่วงที่ยาวหรือนานพอที่ตัวแปรตามจะมีความคงที่ ถ้าตัวแปรยังไม่มีความคงที่และมีการจัดกระทำ จะทำให้ไม่สามารถสรุปได้ว่าการแปรเปลี่ยนของตัวแปรตามเกิดจากการจัดกระทำ แบบการวิจัยนี้มีหลายรูปแบบดังนี้

ข้อดี แบบการวิจัยนี้สมควรใช้เมื่อไม่มีทางเลือกอื่น

ข้อจำกัด เป็นรูปแบบการวิจัยที่อ่อนที่สุดของ Single Case Design ที่มีข้อสงสัยในเรื่องความเที่ยงตรงภายใน เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขเพียงครั้งเดียวระหว่างเส้นฐานไปยังการจัดกระทำ ปัจจัยภายนอกอื่น ๆ เช่น การวัด เหตุการณ์ และวุฒิภาวะอาจส่งผลให้เกิดการแปรเปลี่ยนในตัวแปรตามได้

รูปแบบ (2) A – B – A Design

เส้นฐาน (A)	การจัดกระทำ (B)	เส้นฐาน (A)
T ₁ T ₂ T ₃ T ₄	T ₅ T ₆ T ₇ T ₈ ← X	T ₉ T ₁₀ T ₁₁ T ₁₂

ลักษณะ A – B – A Design มีขั้นตอนแบบเดียวกับ A – B Design ยกเว้น A – B – A Design มีการเพิ่มเงื่อนไขเส้นฐานที่สองผนวกเข้ามาหลังการจัดกระทำ โดยเส้นฐานที่สองเป็นการถอนการจัดกระทำออกมา แบบการวิจัยนี้บางครั้งเรียกว่า แบบการวิจัยที่สลับหรือถอนการจัดกระทำ

(reversal หรือ withdrawal design) โดยเป็นการเปลี่ยนแปลงจากเส้นฐานไปยังการจักระทำ และถอนการจักระทำกลับไปยังเงื่อนไขที่เป็นเส้นฐานอีก ลักษณะอื่น ๆ เช่น ระยะเวลาและจำนวนการสังเกตยังคงเหมือนเดิมในเส้นฐานที่สอง

ข้อดี A – B – A Design มีความเที่ยงตรงภายในสูง เนื่องจากรูปแบบของผลการวิจัยได้รับการขยายผล

ข้อจำกัด แบบการวิจัยนี้มีปัญหาในการที่การทดลองสิ้นสุดในทางลบ เพราะว่าการจักระทำ (คาดว่าจะส่งผลทางบวก) ได้ถูกถอนหรือสลบออกไป ซึ่งเงื่อนไขนี้อาจยอมรับไม่ได้ในทางจริยธรรม

รูปแบบ (3) A – B – A – B Design

เส้นฐาน (A)	การทดลองที่จักระทำ (B)	เส้นฐาน (A)	การทดลองที่จักระทำ (B)
T ₁ T ₂ T ₃ T ₄	T ₅ T ₆ T ₇ T ₈	T ₉ T ₁₀ T ₁₁ T ₁₂	T ₁₃ T ₁₄ T ₁₅ T ₁₆
	← X →		← X →

ลักษณะ A – B – A – B Design เป็นแบบการวิจัย A – B – A Design ที่รวมการทดลองที่จักระทำมากกว่า 1 ครั้ง มีการขยายการสังเกตในระหว่างการดำเนินการกระทำครั้งที่ 2 โดยที่เงื่อนไขเส้นฐานและการจักระทำดำเนินไป 2 วงจร จำนวนการสังเกตและวัดในแต่ละช่วงมีจำนวนเท่ากัน ลักษณะของแบบการทดลองนี้จะมี 4 ระยะ ระยะเริ่มต้นเป็นช่วงการสังเกตเส้นฐาน ระยะที่ 2 เป็นการจักระทำ ตามมาระยะที่ 3 เป็นการถอนการจักระทำ (เส้นฐานที่สอง) และระยะสุดท้ายเป็นการนำการจักระทำมาดำเนินการอีกครั้ง

ข้อดี แบบการทดลองนี้มีความเที่ยงตรงภายในสูง สามารถสรุปผลด้วยความมั่นใจว่าผลที่ได้เกิดจากการทดลอง ถ้ารูปแบบผลการวิจัยมีความคงเส้นคงวาใน 2 วงจร

ข้อจำกัด แบบการทดลองรูปแบบนี้ เช่นเดียวกับกับแบบการวิจัยอื่น ๆ ที่มีเส้นฐาน กล่าวคือ ผลการจักระทำที่สังเกตได้ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขเส้นฐานที่เฉพาะที่รวมอยู่ในการทดลอง นอกจากนี้แบบการวิจัย Single – Case Designs ทั้งหลายมีความเที่ยงตรงภายนอกต่ำ ข้อค้นพบไม่สามารถสรุปอ้างอิงไปยังกลุ่มอื่นได้ แบบการวิจัยที่มีการสลบเอาการจักระทำออกไปนั้น ผลของการจักระทำต้องกลับมาสู่เส้นฐานอย่างรวดเร็ว ซึ่งอิทธิพลของการจักระทำไม่น่าจะเกิดขึ้นชั่วคราว ถ้าผลของการจักระทำส่งผลให้มีการเปลี่ยนพฤติกรรมค่อนข้างถาวรแบบการวิจัยเหล่านี้ไม่สามารถใช้ได้ ควรใช้ Multiple Baseline Designs

รูปแบบ (4) Multiple – Baseline Designs

Multiple – Baseline Designs เป็นแบบการวิจัยที่ปรับขยายจาก Single – Subject Designs โดยใช้หลักของรูปแบบ A – B แต่ไม่ได้จำกัดอยู่ที่ตัวอย่าง 1 หน่วย พฤติกรรมเดียวและสถานการณ์เดียว Multiple – Baseline Designs เกี่ยวข้องกับหน่วยตัวอย่าง พฤติกรรม และสถานการณ์มากกว่า 1 อย่างขึ้นไป หรือผสมหลายสิ่งเหล่านี้เข้าด้วยกัน เส้นฐานหลายเส้นที่รวมเข้ามามีการศึกษา เพราะมาจากพฤติกรรม สถานการณ์และหน่วยตัวอย่างที่แตกต่างกัน Multiple Baseline Designs สามารถใช้กับพฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงที่ถาวร หลังจากได้รับการจัดกระทำแล้ว ซึ่งไม่เหมาะสมในการใช้แบบการวิจัยแบบ A – B – A ในกรณีที่พฤติกรรมไม่สามารถกลับไปสู่เส้นฐานเริ่มแรก หลังจากถอนการจัดกระทำออกไป Multiple – Baseline Designs มีหลายลักษณะดังนี้

1. Multiple – Baseline Design Across Behaviors แบบการวิจัยนี้หน่วยตัวอย่างเดียวได้รับการสังเกตพฤติกรรมหลายพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ในสถานการณ์เดียวกัน หลังจากที่ได้รับ การสังเกตในช่วงเส้นฐานมีความคงที่แล้ว มีการจัดกระทำกับพฤติกรรมหนึ่งที่เฉพาะ ในระยะเวลาที่กำหนด ต่อมา มีการจัดกระทำกับพฤติกรรมอันที่สอง ด้วยเวลาที่เท่ากัน ทำเช่นนี้จนครบจำนวนพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยนแปลงแบบการวิจัยนี้มีข้อตกลงว่าการจัดกระทำต่าง ๆ นั้น ส่งผลพฤติกรรมเป้าหมายแต่ละอันอย่างอิสระ กล่าวคือเมื่อพฤติกรรมหนึ่งกำลังได้รับการจัดกระทำ พฤติกรรมอื่น ๆ จะไม่ได้รับผล

2. Multiple – Baseline Design Across Subjects แบบการวิจัยนี้ใช้หน่วยตัวอย่างมากกว่า 2 หน่วยขึ้นไป ถึงแม้ว่าหน่วยตัวอย่างเข้าร่วมการทดลองเป็นรายบุคคล เส้นฐานหลายเส้นมาจากตัวอย่างหลายหน่วย หลังจากพฤติกรรมเส้นฐานมีความคงที่แล้ว จึงมีการจัดกระทำกับตัวอย่างหน่วยที่หนึ่ง ในช่วงเวลาที่กำหนดไว้ หลังจากนั้นตัวอย่างหน่วยที่สองจึงได้รับการจัดกระทำ และเป็นเช่นนี้ต่อไป โดยที่ตัวอย่างแต่ละหน่วยเป็นอิสระในการจัดกระทำ กล่าวคือ การจัดกระทำที่ให้กับตัวอย่างแต่ละหน่วยจะไม่ส่งผลต่อกัน

3. Multiple - Baseline Design Across Situations แบบการวิจัยนี้เป็นแบบการวิจัยที่เส้นฐานต่าง ๆ มาจากสถานการณ์ที่ต่างกัน แต่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและหน่วยตัวอย่างแบบเดียวกัน พฤติกรรมเส้นฐานได้ถูกวัดแล้ว การจัดกระทำทดลองได้นำมาใช้ในสถานการณ์หนึ่ง ในช่วงระยะเวลาที่กำหนด หลังจากนั้นการจัดกระทำได้ถูกจัดทำขึ้นในสถานการณ์ที่สอง เช่นนี้ไปเรื่อย ๆ

4. Multiple – Baseline Designs มีความคงที่ในช่วงเวลาในการจัดกระทำ และจำนวนการสังเกตในช่วงเวลานั้น แบบการวิจัยนี้ค่อนข้างมีความเที่ยงตรงภายนอกมากกว่า Single – Baseline Designs เพราะว่ามีหลายพฤติกรรม ตัวอย่าง และสถานการณ์ในแบบการวิจัย

2.2 แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

2.2.1 แนวคิดในการดูแลตนเอง

บทบาทของประชาชนในเรื่องการดูแลสุขภาพอนามัย และความเจ็บป่วยของตนเองมีมาตั้งแต่ในอดีต โดยจะเป็นในรูปแบบของครอบครัว และชุมชนที่ตนอาศัย อยู่ตามแบบแผนวัฒนธรรม ความเชื่อที่ได้รับการปลูกฝัง และการถ่ายทอดสืบต่อกันมา เช่น การเชนไหว้ บวงสรวงและประกอบพิธีกรรมต่าง ๆ แนวความคิดเรื่องสุขภาพ และการเจ็บป่วยได้มีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาเรื่อยมา การจัดการเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ได้ปรับเปลี่ยนเป็นวิธีการทางการแพทย์ แผนวิทยาศาสตร์มากขึ้น แต่ต้องพบปัญหาที่ต้องพึ่งพาแพทย์มากเกินไปทำให้ประชาชนเริ่มมีความต้องการที่จะเรียนรู้ เรื่องสุขภาพอนามัย เพื่อที่จะสามารถส่งเสริม ป้องกัน และดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง ทำให้แนวคิดเรื่อง การดูแลสุขภาพของตนเอง เป็นประเด็นที่สนใจของนักสังคมวิทยาและมนุษยวิทยาการแพทย์ได้ พยายามส่งเสริมให้แนวคิดดังกล่าว กว้างขวางขึ้น และเป็นที่ยอมรับต่อไปโดยที่มีมาจากแนวความคิด พื้นฐานต่าง ๆ ดังนี้ (มัลลิกา มัติโก, 2530)

1. สุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นมาพร้อม ๆ กับสังคมตั้งนั้น การดูแลจัดการด้านสุขภาพ และความเจ็บป่วย จึงเป็นสิทธิหน้าที่ของประชาชน ครอบครัวและชุมชน
2. สุขภาพ และความเจ็บป่วยอยู่ในขอบข่ายของวัฒนธรรม ซึ่งแต่ละบุคคลย่อมมีวิธี แก้ไขปัญหาที่แตกต่างกันออกไป แม้ว่าปัญหานั้นจะเป็นโรคร้ายไข้เจ็บอย่างเดียวกัน ทั้งนี้เพราะบุคคล แต่ละคนมีประสบการณ์ ค่านิยม และแนวความคิดความเชื่อเรื่องสุขภาพ และความเจ็บป่วยต่างกัน เช่น ความเชื่อในอดีตที่ถือว่าคนอ้วนคือคนที่แข็งแรง แต่ปัจจุบันคนอ้วนคือคนที่เป็นโรค
3. ในชุมชนทุกชุมชนการแก้ปัญหาเรื่องสุขภาพ และความเจ็บป่วยถูกกำหนดไว้แล้ว โดยกฎเกณฑ์ทางสังคม สังคมจะเป็นผู้ระบุและตัดสินว่าใครป่วย ป่วยเป็นอะไร และควรจะรักษา อย่างไร ดังนั้นการรักษาเยียวยาจึงเป็นเรื่องของชุมชน และบุคคลในชุมชนมากกว่า
4. บริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขยังกระจายไปไม่ถึงประชาชนในชนบท เป็นบริการที่มีราคาแพง และสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง จึงมีความจำเป็นที่สังคมจะต้องมีการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการในพื้นฐานของตนเอง ดังกล่าว
5. การส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง จะเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาศักยภาพของ บุคคลเพื่อการพึ่งตนเอง ควบคุมตนเอง และรับผิดชอบตนเองตลอดจนอยู่ภายใต้อำណัติของแพทย์ให้ น้อยลง

จากแนวคิดพื้นฐานดังกล่าวนี้ ทำให้ผู้ที่สนใจศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองอย่าง กว้างขวาง และได้แสดงทัศนะเกี่ยวกับการดูแลตนเองแตกต่างกัน ดังต่อไปนี้

นอร์ริส (Norris, 1976 อ้างถึงใน นพรัตน์ หนูย่านยาง, 2539) ให้ความหมายว่า การดูแลตนเอง คือกระบวนการที่ประชาชนและครอบครัวได้มีโอกาสนำความรู้เริ่ม ความรับผิดชอบ และการกระทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ มาใช้ในการพัฒนาความสามารถของตนเอง เพื่อสุขภาพอนามัยที่ดี

เพนเดอร์ (Pender, 1987 อ้างถึงใน อรพรรณ อิศราภรณ์, 2536) ให้ความหมายว่า การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่มีบุคคลได้ริเริ่ม และกระทำในแนวทางของตนเองเพื่อการดำรงชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่อันดีของตนไว้ การดูแลตนเองของบุคคลต้องมีแบบแผน เป้าหมาย ขั้นตอน ตลอดจนความต่อเนื่องกัน และเมื่อใดที่ได้กระทำอย่างถูกต้องครบถ้วน จะทำให้เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลตนเองมากขึ้น

ฮิล และ สมิธ (Hill and Smith, 1990 อ้างถึงใน กรรณิการ์ พงษ์สนธิ และคณะ, 2535) มีแนวคิดว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นความตั้งใจที่บุคคลจะรับผิดชอบ ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งอาจเกิดจากแรงจูงใจในตัวบุคคล หรือบุคคลภายนอกก็ได้

โอเรม (Orem, 1991) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองไว้ว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลเริ่มกระทำด้วยตนเองเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำเนินชีวิตสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี รวมถึงการหลีกเลี่ยงจากโรคร้าย หรืออันตรายต่าง ๆ ที่คุกคามชีวิตการดูแลตนเองเป็นการกระทำของบุคคลที่ตั้งใจ และมีเป้าหมาย ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีศักยภาพ และความสามารถในการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน

สรุปจากแนวคิดของการดูแลตนเอง การที่ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ หรือปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวัน และยอมรับการปฏิบัติจนเป็นนิสัยเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำเนินชีวิต สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี

2.2.2 จุดหมายของการดูแลตนเอง

1. ส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นไปตามปกติรวมทั้งพัฒนาการของบุคคลให้ประสิทธิภาพตามกำหนด
2. ดำรงไว้ซึ่งโครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของร่างกายเพื่อดำเนินชีวิตตามปกติ
3. ป้องกัน ควบคุม หรือบรรเทาอาหารตามกระบวนการเกิดโรค
4. ป้องกันความพิการ หรือทดแทนสิ่งที่สูญเสียไปแล้ว
5. ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี

2.2.3 ระยะของการตัดสินใจในการดูแลตนเอง

ในแนวคิดของโอเรม (Orem, 1991) การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action and goal oriented) ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะ คือ โอเรม ระยะที่ 1

เป็นระยะของการพิจารณา และตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ ระยะที่ 2 เป็นการกระทำและผลของการกระทำ

ในระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำในระยะนี้บุคคลที่สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม จะต้องเห็นด้วยว่าสิ่งกระทำนั้นเหมาะสมในสถานการณ์นั้น ๆ ดังนั้นก่อนที่บุคคลจะเห็นด้วยกับการกระทำนั้น ๆ ว่าเหมาะสมจึงต้องเล็งเห็นสิ่งที่จะกระทำในสถานการณ์นั้นจะมีประสิทธิภาพและได้ผลตามที่ต้องการ ดังนั้นการดูแลตนเองจึงต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์และสถานการณ์ทั้งภายในและภายนอก ความรู้ที่จะช่วยในการสังเกต มองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำ จึงจะสามารถพิจารณาตัดสินใจกระทำได้

ในระยะที่ 2 เป็นระยะของการดำเนินการกระทำ ซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมายการตั้งเป้าหมายมีความสำคัญยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการดูแลตนเองเพราะเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำและเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตนเองนั้นในการปฏิบัติเพื่อให้ประสบความสำเร็จในการดูแลตนเอง บุคคลผู้นั้นจะต้องมีความรู้ ความชำนาญเป็นพิเศษในกิจกรรมที่จะกระทำ มีแรงจูงใจในการกระทำ และใช้ความพยายามอย่างต่อเนื่องจนได้รับผลสำเร็จ ได้กระทำกิจกรรมนั้นอย่างสม่ำเสมอ โดยมีข้อบกพร่องหรือการล้มน้อยที่สุด และมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนบรรลุผลสำเร็จ

2.2.4 ลักษณะการดูแลตนเอง การดูแลตนเองตามแนวความคิดของ โอเรม (Orem, 1985) จะต้องมึลักษณะ ดังต่อไปนี้

1. เป็นกิจกรรมที่ทำให้การดำรงชีวิตเป็นไปตามปกติ
2. เป็นกิจกรรมที่ทำให้ร่างกายของมนุษย์อยู่ในสภาพปกติและอยู่ในเกณฑ์ปกติทั้งทางด้านโครงสร้าง และการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ
3. เป็นกิจกรรมที่เอื้ออำนวยให้บุคคลมีพัฒนาการในด้านร่างกาย จิตใจ สังคมอย่างมีประสิทธิภาพ และเต็มกำลังความสามารถ
4. เป็นกิจกรรมที่ป้องกันอันตราย และการเกิดพยาธิสภาพต่อร่างกาย และจิตใจของบุคคล
5. เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดการควบคุม จำกัดข้อบกพร่อง หรือผลอันเกิดจากการมีพยาธิสภาพของร่างกาย
6. โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง การที่บุคคลกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองตามความต้องการ ในการดูแลตนเองหรือให้บรรลุจุดมุ่งหมายในการดูแลตนเองของบุคคลนั้นจะต้องมีความสามารถในการดูแลตนเอง

2.3 แนวคิด และทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อ คือความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจมีเหตุผลหรือไม่ มีเหตุผลก็ได้ และทำให้มนุษย์มีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวคิด และความเข้าใจนั้นความเชื่อจึงเป็นสิ่งที่มอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างไร ความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามความคิดเห็น และความเข้าใจนั้น โดยอาจจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้ และความเชื่อในสิ่งนั้น ๆ ไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานแห่งความเป็นจริงเสมอไป หรือความเชื่ออาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความคาดหวัง หรือสมมุติฐานซึ่งอาจจะมีเหตุผล หรือไม่มีเหตุผลก็ได้

ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วย และการรักษา เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยจะปฏิบัติตัวแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น การรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจและค่านิยม

แบบความเชื่อด้านสุขภาพ พัฒนามาจากแนวความคิด ของโรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) ที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบังคับพฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใจกับสิ่งที่ตนพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีต่อตนเอง และหนีห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา การที่บุคคลจะปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคนั้น เพราะบุคคลนั้นมีความเชื่อว่า ตนเป็นผู้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง และมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจะเป็นประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือในกรณีที่เกิดขึ้นแล้วก็ช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ และในการปฏิบัติตนนั้นต้องคำนึงถึงปัจจัยสำคัญทางด้านจิตวิทยาสังคมได้แก่ ค่าใช้จ่าย ความสะดวกสบายในการปฏิบัติ ความยากลำบาก และอุปสรรคต่าง ๆ เป็นต้น

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจึงเป็นแบบแผนที่ใช้เป็นตัวแปรทางจิตสังคม เพื่ออธิบายหรือทำนายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคล (Health related behavior) โดยในระยะแรกนั้น แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมุ่งอธิบายพฤติกรรมอนามัย ในการป้องกันโรคของบุคคล โดยสมมุติฐานว่าบุคคลจะไม่แสวงหาการดูแลเพื่อป้องกันโรคหรือการนั้น ๆ (Becker, 1974) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในระยะแรก มีส่วนประกอบดังนี้

1. ความพร้อมที่จะกระทำ (Readiness to take action) เป็นความพร้อมทางด้านจิตใจของบุคคลที่จะปฏิบัติสิ่งหนึ่งสิ่งใด โดยพิจารณาตัดสินใจจากการรับรู้ของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคนั้น

2. การประเมินถึงประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Evaluation of the advocated health behavior) โดยบุคคลจะประเมินโดยพิจารณาถึงความสะดวกหรือความเป็นไป

ได้ทางปฏิบัติ และผลที่ได้รับว่ามีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือลดความรุนแรงโรคเพียงใด ทั้งนี้โดยเปรียบเทียบกับสิ่งที่เป็นอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติ เช่น ความเจ็บปวดการเสียเวลา ค่าใช้จ่าย เป็นต้น

3. สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (Due to action) อาจเป็นสิ่งชักนำภายใน เช่น อาหาร หรือความเจ็บป่วย หรือสิ่งชักนำภายนอก เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สื่อมวลชนต่าง ๆ ญาติ แพทย์พยาบาล เป็นต้น สามารถเขียนความสัมพันธ์ของส่วนประกอบเหล่านี้

เนื่องจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในระยะแรกเพื่อทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลนั้น ยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ คาร์ส และคอบส์ (Kasl & Cobb, 1976) จึงประยุกต์พฤติกรรมความเจ็บป่วยเข้าไว้ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแบ่งพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกันของบุคคลไว้ 3 ลักษณะ คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Health behavior) หมายถึง กิจกรรมใด ๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ โดยมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันโรค หรือค้นหาโรคในระยะแรกที่ยังไม่มีอาการ

2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึง กิจกรรมใด ๆ ที่บุคคลปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบาย เพื่อประเมินความเจ็บป่วย และรับการรักษาที่เหมาะสม

3. พฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick role behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นแล้ว โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้อาการดีขึ้น เช่น การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย และการให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา เป็นต้น

ต่อมา เบคเกอร์และไมแมน (Becker & Maiman, 1975) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใหม่ โดยนาทฤษฎีทางจิตสังคมมาวิเคราะห์ พฤติกรรมอนามัยของบุคคล โดยอธิบายถึงพฤติกรรมในการตัดสินใจ โดยเพิ่มองค์ประกอบขึ้นอีก เพื่ออธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับการรักษาโรค โดยเน้นที่แรงจูงใจทางด้านสุขภาพของบุคคลที่แสวงหาการรักษาโรค และเพิ่มองค์ประกอบร่วม (Modifying and enabling factor) ซึ่งรวมตัวแปรทางด้านประชากรและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Due to action) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจะปรับปรุงความสามารถในการทำนายพฤติกรรม (Predictability of health behavior) ได้ดีขึ้น ซึ่งมีผู้นำไปประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลาย และสามารถสรุปเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพดังต่อไปนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ซึ่งจะแตกต่างกันออกไปแต่ละบุคคล กล่าวคือ ความเชื่อที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย ซึ่งแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล จึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรคโดยการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและรักษาสุขภาพในระดับที่แตกต่างกัน ซึ่งฮอชบาน (Hochbaum, 1958) ได้กล่าวว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้น เป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่น ที่จะส่งผลให้บุคคล

เกิดการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ เบคเกอร์ (Becker, 1974) จึงสรุปว่า บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี โดยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญในการทำงานพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคของบุคคลได้

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) หมายถึง การที่บุคคลมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคนั้น ๆ มีความรุนแรงต่อสุขภาพและชีวิตของเขา ถ้าหากเขาไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรค หรือการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลซึ่งในความเชื่อด้านสุขภาพกล่าวว่า แม้บุคคลจะตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่พฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอาจจะยังไม่เกิดขึ้น ถ้าบุคคลไม่มีความเชื่อว่าโรคนั้นจะเกิดอันตรายต่อร่างกายหรือกระทบกระเทือนต่อฐานะทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยและการป้องกันโรคได้ และผลที่ได้รับในทางลบส่วนมากจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางด้านจิตวิทยา เช่น ความกลัว ความวิตกกังวลที่สูงหรือต่ำเกินไป

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Perceived benefits of taking the health action minus the barriers or cost of that action) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำ ในการป้องกันโรคนั้นจะสามารถหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วยหรือโรคได้ ถึงแม้บุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคเป็นอย่างดีแล้วก็ตาม แต่การที่จะให้ความร่วมมือ ยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำ จะต้องรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติโดยมีความเชื่อว่า สิ่งที่เขาปฏิบัตินั้นเป็นวิธีที่ดีและเหมาะสมที่จะช่วยป้องกันโรคได้จริง

4. การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived barriers) หมายถึงการรับรู้ถึงอุปสรรคเป็นไปตามการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ได้แก่ การรับรู้ถึงความไม่สะดวก ค่าใช้จ่ายแพงความเลอะอาย เป็นต้น ฉะนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติในสิ่งที่แพทย์แนะนำหรือไม่นั้น จะขึ้นอยู่กับภาระที่หนักข้อดี ข้อเสียของพฤติกรรมดังกล่าว โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เชื่อว่ามีผลดีมากกว่าผลเสีย โรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) กล่าวถึงอุปสรรคต่อการปฏิบัติว่าจะเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจ ถ้าบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติสูงในขณะที่มีอุปสรรคต่อการปฏิบัติจะเกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจยากแก่การแก้ไข จะทำให้มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการปฏิบัติ

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation) หมายถึงสภาพอารมณ์ของบุคคลที่ถูกกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าต่าง ๆ กันในด้านสุขภาพอนามัย เช่น ในกรณีที่บุคคลมีความต้องการที่จะลดโอกาสเสี่ยงหรือความรุนแรงของโรค บุคคลนั้นจะมีความสนใจต่อสุขภาพของตน มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษา เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อลดโอกาสเสี่ยงนั้น ซึ่งแรงจูงใจเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่

ผลักดันให้บุคคลร่วมมือในการรักษา การวัดแรงจูงใจโดยทั่วไปสามารถวัดได้ในรูปของความต้องการที่จะปฏิบัติ

6. ปัจจัยต่าง ๆ (Modifying factors) ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลหรือผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพ ที่มีผลต่อความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำต่าง ๆ ความต่อเนื่องในการรักษาหรือให้คำแนะนำทางสุขภาพและปัจจัยทางสังคม (Social factor) เช่น บุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนที่มีผลในการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมรวมถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Due to action) อาจมีสิ่งชักนำภายใน เช่น การเจ็บป่วยต่าง ๆ และสิ่งชักนำภายนอก ได้แก่ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหรือสื่อมวลชนต่าง ๆ (Mass media communication) ตลอดจนประสบการณ์ที่เคยมี บุคคลในครอบครัว หรือเพื่อนร่วมงาน สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งเกี่ยวกับสุขภาพ นอกจากนี้ ยังต้องมีปัจจัยทางด้านประชากร (Demographic variables) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ เป็นต้น ซึ่งสามารถนำไปใช้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลในเรื่องต่าง ๆ เพราะอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาโรคหรือป้องกันโรคได้มากขึ้น

สรุปได้ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพสามารถใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมของบุคคลทั้งในด้านการเจ็บป่วยและการป้องกันโรคได้ดี

2.4 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

2.4.1 ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ

พิสมัย จันทรวิมล (2541) ได้สรุปความหมาย การสร้างเสริมสุขภาพตามที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization – WHO) ได้จัดประชุมนานาชาติเรื่องการส่งเสริมสุขภาพที่กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา เมื่อปี พ.ศ. 2529 ได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพในกฎบัตรออตตาวา เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter for Health Promotion) การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น เพื่อให้บรรลุการมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม ปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มบุคคลต้องมีความสามารถในการบ่งบอกและตระหนักถึงความสามารถของตนเองสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อสนองความต้องการของตนเองได้ สามารถเปลี่ยนแปลงหรือปรับตนเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้ โดยที่สุขภาพมีความหมายในทางบวกหรือเป็นวิถีชีวิต เน้นที่ความสำคัญของบุคคล สมรรถภาพของร่างกายและสังคม การส่งเสริมสุขภาพมิใช่ความรับผิดชอบขององค์กรในภาคสุขภาพเท่านั้นหากรวมไปถึงความรับผิดชอบของบุคคลที่จะต้องดำเนินชีวิตอย่างมีเป้าหมายเพื่อความเป็นสุขภาพที่ดี อันจะนำไปสู่ความผาสุกโดยรวม

ประเวศ วะสี (2545) กล่าวว่า การสร้างเสริมสุขภาพเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญที่สุดในการปฏิรูประบบสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพประกอบด้วยภารกิจที่มีจิตสำนึกหรือจิตนาการใหม่ในเรื่องสุขภาพที่ดีและเกิดพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน โรงเรียน สถานที่ทำงาน ระบบการสังคม สื่อมวลชน ตลอดจนนโยบาย อาจจะเรียกการนี้ว่า การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนทั้งมวล (Health Promotion for All) คนทั้งมวลสร้างเสริมสุขภาพ (All for Health Promotion)

สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ (2541) ได้สรุปว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง สุขภาพในที่นี้หมายถึงความสุขสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย ทางจิตใจและทางสังคม ซึ่งนอกจากจะมีตัวกำหนดจากปัจจัยด้านปัจเจกบุคคลแล้ว ยังได้รับผลกระทบอย่างสำคัญจากปัจจัยพื้นฐานทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์ในสังคม อาหาร รายได้ การเสริมสร้างอำนาจแก่สตรี ระบบนิเวศน์ที่มั่นคง การใช้ทรัพยากรแบบยั่งยืน ความยุติธรรมทางสังคม การเคารพสิทธิมนุษยชนและความเสมอภาค

อำพล จินดาวัฒนะ (2564) ได้เรียบเรียงและเสนอบทความพิเศษเรื่อง ส่งเสริม – สร้างเสริมสุขภาพ กล่าวถึงคำว่า Health Promotion ซึ่งใช้ในคำไทยว่า “การส่งเสริมสุขภาพ” เป็นการบริหารจัดการของบุคลากรสาธารณสุขเพื่อสุขภาพของประชาชน ได้ถูกขยายให้มีความหมายกว้างขึ้นเป็นเรื่องยุทธศาสตร์ของการทำให้เกิดสุขภาพที่ดี มีการนำคำว่า “การสร้างเสริมสุขภาพ” มาใช้แทนกันอย่างกว้างขวางมากขึ้น ซึ่งสื่อความหมายไปถึงทั้ง “การสร้าง” คือการทำให้ขึ้นมาใหม่ และ “การเสริม” คือการทำให้เพิ่มขึ้นที่ทุกคนทุกฝ่ายทำได้และช่วยกันทำในขณะที่มีบางเรื่องต้องรอ “การเสริม” จากคนอื่น

จากความหมายการส่งเสริมสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพข้างต้น สรุปได้ว่า การสร้างเสริมสุขภาพมีความหมายกว้างกว่าการส่งเสริมสุขภาพ และเป็นคำที่นำมาใช้ใหม่แทนคำว่า “การส่งเสริมสุขภาพ” เพื่อให้เกิดยุทธศาสตร์ให้การดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศ ซึ่งบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม สามารถดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพได้เองโดยไม่ต้องรอการส่งเสริมจากหน่วยใด ดังนั้นจึงสรุปความหมายของคำว่า การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึงกระบวนการสร้างเสริมและการส่งเสริมสุขภาพให้บุคคลเพิ่มความสามารถในการควบคุมดูแลและพัฒนาสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและสังคมให้ดีขึ้น ก่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกายจิตใจ และสังคมนวมถึงการควบคุมดูแลสิ่งแวดล้อมให้อ่อนแอวยต่อภาวะสุขภาพทั้งต่อบุคคลและชุมชนโดยรวมอีกทั้งการดำเนินชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ซึ่งส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีในที่สุด

2.4.2 รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้รับความสนใจเป็นอย่างมาก เพราะสามารถอธิบายโดยภาพรวมของคน ไม่ใช่พฤติกรรมเฉพาะหรือภาวะโรคใดโรคหนึ่งเท่านั้น แต่เป็นแนวคิดที่ผสมผสานระหว่างพฤติกรรมศาสตร์ และศาสตร์ทางการแพทย์ให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านชีวิตสังคม ทำให้มีความครอบคลุมและเป็นองค์รวม ซึ่งจะทำให้บุคคลมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีในที่สุด รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health-Promotion Model) มีแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีความคาดหวังคุณค่า (Expectancy-Value Theory) มีแนวคิดว่าคุณคนจะกระทำเมื่อเห็นว่าการกระทำนั้นมีคุณค่าและประโยชน์และจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Cognitive Theory) ซึ่งมีแนวคิดว่าการกระทำของบุคคลจะไม่เกิดจากแรงผลักดันภายในเท่านั้น แต่มีแรงผลักดันจากปัจจัยภายนอก และการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมด้วย

เพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพขึ้นครั้งแรก ในปี ค.ศ. 1987 โดยอธิบายเกี่ยวกับแนวคิดพื้นฐานของการกระทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพว่าเกิดจากทฤษฎี 2 ทฤษฎี คือ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Cognitive Theory) และทฤษฎีความคาดหวังคุณค่า (Expectancy-Value Theory) กล่าวคือ การที่บุคคลกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องนั้น จนกลายเป็นแบบแผนในชีวิตประจำวันได้ เป็นผลมาจากปัจจัย 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านสติปัญญา-การรับรู้ (Cognitive-Perceptual Factors) ปัจจัยด้านการปรับเปลี่ยน (Modifying Factors) และปัจจัยที่เป็นตัวชี้แนะการกระทำ (Cues to Action) ปัจจัยด้านสติปัญญา-การรับรู้ เป็นกลไกเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยปัจจัยย่อย 7 ปัจจัย คือ การให้ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหมายของสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับปัจจัยการปรับเปลี่ยนมีผลทางอ้อมต่อการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยผ่านปัจจัยด้านสติปัญญา-การรับรู้ ได้แก่ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านประชากร อิทธิพลระหว่างบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรมและตัวชี้แนะการกระทำกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ถูกนำมาใช้ในงานวิจัยต่าง ๆ มากมาย และพบว่าปัจจัย ได้แก่ ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ และสิ่งชักนำให้เกิดการกระทำที่ไม่สามารถอธิบายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้

ต่อมาเพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้ปรับปรุงรูปแบบพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพขึ้นมาใหม่ หลังจากมีการศึกษาวิจัยและทดสอบการใช้ทฤษฎีใหม่ ในกลุ่มเด็กวัยรุ่นและครอบครัว โดยมีการตัดตัวแปร 3 ตัวแปร คือ ความสำคัญต่อสุขภาพ (Importance of Health) การรับรู้การควบคุมสุขภาพ (Perceived Control of Health) และสิ่งชักนำให้เกิดการกระทำส่วนการให้คำจำกัด

ความของคำว่าสุขภาพ (Definition of Health) สิ่งชักนำให้เกิดการกระทำที่รู้ภาวะสุขภาพ (Perceived Health Status) และลักษณะทางประชากรและทางชีววิทยา (Demographic and Biologic Characteristics) เข้าไปอยู่ในปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล นอกจากนี้ยังได้เพิ่มตัวแปร 3 ตัว คือ ความรู้ที่นึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม (Activity-Related Effect) ทางเลือกที่สอดคล้องกับความต้องการและความชอบที่เกิดขึ้นทันทีทันใด (Immediate to a Plan of Action) โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ประกอบไปด้วยดังนี้ 1) ประสบการณ์และลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล ประกอบด้วยพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ แรงจูงใจ ความสามารถของตนเองในการกระทำกิจกรรม วัฒนธรรม เชื้อชาติการศึกษา เป็นต้น 2) ความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะ คือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง กิจกรรมที่สัมพันธ์กับอารมณ์ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์และ 3) ผลที่เกิดจากพฤติกรรม คือ พันธะสัญญาเพื่อวางแผนการกระทำ ความต้องการและความชอบ เพนเดอร์ (Pender, 1996) จึงได้กำหนดแบบแผนการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบไปด้วยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ 6 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ ด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและด้านการจัดการกับความเครียด

2.4.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

จากความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ จะเห็นว่าสุขภาพมีลักษณะเป็นองค์รวมที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต และสิ่งแวดล้อม ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ปัจจัยใหญ่ๆ ด้วยกัน คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล กับ 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ พันธุกรรม อายุ เพศ และวิถีทางดำเนินชีวิต จากรายงานการศึกษาของ Powell และคณะ พบว่าสาเหตุของการเจ็บป่วยและสูญเสียศักยภาพของชีวิตก่อนวัย 65 ปี ของประชากรในประเทศอเมริกา ที่สำคัญอันดับแรก คือ วิถีทางดำเนินชีวิต คือ ร้อยละ 54 สิ่งแวดล้อมร้อยละ 22 และพันธุกรรมเพียงร้อยละ 16 เท่านั้น อย่างไรก็ตามปัจจัยทั้ง 3 อย่างมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด เช่น สิ่งแวดล้อมอาจมีอิทธิพลต่อวิถีทางดำเนินชีวิตด้วย ซึ่งผลการศึกษาในแต่ละประเทศอาจแตกต่างกัน 1.1 วิถีการดำเนินชีวิตหรือพฤติกรรมสุขภาพ มีส่วนในการกำหนดภาวะสุขภาพเป็นอย่างมาก เช่น พฤติกรรมมารับประทานอาหารมีส่วนในการทำให้เกิดโรคต่าง ๆ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา พฤติกรรมสำส่อนทางเพศ พฤติกรรมไม่ออกกำลังกาย การใช้ชีวิตที่เร่งด่วนการเผชิญกับความเครียดที่ไม่เหมาะสม ตลอดจนการขาดทักษะที่จะอยู่ร่วมกันอย่างเกื้อกูลกันมีส่วนทำให้เกิดปัญหาทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต 1.2 อายุ มีผลต่อภาวะสุขภาพ เด็กหรือผู้สูงอายุ

เป็นวัยที่เปราะบาง ภูมิต้านทานต่ำความสามารถในการเผชิญความเครียดต่าง ๆ มีจำกัด จึงทำให้เจ็บป่วยได้ง่ายและมักจะไม่แข็งแรงนอกจากนั้นผู้สูงอายุยังมีความเสื่อมตามวัย ทำให้การทำหน้าที่ต่าง ๆ ทั้งร่างกายและความทรงจำลดลง 1.3 เพศ มีผลต่อภาวะสุขภาพ เพศชายในแทบทุกประเทศจะมีอายุขัยเฉลี่ย เมื่อแรกเกิดสั้นกว่าผู้หญิง เช่น ในประเทศไทยปี 2539 ผู้หญิงมีอายุขัยเฉลี่ย 71.1 ปี ผู้ชาย 66.6 ปี และคาดว่าในปี 2544 ผู้หญิงจะเพิ่มเป็น 72.20 ปี และผู้ชายเป็น 67.91 ปี (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติด้านสาธารณสุข พ.ศ. 2540-2544) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องส่วนหนึ่งมาจากพฤติกรรมสุขภาพผู้ชายโดยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำลายสุขภาพมากกว่าผู้หญิงและทำงานที่เสี่ยงกว่าผู้หญิง

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพ ด้านชีวภาพและด้านสังคม สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ อากาศ น้ำ และระบบสุขาภิบาล ที่อยู่อาศัยและขยะมูลฝอย สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ เช่น เชื้อโรค พาหะนำโรค ยุง แมลง เป็นต้น ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับระบบการสุขาภิบาล สิ่งแวดล้อมทางสังคม เช่น การเมือง การศึกษา เศรษฐกิจ วัฒนธรรม กฎหมาย ความยากจน ความสัมพันธ์ทางสังคม ความเสมอภาค อำนาจสตรี และทิศทางการพัฒนาประเทศ เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีผลต่อสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพเป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคม มีผลต่อภาวะสุขภาพของประชาชนเช่นกัน ระบบบริการสุขภาพจะต้องครอบคลุมและเข้าถึงประชาชนโดยส่วนใหญ่ของประเทศ ไม่ใช่กระจุกตัวอยู่ในเมืองใหญ่ๆ เป็นระบบที่มีความหลากหลาย คือ ผสมผสานระหว่างการแพทย์แผนไทย การนวด การใช้ชีวิต การใช้สมาธิ ฝึกโยคะ หรือรำมวยจีน เป็นต้น และประการสุดท้าย ระบบบริการสุขภาพจะต้องเน้นการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพให้มาก เพราะโรคภัยไข้เจ็บส่วนใหญ่ เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยง รวมทั้งอุบัติเหตุ ซึ่งสามารถป้องกันได้

จากแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพและปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพดังกล่าว จะเห็นว่าการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพนั้น จะต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ หลายฝ่าย ทั้งของรัฐและองค์กรเอกชน แต่บุคคลที่สำคัญที่สุด คือ ตัวประชาชนเอง จะต้องเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจัง ซึ่งพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นผลจากอิทธิพลของปัจจัย 3 ด้าน ดังนี้

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ (Individual Characteristics and Experiences) แต่ละบุคคลจะมีลักษณะและประสบการณ์ที่เฉพาะ ซึ่งเป็นผลจากการกระทำที่ต่อเนื่องในอดีต ประกอบด้วย 1.1 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอดีต (Prior Related Behavior) พฤติกรรมที่บุคคลเคยปฏิบัติมาก่อน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่คล้ายๆ กัน ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยอ้อม เป็นผลที่เกิดขึ้นในทางบวกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ หรือจากการกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ โดยผ่านการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factors) แบ่งได้ 3 ด้าน คือ

1) ปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่ อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย ภาวะทางการแพทย์ พันธุ์ ความสามารถในการทำงาน แบบต่อเนื้อ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความคล่องแคล่วว่องไวหรือการทรงตัว 2) ปัจจัยทางจิต ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง สมรรถนะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และคำจำกัดความของสุขภาพ 3) ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ เชื้อชาติ ชนชาติ วัฒนธรรม การศึกษา และฐานะเศรษฐกิจในสังคม

2. ความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะ (Behavior Specific Cognitions and Affect) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติ และเป็นปัจจัยที่จะนำไปใช้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย 2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (Perceived Benefits of Action) บุคคลมักคาดหวังประโยชน์ที่จะได้รับจากการกระทำ พฤติกรรมที่มีความเป็นไปได้สูงว่าจะเกิดประโยชน์ของการกระทำมีทั้งประโยชน์ภายใน เช่น ความรู้สึกตื่นตัว ความอ่อนล้าลดลง และประโยชน์ภายนอก เช่น การได้รับรางวัล การได้เข้าร่วมกลุ่มในสังคม การรับรู้ประโยชน์ภายนอก เป็นแรงจูงใจที่สำคัญให้เริ่มต้นปฏิบัติพฤติกรรม ส่วนการรับรู้ประโยชน์ภายในเป็นแรงจูงใจที่ทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง การรับรู้ประโยชน์มีอิทธิพลโดยตรงในการจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรม และโดยอ้อมจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน แต่จะมีอิทธิพลมากขึ้นอยู่กับความสำคัญของประโยชน์ และระยะเวลาระหว่างการปฏิบัติและการเกิดประโยชน์ 2.2 การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ (Perceived Barriers to Action) การคาดการณ์ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมมีผลต่อความตั้งใจ และการปฏิบัติของบุคคล การรับรู้อุปสรรคกระตุ้นให้เกิดการหลีกเลี่ยง โดยเฉพาะเมื่อขาดความพร้อมในการปฏิบัติและการรับรู้อุปสรรคสูง แต่ถ้ามีความพร้อมสูงและการรับรู้อุปสรรคต่ำก็จะมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมมากขึ้น การรับรู้อุปสรรคมีผลโดยตรงในการขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมและโดยอ้อม คือ ทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนลดลง 2.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived Self-Efficacy) เป็นความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม คือ ถ้ามีความรู้สึกด้านบวก จะรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง มีผลโดยตรงต่อการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม คือ บุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมต่ำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลสร้างเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมโดยตรง 2.4 อารมณ์ที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรม (Activity-Related Affect) เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่างหรือภายหลังการปฏิบัติกิจกรรม ความรู้สึกมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมซ้ำ ความรู้สึกด้านบวกทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ ความรู้สึกด้านลบทำให้เกิดการหลีกเลี่ยงการปฏิบัติ 2.5 อิทธิพลด้านสัมพันธภาพ (Interpersonal Influences) เป็นปัจจัยอิทธิพลของบุคคลอื่น บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มเพื่อน บุคลากรทางสุขภาพ รวมถึงบรรทัดฐานทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติตามตัวแบบ การยอมรับอิทธิพลของบุคคลอื่นอาจแตกต่างกันไปตามระยะพัฒนาการ 2.6 อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situation Influences) เป็นปัจจัยจากสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่จะปฏิบัติ มีผลต่อการ

ตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมนั้น หากรู้สึกว่าการกระทำนั้นน่าสนใจ เหมาะสม มีความเกี่ยวข้องกับตนเองและปลอดภัย

3. ผลลัพธ์ทางพฤติกรรม (Behavior Outcome) ประกอบด้วย 3.1 ข้อผูกมัดต่อแบบแผนการกระทำ (Commitment to a Plan of Action) เป็นกระบวนการที่ต้องใช้ความรู้ ความคิดตกลงใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมในช่วงเวลา สถานที่ที่กำหนดร่วมกันกับบุคคลอื่นหรือเพียงลำพัง และกำหนดวิธีการที่แน่นอนสำหรับการปฏิบัติให้เป็นผลสำเร็จ 3.2 ความต้องการอื่นหรือสิ่งที่ชอบมากกว่าที่ปรากฏขึ้นในขณะนั้น (Immediate Competing Demands and Preferences) เป็นปัจจัยซึ่งเป็นทางเลือก โดยไม่คาดคิดมาก่อนเป็นผลให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ตามที่ตั้งใจไว้ 3.3 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Behavior) ครอบคลุมพฤติกรรม 6 ด้าน ประกอบด้วย การพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย อาหาร และโภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการจัดการกับความเครียด

2.4.4 แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

สุขภาพเป็นผลรวมของสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมไม่ใช่สภาวะที่ปราศจากโรคแต่เพียงอย่างเดียว ซึ่งสภาวะที่สมบูรณ์นี้เป็นผลมาจากองค์ประกอบหลายด้าน ไม่เฉพาะด้านกรรมพันธุ์และสิ่งแวดล้อมเท่านั้นที่มีผลต่อสุขภาพ ยังรวมถึงการส่งเสริมสุขภาพหรือการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องการมีสุขภาพที่ดีนั้น ชัชวาล ศิลปะกิจ (2541) กล่าวว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตนั้นมี 3 ส่วนส่วนแรกคือ สิ่งแวดล้อมหรือสิ่งที่ตนเองกระทำร่วมกับผู้อื่นได้แก่ ครอบครัว ชุมชน แพทย์ และสถานบริการทางสุขภาพ เป็นต้น คิดเป็นร้อยละ 31 ส่วนที่สองคือกรรมพันธุ์หรือสิ่งที่ร่างกายมีอยู่ และไม่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือควบคุมได้คิดเป็นร้อยละ 16 ส่วนที่สาม คือ วิถีชีวิตหรือสิ่งที่ตนเองสามารถทำได้ตามลำพังเพื่อสุขภาพอนามัยของตนเองมีร้อยละ 53 ซึ่งเป็นส่วนที่สำคัญที่สุด และการที่จะมีสุขภาพที่ดีได้นั้นต้องประกอบไปด้วยการมีโภชนาการที่ดีความสามารถที่จะควบคุมความเครียดได้ มีสมรรถภาพทางกายที่ดี มีความรักต่อสิ่งแวดล้อม และมีพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสมนับว่าเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดและมีส่วนสนับสนุนให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีการหลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นต้นนับได้ว่าเป็นการแสดงออกถึงพฤติกรรมที่ถูกต้อง

สรุปได้ว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมไปสู่สภาวะที่ถูกต้องและเหมาะสม นำมาซึ่งการมีสุขภาพที่ดีการส่งเสริมสุขภาพเป็นแบบแผนการแสดงพฤติกรรมเพื่อก่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นการยกระดับความเป็นอยู่ให้ดีขึ้น การส่งเสริมให้ประชาชนมีวิถีชีวิตที่ดีตามแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ คือการทำให้ประชาชนตระหนักว่า เขาสามารถกำหนดและควบคุมสุขภาพของเขาเองได้ ปฏิเสธแนวคิดที่ว่า การที่จะมีสุขภาพที่ดีได้นั้นไม่ใช่เกิดจากการดูแลรักษาของแพทย์หรือพยาบาลแต่เพียงอย่างเดียว แต่เกิดจาก

การส่งเสริมให้เอาใจใส่สร้างเสริมสุขภาพซึ่งสามารถปฏิบัติได้ง่ายในชีวิตประจำวัน เช่น รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ออกกำลังกายวันละ 30 นาที เป็นประจำมีการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม ดังนั้นจึงได้มีผู้กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีไว้ดังนี้

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2548) ได้กำหนดให้ใช้นโยบาย 6 อ. ในการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายเมืองไทยแข็งแรงดังนี้ อ.ที่ 1 อาหาร อ.ที่ 2 ออกกำลังกาย อ.ที่ 3 อารมณ์ อ.ที่ 4 อโรควา อ.ที่ 5 อนามัยสิ่งแวดล้อม และ อ.ที่ 6 คืออบายมุข รายละเอียดดังนี้

1. อ.ที่ 1 อาหาร คือ เลือกซื้อและบริโภคอาหารที่เหมาะสม
2. อ.ที่ 2 ออกกำลังกาย คือ ประชาชนทุกกลุ่มอายุ มีการออกกำลังกายวันละ 30 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์
3. อ.ที่ 3 อารมณ์ คือ เยาวชนเป็นสมาชิกชมรม To be Number One และมีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง
4. อ.ที่ 4 อโรควา คือ ลดอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ สมาชิกชมรมอายุ 40 ปีขึ้นไปตรวจสุขภาพ สมาชิกชมรมอายุ 35 ปีขึ้นไปมีความรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้อง
5. อ.ที่ 5 อนามัยสิ่งแวดล้อม คือ พัฒนาสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี พัฒนาตลาดสดน่าซื้อและพัฒนาโรงเรียนเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ
6. อ.ที่ 6 อบายมุข คือ ลดปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการสูบบุหรี่หรือสูรา ยาเสพติดและลดการเล่นพนัน ในหมู่บ้าน

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2563) กรมอนามัย ประกาศนโยบาย "คนกรมอนามัยไร้พุง มุ่งสู่สุขภาพดีปี 2557" ยึดหลัก 3อ. 2ส. สถานการณ์การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสิ่งที่ทั่วโลกกำลังให้ความสนใจเป็นอย่างมาก ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าปี 2558 ทั่วโลกจะมีคนที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน 2,300 ล้านคน คนอ้วน 700 ล้านคนภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้แก่โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวานส่งผลให้แต่ละปีมีผู้เสียชีวิตกว่า 2.8 ล้านคนที่ผ่านมา กรมอนามัยได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าวพร้อมทั้งส่งเสริมสุขภาพประชาชนผ่านโครงการคนไทยไร้พุง ซึ่งสร้างองค์กรต้นแบบไร้พุงทั้งในหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นจำนวนมากและรณรงค์ให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3 อ. 2 ส. คืออาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ไม่ตึงเครียด ไม่สูบบุหรี่โดยมีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพต่าง ๆ มีรายละเอียดดังนี้

1. อ. 1 อาหาร มีพฤติกรรมการกินอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการโดยให้ได้รับสารอาหารชนิด ทั้งคาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน วิตามิน แร่ธาตุและน้ำ ในปริมาณที่เพียงพอกับความ ต้องการของร่างกาย กินอาหารครบทั้ง 5 หมู่

2. อ. 2 ออกกำลังกาย มีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยอย่างสม่ำเสมอสัปดาห์ละ 3 – 5 ครั้ง และในแต่ละวันออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที การออกกำลังกายที่สมบูรณ์แบบ คือการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ได้แก่ ว่ายน้ำ วิ่ง ปั่นจักรยาน เดินเร็ว กระโดดเชือก แอโรบิก และโยคะ เป็นต้น จะทำให้ปอดและหัวใจ หลอดเลือด ตลอดจนระบบไหลเวียนทั่ว ร่างกายแข็งแรง ทนทาน และทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ

3. อ. 3 อารมณ์ มีพัฒนาการด้านอารมณ์ที่เหมาะสม ปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขความเป็นไปแห่งจิตใจในขณะหรือช่วงเวลาหนึ่งๆ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพมาก มักมีคำพูด ที่กล่าวว่า “กายและจิตสัมพันธ์กัน” ถ้าอารมณ์เสียขุ่นมัว ก็จะสนับสนุนการเกิดสุขภาพที่ทรุดโทรม แต่ถ้าอารมณ์ดีแจ่มใส ก็จะทำให้สุขภาพสมบูรณ์ เพื่อให้เสริมสร้างภาวะอารมณ์ที่ดี จึงจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการ ทั้งทางด้านส่งเสริมหลายระดับ

4. ส. 1 ไม่สูบบุหรี่ไม่เสพติดบุหรี่เป็นสารเสพติดชนิดหนึ่งที่ถึงแม้ว่า จะเสพได้โดยไม่ ผิดกฎหมายแต่พิษภัยของบุหรี่ยี่ร้ายแรง เพราะในควันบุหรี่มีสารพิษอยู่มากมาย ผลกระทบที่เกิดจาก คนรอบข้าง ไม่จำหน่ายให้กับเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี

5. ส. 2 ไม่ดื่มสุรา สุราเป็นเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสมอยู่เมื่อดื่มสุราแอลกอฮอล์ จะถูกดูดซึมเข้าไปสู่กระแสเลือดไปยังประสาทส่วนกลาง ซึ่งถ้าดื่มติดต่อกันเป็นประจำจะทำให้ติดสุรา พิษภัยของสุรา และไม่จำหน่ายให้กับเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี

สรุป จากการทบทวนแนวคิดเรื่องพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้ใช้แนวทางการส่งเสริมสุขภาพของกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข 5 ด้าน ตามหลัก 3อ. 2ส. ได้แก่ ด้านอาหาร (การบริโภคอาหาร) ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ ด้านการไม่สูบบุหรี่ และด้านการไม่ดื่มสุรา มาใช้เป็นแนวทางและปรับใช้ในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนในกลุ่มผู้สูงอายุ ติดบ้าน

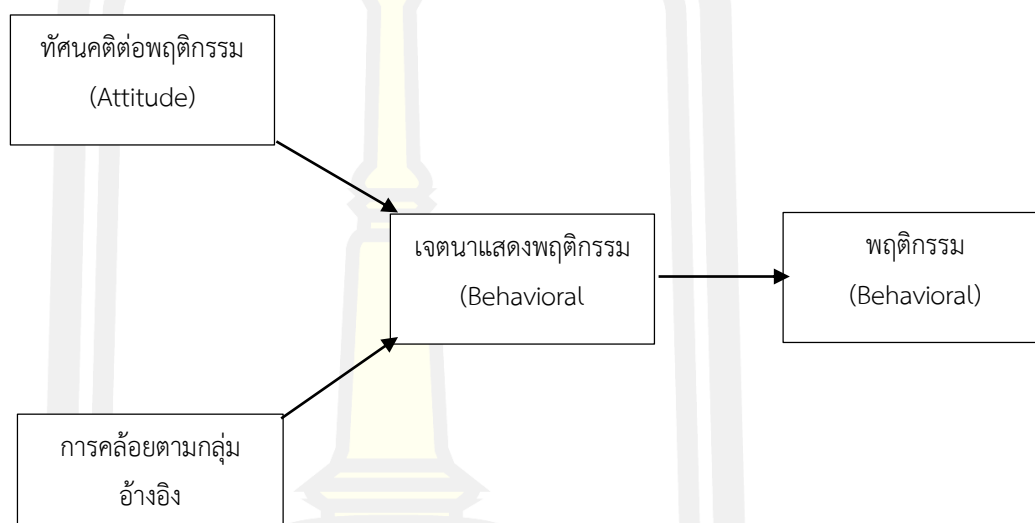
2.4.5 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับพฤติกรรม

1. ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action: TRA)

ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action: TRA) เป็นทฤษฎีที่ถูกคิดค้นขึ้นในปี ค.ศ. 1975 โดย Icek Ajzen และ Martin Fishbein เป็นทฤษฎีพื้นฐานที่ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายที่นำมาใช้ในการศึกษาพฤติกรรมมนุษย์ ตามทฤษฎีได้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อและทัศนคติต่อพฤติกรรม ว่าการเปลี่ยนแปลงความเชื่อจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมของบุคคล โดยบุคคลจะคำนึงถึงเหตุผลก่อน ถ้าบุคคลมีความเห็นว่าเป็นสิ่งที่ควรกระทำ บุคคลจะแสดงพฤติกรรม

ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล ได้อธิบายว่า ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการแสดงพฤติกรรมของบุคคลโดยตรง คือ เจตนาแสดงพฤติกรรม (Behavioral intention) ซึ่งมีปัจจัย 2 ประการที่ก่อให้เกิดเจตนาแสดงพฤติกรรมขึ้นมา ได้แก่ ทศนคติต่อพฤติกรรม (Attitude) และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm)



ภาพประกอบ 1 แบบจำลองทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล

ที่มา : Fishbein & Ajzen (1975)

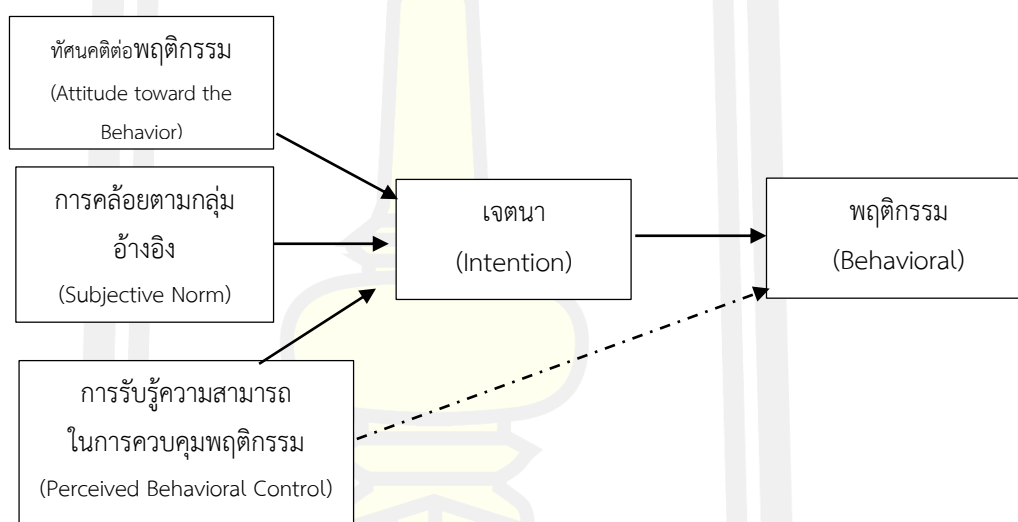
ทัศนคติต่อพฤติกรรม (Attitude) คือ การประเมินของบุคคลที่มีต่อภาพรวมของพฤติกรรม รวมไปถึงผลที่ตามมาของพฤติกรรม ซึ่งมีทั้งด้านบวกและด้านลบ คือ ถ้าผลการประเมินต่อผลที่ตามมาของพฤติกรรมที่บุคคลได้กระทำเป็นทางด้านบวก บุคคลจะมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมในทางตรงกันข้าม ถ้าผลการประเมินต่อผลที่ตามมาของพฤติกรรมที่บุคคลได้กระทำเป็นทางด้านลบ บุคคลจะมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อพฤติกรรมนั้น

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm) คือ การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความต้องการ หรือความคาดหวังของสังคมที่มีผลต่อบุคคล ซึ่งเป็นได้ทั้งกลุ่มคนใกล้ชิดที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้น เช่น พ่อ แม่ ลูก สามี ภรรยา เป็นต้น หรือเป็นกลุ่มคนไกลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้น เช่น เพื่อนร่วมงาน ผู้บังคับบัญชา ในการที่จะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมใดๆ หากบุคคลมีการประเมินว่า กลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อเขาต้องการให้แสดงพฤติกรรม แนวโน้มที่พฤติกรรมจะถูกแสดงออกจะเพิ่มมากขึ้น ในทางกลับกันบุคคลจะไม่แสดงพฤติกรรม ถ้าเกิดการรับรู้ว่าคุณกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพล ไม่ต้องการให้เขาแสดงพฤติกรรม

2. ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior: TPB)

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) เป็นทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคม ที่ได้รับการพัฒนาโดย Icek Ajzen ขึ้นในปี ค.ศ. 1985 จนกระทั่งถึง ค.ศ. 2002 ทฤษฎีนี้ถูกพัฒนาจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action: TRA) ของ Icek Ajzen และ Martin Fishbein เพื่อแก้ไขในเรื่องข้อจำกัดในด้านพฤติกรรมของบุคคลที่มีเจตนาในการควบคุมพฤติกรรมซึ่งไม่ได้กล่าวถึงในทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ได้อธิบายว่า พฤติกรรม (Behavior) ที่ถูกแสดงออกมานั้นเป็นผลมาจาก เจตนา (Intention) ซึ่งมีปัจจัย 3 ประการที่มีอิทธิพลต่อการก่อให้เกิดเจตนา ได้แก่ ทักษะคติต่อพฤติกรรม (Attitude Toward the Behavior) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavioral Control)



ภาพประกอบ 2 แบบจำลองทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

ที่มา : Ajzen (1985)

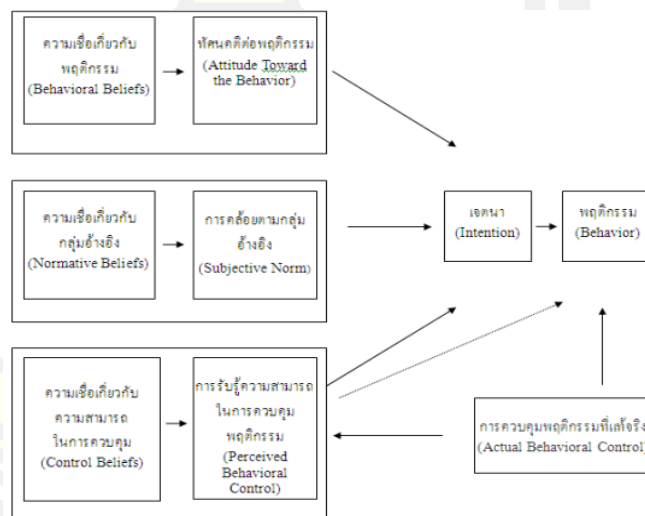
ทัศนคติต่อพฤติกรรม (Attitude Toward the Behavior) คือ การประเมินของบุคคลที่มีต่อภาพรวมของพฤติกรรม รวมไปถึงผลที่ตามมาของพฤติกรรม ซึ่งมีทั้งด้านบวกและด้านลบ คือ ถ้าผลการประเมินต่อผลที่ตามมาของพฤติกรรมที่บุคคลได้กระทำเป็นทางด้านบวก บุคคลจะมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรม ในทางตรงกันข้ามถ้าผลการประเมินต่อผลที่ตามมาของพฤติกรรมที่บุคคลได้กระทำเป็นทางด้านลบ บุคคลจะมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อพฤติกรรมนั้น

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm) คือ การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความต้องการ หรือความคาดหวังของสังคมที่มีผลต่อบุคคล ซึ่งเป็นได้ทั้งกลุ่มคนใกล้ชิดที่มีอิทธิพลต่อ

บุคคลนั้น เช่น พ่อ แม่ ลูก สามี ภรรยา เป็นต้น หรือเป็นกลุ่มคนไกลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้น เช่น เพื่อนร่วมงาน ผู้บังคับบัญชา ในการที่จะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมใดๆ หากบุคคลมีการประเมินว่า กลุ่มบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อเขาต้องการให้แสดงพฤติกรรม แนวโน้มที่พฤติกรรมจะถูกแสดงออกจะเพิ่มมากขึ้น ในทางกลับกันบุคคลจะไม่แสดงพฤติกรรม ถ้าเกิดการรับรู้ว่าคุณกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลไม่ต้องการให้เขาแสดงพฤติกรรม

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavioral Control) คือ ความเชื่อของบุคคลที่มีต่อการแสดงพฤติกรรม รวมไปถึงสามารถควบคุมพฤติกรรมนั้นให้เป็นไปอย่างที่ตั้งใจได้ ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าสามารถกระทำพฤติกรรมได้โดยง่ายและสามารถควบคุมผลที่ออกมาอย่างที่ตั้งใจไว้ บุคคลมีแนวโน้มจะแสดงพฤติกรรม แต่ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าการกระทำพฤติกรรมทำได้ยาก และไม่สามารถควบคุมผลที่ออกมาได้อย่างที่ตั้งใจไว้ แนวโน้มที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมจะลดลง

ต่อมาในปี ค.ศ. 2002 Ajzen ได้พัฒนาทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ขึ้นมาใหม่โดยได้เพิ่มเนื้อหาในส่วน การควบคุมพฤติกรรมที่แท้จริง (Actual Behavioral Control) ซึ่งจะส่งผลต่อการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavioral Control) และพฤติกรรม (Behavior)

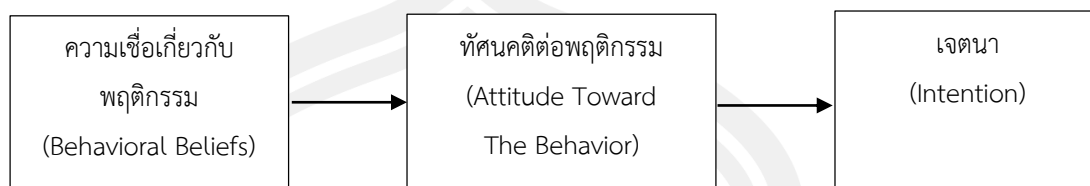


ภาพประกอบ 3 แบบจำลองทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Ajzen, 1985)

ณัฐพันธ์ เผ่าพันธุ์ (2551) กล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคลที่ถูกแสดงออกมาเกิดจากความเชื่อ 3 ประการ ซึ่งความเชื่อแต่ละตัวจะส่งผลต่อตัวแปรต่าง ๆ ดังนี้

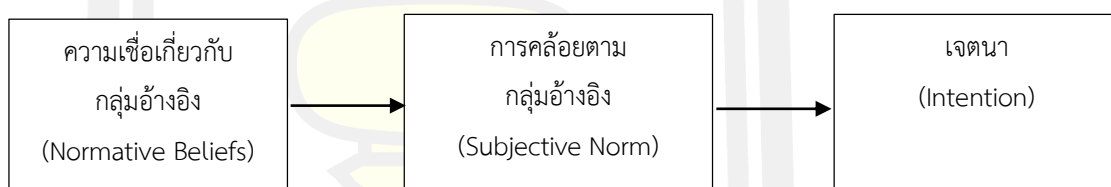
1. ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม (Behavioral Beliefs) เป็นความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับผลของการกระทำ หากบุคคลมีความเชื่อว่าการแสดงพฤติกรรมนั้นแล้วจะมีผลของการกระทำ

ทางด้านบวก จะทำให้มีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมนั้น แต่ในทางตรงกันข้าม หากบุคคลเชื่อว่าการแสดงพฤติกรรมนั้น จะส่งผลของการกระทำทางด้านลบ ทำให้มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อพฤติกรรมนั้น



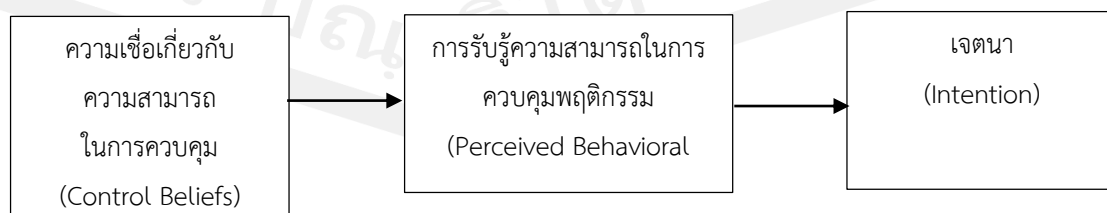
ภาพประกอบ 4 ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม

2. ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง (Normative Beliefs) ซึ่งเป็นตัวกำหนดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง เป็นความเชื่อของบุคคลที่มีต่อบุคคลที่มีความสำคัญต่อเขา โดยถ้าบุคคลเชื่อว่าบุคคลที่มีความสำคัญต่อเขาได้แสดงพฤติกรรมหรือต้องการให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้น การแสดงพฤติกรรมนั้นมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นได้เนื่องจากการคล้อยตามกัน ในทางกลับกันหากบุคคลเชื่อว่าบุคคลที่มีความสำคัญสำหรับเขา คิดว่าเขาไม่ควรแสดงพฤติกรรมนั้น เขาก็มีแนวโน้มที่จะไม่แสดงพฤติกรรมนั้น



ภาพประกอบ 5 ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง

3. ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุม (Control Beliefs) ถ้าบุคคลเชื่อว่ามีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมในสภาพการณ์นั้นได้ และสามารถควบคุมให้เกิดผลได้ตามที่ต้องการ เขาก็มีแนวโน้มจะแสดงพฤติกรรมนั้น



ภาพประกอบ 6 ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุม

สรุปได้ว่า ทักษะคิดต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม มีผลต่อเจตนาที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม ซึ่งถ้าบุคคลมีทักษะคิดที่สรุปได้ว่า ทักษะคิดต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม มีผลต่อเจตนาที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม ซึ่งถ้าบุคคลมีทักษะคิดที่เห็นด้วยต่อพฤติกรรม ได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มอ้างอิง และเชื่อว่าสามารถควบคุมพฤติกรรมนั้นได้ เจตนาในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลจะมากขึ้น นำไปสู่การแสดงพฤติกรรมนั้นได้ อีกทั้งถ้าบุคคลมีระดับความสามารถ ที่จะควบคุมปัจจัยต่าง ๆ และเชื่อมั่นในความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นได้ เจตนาที่จะแสดงพฤติกรรมจะเพิ่มขึ้น นำไปสู่การแสดงพฤติกรรมที่เพิ่มขึ้น

2.5 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ (Health Behaviors) หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้ของบุคคลเป็นสำคัญ โดยแสดงออกให้เห็นได้ในลักษณะของการกระทำที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ และการไม่กระทำในสิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข. กองสุขศึกษา, 2540)

Heckhumer (1989 อ้างถึงใน เพ็ญผกา กาญจนภาส, 2541) ได้กล่าวถึง การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไว้โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1) งดสูบบุหรี่ 2) จำกัดการดื่มสุราเพียงเท่าที่จำเป็นและไม่ดื่มขณะขับรถ 3) มีลักษณะนิสัยที่ปลอดภัย เช่น หลีกเลี่ยงการถูกแสงแดดมาก ๆ ความร้อนจัดหรือเย็นจัด ป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน 4) มีนิสัยการรับประทานอาหารที่รับประทานอาหารที่มีคุณค่าและมีเส้นใยสูง 5) ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ออกกำลังกายแบบแอโรบิก ครั้งละ 20-30 นาที 6) พักผ่อนเพียงพอ และมีกิจกรรมนันทนาการ 7) หลีกเลี่ยงการมีภาวะเครียด โดยใช้เทคนิคลดความเครียด ได้แก่ การทำสมาธิ การทำโยคะ และออกกำลังกาย เป็นต้น 8) มีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ เช่น มีการรับผิดชอบต่อการดูแลตนเองและมีการตรวจร่างกายเมื่อมีโรคหรือภาวะเรื้อรัง 9) หลีกเลี่ยงการใช้จ่ายที่ผิดกฎหมาย หรือซื้อยาเกินเอง

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ (2532) ได้นำเสนอปัจจัยที่จะช่วยให้ชีวิตของผู้สูงอายุยืนยาว ว่าจะต้องประกอบด้วย 1) การออกกำลังกาย โดยเฉพาะการเดิน หรือการออกกำลังกายแบบแอโรบิก เป็นเวลา 30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ 2) อาหาร โดยรับประทานอาหารที่ช่วยบำรุงสุขภาพ รวมทั้งผลไม้และผักสด ข้าวที่อยู่ในสภาพธรรมชาติและเส้นใยต่าง ๆ พร้อมทั้งโปรตีนที่ได้จากปลาและถั่ว 3) การนอน ควรมีการนอนอย่างเพียงพอ คือนละ 7-8 ชั่วโมง 4) มีเจตคติที่ดีต่อชีวิต รื่นเริง สนุกสนาน หัวเราะบ่อย 5) ไม่อยู่เฉย ทำงานให้เป็นประโยชน์ 6) มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นทั้งในครอบครัว เพื่อน และองค์กรต่าง ๆ 7) มีพฤติกรรมทางเพศที่เป็นไปตามต้องการ 8) มีการเรียนรู้และหาประสบการณ์

กับสิ่งใหม่ ๆ 9) ได้รับการดูแลสม่ำเสมอจากแพทย์ 10) มีความภูมิใจในตนเอง เอาใจใส่ชีวิต มีอารมณ์ดีไม่ฉุนเฉียว มีความเชื่อมั่นและยึดมั่นในสิ่งที่ควรเชื่อ เช่น ศาสนา

วิไลวรรณ ทองเจริญ (2545) ได้กล่าวถึง หลักการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันหรือชะลอความเสื่อมของร่างกาย มีดังนี้ 1) รับประทานอาหารอย่างถูกต้องตามหลักโภชนาการ และเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ 2) ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ไม่หักโหมเกินไป 3) ดื่มน้ำมาก ๆ อย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว 4) หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ชา กาแฟ 5) ดูแลจัดสถานที่พักอาศัยให้เป็นระเบียบเรียบร้อย มีของใช้เท่าที่จำเป็นและไม่ควรเคลื่อนย้ายของใช้บ่อย ๆ รวมถึงสถานที่นั้นจะต้องมีอากาศถ่ายเทสะดวก 6) หลีกเลี่ยงสถานที่แออัดหรือมีผู้เจ็บป่วย เพื่อป้องกันการติดเชื้อ 7) ดูแลการขับถ่ายให้เป็นปกติ รับประทานผักผลไม้มากขึ้น เพื่อช่วยในการขับถ่าย 8) พักผ่อนอย่างเพียงพอ ควรนอนพักในตอนกลางวันอย่างน้อยวันละ 30 นาที 9) หลีกเลี่ยงความเครียดต่าง ๆ พยายามทำจิตใจให้แจ่มใส เพิ่มความสุขให้กับตนเองโดยทำงานอดิเรกที่ชอบ ท่องเที่ยวไปในสถานที่ต่าง ๆ ไปวัดหรือเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ 10) หมั่นสังเกตความผิดปกติอยู่เสมอ หากพบความผิดปกติ ควรรีบปรึกษาแพทย์ประจำตัวไม่ควรเปลี่ยนแพทย์ที่รักษาบ่อย เพราะจะทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง ควรตรวจร่างกายเป็นประจำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

กุลยา ตันติผลาชีวะ (2551) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมการรักษาสุขภาพเบื้องต้นในวัยสูงอายุ ไว้ดังนี้

1) กินเป็น หมายถึง การกินอาหารถูกต้อง ได้สัดส่วนกับความต้องการของร่างกายไม่มากไม่น้อยเกินไป หลีกเลี่ยงการกินอาหารที่เกิดผลเสียต่อสุขภาพ งดเว้นสิ่งเสพติดที่ไม่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น บุหรี่ ชา กาแฟ สุรา เป็นต้น บุหรี่ถือเป็นสิ่งเสพติดที่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ที่สูบ ซึ่งบุคคลที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อโรคเนื่องจากการสูบบุหรี่เป็นเวลานาน สารพิษจากบุหรี่ทำให้เกิดโรคต่าง ๆ อาทิเช่น สารนิโคติน เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เมื่อสูบในปริมาณที่มากเกินไปเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถุงลมโป่งพอง และอาจจะเกิดมะเร็งปอดในที่สุด นอกจากนี้พฤติกรรมที่ผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยงอีกอย่างหนึ่ง คือ การดื่มสุรา หากดื่มสุราในปริมาณมากจะทำให้มีอาการมึนเมา มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ควบคุมสติและการแสดงออกไม่ได้ อีกทั้งอันตรายต่อผู้สูงอายุทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ อีกด้วย เช่น ภาวะสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ซึ่งการงดดื่มได้จะเป็นวิธีการดูแลสุขภาพที่ดีที่สุด สารอาหารที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ คือ วิตามินและแร่ธาตุ ซึ่งผู้สูงอายุมีความต้องการแร่ธาตุและวิตามิน ดังนี้ แคลเซียม ช่วยป้องกันโรคกระดูกพรุนในวัยสูงอายุ เหล็กต้องกินมากขึ้นเพื่อชดเชยส่วนที่ขาด เนื่องจากการดูดซึมของทางเดินอาหารบกพร่อง ใช้เพื่อการบำรุงเลือด และวิตามินวัยสูงอายุเป็นวัยที่พบว่าร่างกายขาดวิตามินซีได้ง่าย การให้วิตามินซีเพิ่มยังจำเป็น ซึ่งพอ ๆ กับความจำเป็นของความต้องการวิตามินบีของร่างกายที่ขาด เนื่องจากการดูดซึมวิตามินของทางเดินอาหารลดลง ดังนั้นผักผลไม้จึงเป็นอาหารที่อุดม

ด้วยวิตามินและแร่ธาตุ วิตามินเป็นสารอาหารที่ช่วยในกระบวนการเผาผลาญของร่างกาย การขาดวิตามินอย่างใดอย่างหนึ่งจะมีผลกระทบต่อกระบวนการชีวเคมีของร่างกาย และอาจทำให้เกิดโรคได้หลายอย่าง ดังนั้นผักและผลไม้เป็นแหล่งวิตามินที่สำคัญ การกินผักควรกินทั้งชนิดดิบและสุก ใบเขียวและใบเหลือง โดยเฉพาะผักที่ให้วิตามินเอและซีจะต้องกินมากขึ้น สำหรับวิตามินซีควรกินจากผักสด เพราะการต้มเปื่อยจะทำให้สูญเสียวิตามินไป

นอกจากนี้ผักยังให้แร่ธาตุพวกเหล็ก แคลเซียมและอื่น ๆ ด้วยนอกจากนั้น สิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ผู้สูงอายุต้องดื่มน้ำให้มากพอ เพราะน้ำเป็นส่วนประกอบของร่างกายกว่าร้อยละ 66 หรือประมาณ 2 ใน 3 ของน้ำหนักตัว ทำหน้าที่ควบคุมสภาพปฏิกิริยาทางเคมีในร่างกาย และเป็นตัวจักรสำคัญในการขับถ่ายของเสียออกทางปัสสาวะ ป้องกันท้องผูก จำนวนน้ำที่ดื่มแต่ละวันจึงควรมากพออย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว หรือประมาณ 1,500-2,500 ซีซี น้ำมีความจำเป็นต่อร่างกาย เพราะน้ำทำหน้าที่ควบคุมอุณหภูมิของร่างกายให้สมดุลรวมถึงสร้างความชุ่มชื้นให้กับตา ไช้สันหลัง สมองและข้อ

2) นอนเป็น การนอนมีความสำคัญต่อสุขภาพ การนอนหลับเต็มที่และเพียงพอจะทำให้ตื่นขึ้นมาทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ กระปรี้กระเปร่า คุณภาพการนอนขึ้นอยู่กับจิตใจสิ่งแวดล้อมและท่านอน คนที่มีจิตใจดี อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สดชื่น ไม่เคร่งเครียด ท่านอนสบาย ก็จะทำให้หลับได้ดี การนอนผิดท่านอกจากทำให้เมื่อยแล้ว บางครั้งอาจทำให้นอนฝันร้ายหรือรู้สึกมีอาการฝ่อเนื่องจาก การไหลเวียนของโลหิตไม่ดี มีการเกร็งของกล้ามเนื้อ จำนวนชั่วโมงการนอนหลับขึ้นอยู่กับความเพียงพอของร่างกายของแต่ละคน ไม่มีกำหนดมาตรฐานแน่นอนว่าเป็น 8 หรือ 10 ชั่วโมง ผู้สูงอายุอาจจำเป็นต้องงีบหลับตอนกลางวันบ้าง จะช่วยให้กระปรี้กระเปร่าและทำให้ร่างกายสดชื่น

3) อยู่เป็น การอยู่เป็น หมายถึง การรู้จักรักษาสุขวิทยาที่ดี การรู้จักออกกำลังกายสม่ำเสมอเพื่อให้ร่างกายมีความตื่นตัวและคงความสดชื่น หลีกเลี่ยงการเป็นโรค รู้จักวิธีลดความเครียดทางจิตใจ การมีอารมณ์ดี จิตใจแจ่มใส มองโลกในแง่ดี มีการพักผ่อนที่เหมาะสม ซึ่งพฤติกรรมการออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ เป็นการเพิ่มความสามารถทางร่างกายของผู้สูงอายุ เพื่อดำรงไว้ซึ่งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ คลายความตึงเครียด กระตุ้นการทำงานของปอดและระบบไหลเวียนของโลหิตให้มีประสิทธิภาพ ข้อต่อของร่างกายมีความยืดหยุ่น และมีภาวะร่างกายสมบูรณ์ ซึ่งหมายถึง ภาวะที่ร่างกายสามารถใช้ออกซิเจนได้อย่างเต็มที่ มีความสมดุลของน้ำหนักกับส่วนสูงตามระดับอายุโดยกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุแตกต่างกันไปตามความเหมาะสมกับความสามารถของแต่ละคน ความเข้มข้นและชนิดหรือวิธีการออกกำลังกาย ต้องอยู่ในขอบข่ายความสามารถทางร่างกายของผู้สูงอายุที่จะทนได้ ซึ่งวิธีการออกกำลังกายควรเป็นประโยชน์โดยตรงต่อร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุอย่างน้อยต้องทำให้เกิดความกระฉับกระเฉงขึ้นในตัวผู้สูงอายุ

4) สังคมเป็น หมายถึง การปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม ในระยะแรกๆ ของการเป็นผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจนถึงเกษียณ และต้องหยุดทำงาน อาจสร้างความคับข้องใจอยู่บ้าง แต่การใช้เหตุผล ความเข้าใจ และการยอมรับจะทำให้การปรับตัวดีขึ้น สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ข้อสำคัญอย่าไปคาดหวังจากสังคมมากเกินไป เพราะถ้าไม่เป็นไปอย่างที่คาดหวังแล้ว จะทำให้เกิดความท้อแท้เสียใจ ในที่สุดก็ต้องแยกตัวออกจากสังคม หรืออยู่ในสังคมอย่างมีความสุขเลย

5) ใช้ชีวิตเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ควรมีลักษณะดังนี้ มีลักษณะของผู้ที่ได้รับโภชนาการถูกต้องสมบูรณ์ ร่างกายแข็งแรงคล่องแคล่ว สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ต้องการในชีวิตประจำวันได้ตามปกติ มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเป็นปกติ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และมีสภาพจิตใจและอารมณ์ดี ซึ่งสิ่งที่กล่าวมานี้ควรปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจึงจะเกิดประโยชน์สูงสุด

นอกจากนี้ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2553) ได้มีการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในวัยสูงอายุ เพื่อให้เป็นไปตามยุทธศาสตร์ที่ 1 มาตรการที่ 4 คือ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ในแผนผู้สูงอายุฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 โดยครอบคลุม 5 พฤติกรรม ดังนี้

1) พฤติกรรมการออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ครั้งละ 15-30 นาที เพราะการออกกำลังกายเป็นการเพิ่มความสามารถทางร่างกายของผู้สูงอายุ เพื่อดำรงไว้ซึ่งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ คลายความตึงเครียด กระตุ้นการทำงานของปอดและระบบไหลเวียนของโลหิตให้มีประสิทธิภาพ ข้อต่อของร่างกายมีความยืดหยุ่น และมีภาวะร่างกายสมบูรณ์ ซึ่งกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุแต่ละคน แตกต่างกันไปตามความเหมาะสมกับความสามารถของแต่ละคน ความเข้มข้นและชนิดหรือวิธีการออกกำลังกาย ต้องอยู่ในขอบข่ายความสามารถทางร่างกายของผู้สูงอายุที่จะทนได้ ซึ่งวิธีการออกกำลังกายควรเป็นประโยชน์โดยตรงต่อร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ อย่างน้อยต้องทำให้เกิดความกระฉับกระเฉงขึ้นในตัวผู้สูงอายุ วิธีการออกกำลังกายที่ดีและมีความสุขในวัยสูงอายุควรปฏิบัติ ดังนี้ ต้องออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน โดยเลือกกิจกรรมที่ทำได้และไม่ขัดกับปัญหาสุขภาพ กิจกรรมการออกกำลังกายควรเป็นการออกแรงเบาๆ เช่น การเดิน การวิ่งเหยาะๆ รำมวยจีน เป็นต้น รวมถึงจะต้องมีการปรับท่าการออกกำลังกายให้เหมาะกับตนเอง อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นการสร้างสุขภาพโดยวิถีธรรมชาติที่ดีที่สุด

2) พฤติกรรมการรับประทานผักสด ผลไม้สด เป็นประจำ เพราะผักผลไม้เป็นอาหารที่อุดมด้วยวิตามินและแร่ธาตุ วิตามินเป็นสารอาหารที่ช่วยในกระบวนการเผาผลาญของร่างกาย การขาดวิตามินอย่างใดอย่างหนึ่งจะมีผลกระทบต่อกระบวนการชีวเคมีของร่างกาย และอาจทำให้เกิดโรคได้หลายอย่าง ดังนั้น ผักและผลไม้เป็นแหล่งวิตามินที่สำคัญ การกินผักควรกินทั้งชนิดดิบและสุก ใบ

เชียวและใบเหลือง โดยเฉพาะผักที่ให้วิตามินเอและซีจะต้องกินมากขึ้น สำหรับวิตามินซีควรกินจากผักสดเพราะการต้มเปื่อยจะทำให้สูญเสียวิตามินไป นอกจากนี้ผักยังให้แร่ธาตุพวกเหล็ก แคลเซียม และอื่นๆ ด้วย ดังนั้นผู้สูงอายุควรกินผักใบเขียวและผลไม้ต่าง ๆ ให้มาก เพื่อให้ระบบขับถ่ายเป็นปกติ และลดอาการท้องผูกอีกด้วย

3) พฤติกรรมการดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้วหรือมากกว่า ผู้สูงอายุต้องดื่มน้ำให้มากพอ น้ำเป็นส่วนประกอบของร่างกายกว่า ร้อยละ 66 หรือประมาณ 2 ใน 3 ของน้ำหนักตัว ทำหน้าที่ควบคุมสภาพปฏิกิริยาทางเคมีในร่างกาย และเป็นสิ่งสำคัญในการขับถ่ายของเสียออกทางปัสสาวะป้องกันท้องผูก จำนวนน้ำที่ดื่มแต่ละวันจึงควรมากพออย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว หรือประมาณ 1,500-2,500 ซีซี ดังนั้น น้ำจึงมีความจำเป็นต่อร่างกาย เพราะน้ำทำหน้าที่สำคัญ ดังนี้ ควบคุมอุณหภูมิของร่างกายให้สมดุล ถ้าอากาศร้อนก็จะกระหายให้ดื่มน้ำ แต่ถ้าอากาศเย็นมาก ร่างกายจะต้องการน้ำน้อยลงน้ำยังสร้างความชุ่มชื้นให้กับตา ไช้สันหลัง สมอและข้อ รวมถึงน้ำช่วยหล่อลื่น เยื่อต่างๆ ทำให้เคลื่อนไหวได้ดี หากร่างกายต้องสูญเสียน้ำมากกว่าภาวะปกติ เช่น อาเจียนท้องเดินอย่างรุนแรง ถ้าได้น้ำไปทดแทนไม่เพียงพอจะตรวจพบอาการผิดปกติหลายอย่าง เช่น ผิวหนังและเยื่อปากแห้ง น้ำหนักตัวลด ปัสสาวะน้อยลงหรือไม่ปัสสาวะ ถ้ายังแก้ไขไม่ถูกต้องอาจถึงแก่ความตายได้ ดังนั้น น้ำจึงมีความสำคัญกับชีวิตมนุษย์ เช่นเดียวกับอาหาร หากร่างกายขาดน้ำจะส่งผลให้เกิดความผิดปกติของระบบย่อยอาหาร การไหลเวียนของกระแสเลือด การรักษาอุณหภูมิในร่างกาย เป็นต้น จึงสมควรอย่างยิ่งที่จะต้องดื่มน้ำในปริมาณวันละไม่ต่ำกว่า 6-8 แก้ว

4) พฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่ ไม่สูบบุหรี่ เนื่องจากสารพิษจากบุหรี่อาจทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ฤงลมโป่งพอง และมะเร็งปอด เป็นต้น ซึ่งการสูบบุหรี่มิได้มีผลแต่เฉพาะผู้สูบท่อนั้น แต่ผู้อยู่ข้างเคียงที่ได้รับควันบุหรืขณะที่มีการสูบกก็จะได้รับสารพิษเหล่านี้ไปด้วย ดังนั้น เพื่อสุขภาพของตนเองและผู้อยู่ข้างเคียง ควรลดหรืองดสูบบุหรี่ จะเป็นการถนอมสุขภาพของตนเองและสร้างประโยชน์ให้กับสังคมด้วย

5) พฤติกรรมการไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาโดงเหล้า เป็นต้น เนื่องจากเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์มีผลกระทบต่อระบบส่วนกลาง เมื่อดื่มเข้าไปมาก ๆ จะทำให้มีอาการมึนเมา เพราะการสะสมของแอลกอฮอล์ที่ดูดซึมเข้าทางกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก ยังส่งผลต่อการสะสมของแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดมากขึ้นตามลำดับ มีพิษต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ควบคุมสติและการแสดงออกไม่ได้ อีกทั้งอันตรายต่อผู้สูงอายุทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ อีกด้วย ซึ่งการงดดื่มได้จะเป็นวิธีการของการดูแลสุขภาพที่ดีที่สุด

2.6 ระบบการดูแลผู้สูงอายุของชุมชน

ปัจจัยที่ส่งเสริมความเข้มแข็งของเครือข่าย รวมทั้งการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยปัจจัยทางสังคม ปัจจัยด้านองค์กร และกระบวนการทำงาน ปัจจัยด้านสังคมเกี่ยวข้องกับโครงสร้างของเครือข่ายที่มีสมาชิกจากหลากหลายอาชีพ ดำเนินการเป็นขั้นตอนโดยให้กรรมการชุมชนเห็นชอบด้วย อิทธิพลทางการเมืองของกรรมการชุมชนเองและนักการเมืองจากภายนอกชุมชน การเลือกเวลาของกิจกรรมให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้มีส่วนร่วม และประสิทธิภาพในการสื่อสารภายในชุมชน สำหรับปัจจัยด้านองค์กรคือ การแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างเป็นระบบและชัดเจน มีการสอดแทรกความรู้เรื่อง “การทำงานเป็นทีม” เป็นระยะ ๆ การมีเงินทุนและทรัพยากรสนับสนุน ส่วนปัจจัยด้านกระบวนการทำงาน บุคคลจากภาครัฐและองค์กรอิสระทำงานร่วมกันเป็นระบบเป็นระยะ ๆ ตั้งแต่ การประเมินปัญหาในชุมชน การวางแผนร่วมกัน การตั้งเป้าหมายในการทำงาน การหาแหล่งทุนและทรัพยากรสนับสนุนโครงการ การเสริมพลังให้เครือข่ายและติดตามประเมินผลเพื่อปรับหรือวางแผนในขั้นต่อไป การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง จึงควรกระตุ้นให้หลายฝ่ายเข้ามาร่วมกิจกรรมกันในลักษณะเครือข่ายระหว่างชมรมต่าง ๆ ภายในชุมชนและประสานกับองค์กรภายนอกชุมชนด้วยนอกจากนี้ปัจจัยแห่งความสำเร็จยังเกี่ยวกับแกนนำที่เป็นคนในชุมชน ซึ่งทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางการทำงาน ทุกขั้นตอนของการทำงานเปิดโอกาสให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง และกลุ่มเป้าหมายไม่ควรมุ่งเน้นแต่เฉพาะผู้สูงอายุแต่ควรเปิดกว้างสำหรับบุคคลทุกวัย

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการองค์กรชมรมผู้สูงอายุเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง ให้สามารถดำเนินกิจกรรมด้วยตนเองและมีความยั่งยืน (Penprapa Siviroj, 2000) พบว่ามีแนวปฏิบัติที่สำคัญ 3 ประการคือ 1) การรู้เขารู้เราของเพื่อนสมาชิก 2) การพิสูจน์ความรับผิดชอบต่อ 3) การปรับเปลี่ยนองค์กรเพื่อการพัฒนา ผลที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุคือ ชมรมผู้สูงอายุมีการปรับขนาดของคณะกรรมการให้เล็กลง มีการกำหนดหน้าที่ของคณะกรรมการอย่างชัดเจนและปรับแก้ระเบียบของชมรมให้เอื้อต่อการทำงานให้มีประสิทธิภาพ มีการหาที่ตั้งชมรมอย่างถาวร ในส่วนการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับกรรมการและสมาชิกของชมรม พบว่ามีการพัฒนาด้านความเป็นผู้นำ กล้าคิดกล้าแสดงออก มีความสามารถในการทำงานเป็นทีม มีความรู้สึกเป็นเจ้าของชมรมและมีส่วนร่วม อีกทั้งมีความเชื่อมั่นในความสามารถของชมรม สำหรับผู้สูงอายุพบว่ามีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการควบคุมโรคได้ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดได้ดีขึ้น และเป็นที่น่าสนใจว่าการลดระดับความดันโลหิตยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควรแม้จะมีการออกกำลังกายมากขึ้น

ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง จังหวัดนครราชสีมา (ศิริพร เกษธนัง, 2550) พบว่าผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งยังมีส่วนร่วมในระดับต่ำ โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา การรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรม ซึ่งปัจจัยด้านสิทธิประโยชน์เป็นตัวทำนายการมีส่วนร่วมที่ดีที่สุด

ผลการศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านโดยอาสาสมัครในเขตเมืองจังหวัดเชียงใหม่ (Duangruedee Lasuka et al, 2007) พบว่า บทบาทของอาสาสมัครมีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านในระดับสูง ผู้สูงอายุเห็นว่าอาสาสมัครมีความสำคัญ เจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพให้การยอมรับอาสาสมัครในระดับสูง และอาสาสมัครมีคุณสมบัติที่เหมาะสมในการดูแลด้านจิตใจของผู้สูงอายุที่ไว้หว่ งานวิจัยนี้เสนอแนะให้มีการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานและพัฒนาหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เพื่อพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครในการดูแลผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้นการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนอีกรูปแบบหนึ่ง คือ การสื่อข่าวสารสุขภาพผ่านทางสถานีวิทยุชุมชนเนื่องจากประชาชนไม่ชอบอ่าน แต่ชอบฟัง ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลเมยวดี อำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด ได้พัฒนาโครงการ “ผู้สื่อข่าวสุขภาพชุมชนผ่านคลื่นวิทยุท้องถิ่นไทยเมย” (ชนิษฐา นันทบุตร และคณะ, 2550) โดยการใช้โอกาสที่สถานีวิทยุชุมชนจัดสรรเวลาให้เผยแพร่ข่าวสารของโรงพยาบาล กอปรกับศักยภาพของเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนในการเป็นนักจัดรายการวิทยุกระบวนการประกอบด้วย 1) การค้นหาและใช้ทุนทางสังคมในพื้นที่ มาเป็นเครือข่ายการดูแล ได้แก่กลุ่มผู้สื่อข่าวที่สมัครใจ เช่น อสม. เยาวชน ประชาชนชาวบ้านและประชาชนที่สนใจ กับอีกกลุ่มหนึ่งคือ กลุ่ม “हनุนเสริม” โรงพยาบาลองค์การบริหารส่วนตำบล นักวิชาการ ดีเจวิทยุ กำนัน ผู้ใหญ่บ้านและพัฒนาศักยภาพผู้สื่อข่าวด้านการตั้งประเด็นข่าว การค้นหาและเข้าถึงแหล่งข้อมูลซึ่งรวมทั้งการเยี่ยมบ้านของกลุ่มเป้าหมาย การแปลงข้อมูลเป็นข่าว ตลอดจนฝึกทักษะการส่งข่าว เล่าข่าวและโต้ตอบในรายการ 2) การวิเคราะห์สถานการณ์ของพื้นที่ เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ ความสัมพันธ์ของคนในชุมชน พฤติกรรมการชอบฟังรายการวิทยุ ผลกระทบของการจัดรายการวิทยุในอดีต 3) การสื่อสารเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องปรับกิจกรรมบริการสุขภาพตามปัญหาและความต้องการการดูแลของประชาชนในชุมชน

เงื่อนไขแห่งความสำเร็จของโครงการดังกล่าว ได้แก่ คนในชุมชนต้องมีศักยภาพ และดำเนินงานให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชนการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวควรได้รับการสนับสนุนจากท้องถิ่น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความพร้อมของชุมชน ซึ่งจำเป็นต้องเรียนรู้และเข้าใจปัญหาผู้สูงอายุในชุมชนและตระหนักถึงความต้องการการดูแลระยะยาว โดยกำหนดรูปแบบบริการ สนับสนุนทรัพยากรและบริหารจัดการให้ตอบสนองความต้องการของครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ควรบูรณาการการดูแลด้านสุขภาพและด้านสังคมแนวทางการปฏิบัติ เช่น สร้างหลักประกันรายได้ เพิ่มศักยภาพของผู้สูงอายุและครอบครัวในการดูแลสุขภาพ เพิ่มระบบการส่งต่อผู้สูงอายุโดยชุมชนและระบบเฝ้าระวังทางสังคม

เสริมศักยภาพของผู้นำชุมชนและอาสาสมัคร กระจายนักวิชาชีพ เช่น พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ ชุมชน เพื่อเสริมศักยภาพของชุมชน (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2551)

ระบบการดูแลในชุมชนมักมีปัญหาจากขาดการให้ความสำคัญกับการดูแลแบบชุมชน ขาด การบูรณาการของการบริการและขาดแคลนทรัพยากร ผลการศึกษาในประเทศไทยและต่างประเทศ สอดคล้องกัน คือการพัฒนาบริการการดูแลผู้ที่มีข้อจำกัดทางด้านร่างกายรวมทั้งผู้สูงอายุ ควร มุ่งพัฒนาด้านการจ้างงาน การศึกษา ภาวะสุขภาพและการดูแล ภาวะเศรษฐกิจและความมั่นคง สาธารณูปโภคการพักผ่อนและสันทนาการ รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทั้งระดับครอบครัวและ ระดับสังคม และปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคมครอบคลุมด้านอารมณ์ ด้านสิ่งของหรือบริการต่าง ๆ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านอื่น ๆ ที่จำเป็นต่อผู้รับบริการ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2551) แนวคิดการ ส่งเสริมให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ริเริ่มมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง ประชากร ที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว กรมประชาสงเคราะห์จึงต้องการลดภาระด้าน งบประมาณของรัฐบาลในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ จึงจัดกิจกรรมในรูปแบบ “ชุมชนช่วยชุมชน” เพื่อ สร้างความตระหนักและพัฒนาศักยภาพของบุคคลทุกวัยในชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ โดยให้ชุมชน ประเมินปัญหาของชุมชนเอง หาวิธีแก้ไขด้วยทรัพยากรต่าง ๆ ของชุมชน แหล่งบริการประเภทหนึ่ง ที่ เกิดขึ้นคือ ศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาความพร้อมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ (มาลินี วงษ์สิทธิ์, ศิริวรรณ ศิริบุญ และอัจฉรา เอ็นซ์, 2541) พบว่าผู้สูงอายุควรอยู่กับครอบครัวอาจอยู่กับลูกสาวหรือลูกชาย ขึ้นกับ นิสัยและความรับผิดชอบของลูก ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงควรทำงานหารายได้ช่วยเหลือครอบครัว งานที่ เหมาะคืองานเบาๆ ในร่มและทำเป็นกลุ่ม อาจจัด “ตลาดนัดผู้สูงอายุ” เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุนำ ผลผลิตของตนเองมาจำหน่ายมีรายได้และได้พบปะคนวัยเดียวกันด้วย นอกจากนี้ผู้สูงอายุควรมีการ เตรียมตัวด้านการเงินและด้านสุขภาพ สำหรับชุมชนควรมีแกนนำที่เข้มแข็ง เพื่อกระตุ้นให้เกิดการ รวมตัวของผู้สูงอายุและคนในชุมชน และมีความเห็นว่าศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุควร ตั้งขึ้นในวัด โดยให้มีบริการกายภาพบำบัดและกิจกรรมหารายได้ ทั้งนี้หน่วยงานภาครัฐต้องทำหน้าที่ พี่เลี้ยงให้ศูนย์ฯ ในระยะแรก สนับสนุนให้แกนนำดำเนินการเป็นหลักและทุกคนในชุมชนมีส่วนร่วม จะทำให้กิจกรรมของศูนย์ฯ มีความยั่งยืน แม้เวลาจะผ่านมาอีกประมาณ 5 ปี ผลการศึกษาปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุก็ไม่ค่อยเปลี่ยนแปลง กล่าวคือ ผู้สูงอายุไม่ได้ทำงาน มีปัญหาด้าน การเงิน ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพ ไม่มีกองทุนฌาปนกิจ ขาดการรวมกลุ่มกันของผู้สูงอายุ ไม่ได้ออกกำลังกาย ไม่ได้รับการตรวจร่างกายประจำปี ลูกหลานไม่ให้ความเคารพนับถือและไม่ให้การดูแล และการให้ ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ผู้สูงอายุเสนอแนะโครงการต่างๆ ดังนี้ คือ จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ ส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพและ การดูแลผู้สูงอายุ

2.7 การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ.

การส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุควรคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในช่วงวัยสูงอายุ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุที่สามารถสังเกตได้ชัดเจนและส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านอื่นๆ คือ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ โดยการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้าง และหน้าที่ของทุกระบบในร่างกายตามธรรมชาติ เป็นเกิดจากวัยมิใช่จากการเป็นโรค ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้สูงอายุนั้นขึ้นอยู่กับอิทธิพลทางด้านพันธุกรรม โภชนาการ การพักผ่อน การออกกำลังกาย และสิ่งแวดล้อม เป็นการเปลี่ยนแปลงในช่วงสุดท้ายของชีวิตที่มีลักษณะการพัฒนาการไปในทางตรงกันข้ามกับวัยเด็ก ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายไปในทางเสื่อมมากกว่าในด้านการเสริมสร้าง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงระบบผิวหนัง ระบบประสาท ระบบกระดูกและ กล้ามเนื้อ ระบบการไหลเวียนของโลหิต ระบบการหายใจและระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น ส่วนการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ มีผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสังคม เพราะการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ ปัญหาการออกจากงาน ต้องสูญเสียอำนาจ บทบาทหน้าที่ ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดความเครียด ถ้าไม่สามารถปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้ เมื่อมีวัยสูงขึ้นพฤติกรรมของผู้สูงอายุจะเปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งผลจากการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้หลงลืม สับสนได้ง่าย หรืออาจเกิดจากการสูญเสียในชีวิต เช่น การขาดคู่ชีวิต ซึ่งเป็นผลทำให้ภาวะจิตใจของผู้สูงอายุได้รับการกระทบกระเทือน การอยู่โดยขาดคู่คิดจะทำให้จิตใจหดหู่ และเพื่อนฝูงวัยเดียวกันก็มักจะล้มหายตายจากไป ที่เหลือก็ขาดการติดต่อ เนื่องจากสุขภาพไม่อำนวยส่งผลให้ผู้สูงอายุท้อแท้ ฉุนเฉียว โกรธง่าย ลึนหวัง (Boonphadung, 2011)

การส่งเสริมสุขภาพจึงเปรียบเสมือนแนวทางหรือแนวปฏิบัติที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเดินตามในการดูแลตนเองให้มีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ (Perceived Benefit) ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของบุคคลนั้น เป็นความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจและความเชื่อของบุคคลว่าการกระทำจะมีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจกรรมที่เฉพาะเจาะจง หรือเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับผลดีในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อลดภาวะคุกคามจากโรคหรือป้องกันโรคของตนเอง (Stretcher, & Rosenstock, 1997) เห็นได้จากงานวิจัยของ (Choichu, Pinyo phasakun, & Charoen, 2014) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน พบว่า การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งผู้ป่วยมีความเห็นว่าการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจะทำให้อาการเจ็บป่วย

ลดลงและมีสุขภาพที่ดีขึ้น โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพตนเองให้ดี การมารับการตรวจจากแพทย์ตามนัด และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

การส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจเพื่อเชื่อมโยงกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ. ดังนั้นการเลือกรูปแบบหรือแนวคิดที่จะนำมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพให้กับบุคคลควรมีความเฉพาะและปฏิบัติได้จริงตามสภาพบริบท โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุต้องให้ความสำคัญในการนำมาปฏิบัติได้จริงเพื่อประโยชน์ในการชะลอความเสื่อมสภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจแก่ผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และสามารถตอบรับกับตัวชี้วัดตามแผนบูรณาการพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุ 2557 – 2566 ของกระทรวงสาธารณสุข ข้อ 4 ที่กำหนดว่าร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาทักษะทางกายและใจ (Elderly Health Department, 2017) โดยแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพด้วยหลัก 3 อ ประกอบด้วย 1) อ: อาหาร 2) อ: ออกกำลังกาย และ 3) อ: อารมณ์ จึงเป็นทางเลือกหนึ่งในการนำมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ มีรายละเอียดดังนี้

1. อ: อาหาร เป็นการส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกายให้กับผู้สูงอายุโดยมุ่งเน้นการรับประทานอาหารเพื่อเสริมสร้างร่างกายส่วนที่เสื่อมถอยตามอายุ ซึ่งผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย สอดคล้องกับแนวคิดของ (Thongcharoen, 2015) ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมี

ผลกระทบต่อการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุอย่างมาก จึงจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารเป็น 4-5 มื้อต่อวัน โดยเพิ่มมื้อสายและบ่าย ให้มื้อกลางวันเป็นอาหารหลักเพื่อช่วยลดปัญหาแน่นท้องหลังอาหาร หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดแก๊สและท้องอืด อาหารควรเป็นอาหารที่เคี้ยวง่าย รสไม่จัดมาก การรับประทานอาหารขณะร้อนจะกระตุ้นให้ความอยากอาหารเพิ่มขึ้น

2. อ: ออกกำลังกาย เป็นการส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกายให้กับผู้สูงอายุโดยมุ่งเน้นการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและหัวใจ การออกกำลังกายเป็นประจำจะช่วยเพิ่มปริมาณออกซิเจนในร่างกาย ลดอัตราการเต้นของชีพจร ลดความดันโลหิต ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดน้ำหนัก ลดปริมาณไขมัน และระดับโคเลสเตอรอล ลดจำนวนไขมันเลว และเพิ่มปริมาณไขมันดี รวมทั้งช่วยให้ระบบขับถ่ายดีขึ้นเนื่องจากลำไส้มีการเคลื่อนไหวดี กล้ามเนื้อแข็งแรง สอดคล้องกับยุทธศาสตร์โลกด้านอาหารที่ขององค์การอนามัยโลกมีข้อเสนอแนะสำหรับประชาชนและปัจเจกบุคคล โดยให้มีการเคลื่อนไหวในระดับที่พอเพียงตลอดชีวิต ตามปริมาณและประเภทที่แตกต่างกันของกิจกรรมทางกายนั้นก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยการมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 30 นาทีเกือบทุกวัน ช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ หลอดเลือด โรคเบาหวาน มะเร็งลำไส้ใหญ่ และมะเร็งเต้านม

3. อ: อารมณ์ เป็นการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตใจให้กับผู้สูงอายุโดยมุ่งเน้นการส่งเสริมอารมณ์ในทางบวกเพื่อการดำรงชีวิตของตนเองและการอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชนอย่างมีความสุข การมีอารมณ์ดี ร่าเริงด้วยรอยยิ้ม ส่งให้ผู้สูงอายุได้ร่วมกิจกรรมกับชมรมผู้สูงอายุได้พบปะกับผู้อื่น เพื่อลดความเครียด ให้เป็นจิตอาสา การสวดมนต์ สันทนาธรรม และปฏิบัติธรรม หรืองานอดิเรกที่มีคุณค่าทางจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลาย ในผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลามอารมณ์มีความสัมพันธ์กับสุขภาพซึ่งวิธีการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพด้านอารมณ์สามารถทำได้โดยการชำระล้างร่างกายก่อนการละหมาด รวมทั้งการบริจาคทาน และการถือศีลอด (Lillahkul, 2018) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ (Ho, Cheung, & Cheung, 2010) พบว่า การรับรู้เป้าหมายในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิต แต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับเรื่องปัญหาจิตสังคม จากรายละเอียดเกี่ยวกับแนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ. ข้างต้น สามารถสรุปแนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ. ดังตาราง 1

ตาราง 1 สรุปแนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

หลัก 3 อ	แนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	ประเมินผลการทำงานนำไปใช้
อ:อาหาร	ผู้สูงอายุควรปฏิบัติดังนี้ 1. รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ 2. รับประทานอาหารผัก ผลไม้ ทุกมื้อ เพื่อช่วยกระตุ้นระบบขับถ่ายของร่างกาย 3. ลดอาหารที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ เช่น ลดอาหารหวาน มัน เค็ม เป็นต้น 4. ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว	- บันทึกและประเมินผลในสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุที่จัดทำโดยสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย ซึ่งประกอบด้วยเครื่องมือการวัดต่าง ๆ อาทิเช่น
อ:ออกกำลังกาย	ผู้สูงอายุควรปฏิบัติดังนี้ 1. ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 20 – 30 นาที 3-5 วันต่อสัปดาห์ 2. ออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นให้กับร่างกาย เช่น การยืดแขน ขา งอตัว บิดหมุนร่างกาย เป็นการเตรียมร่างกายเพื่อให้เกิดความอบอุ่นก่อนการออกกำลังกายจริง โดยใช้เวลาประมาณ 10 – 20 นาที	- การประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน Activity of Daily Living : ADL

ตาราง 1 (ต่อ)

หลัก 3 อ	แนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	ประเมินผลการนำแนวทางไปใช้
อ:ออกกำลังกาย	3. ออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรง เช่น การยกน้ำหนักเบาๆ โดยใช้ดัมน้ำหนักขนาด ½ ถึง 2 กิโลกรัม วันละ 20 – 30 นาที สัปดาห์ละ 3 – 4 ครั้ง 4. ออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความทนของระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น เดินครั้งละ 20 นาทีขึ้นไป สัปดาห์ละอย่างน้อย 3 ครั้ง	- คัดกรองความเสี่ยงต่อโรค หัวใจ และหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และผู้ที่มีภาวะอ้วน - แบบคัดกรองดัชนีวัดสุขภาพจิต (TMHI – 15) Elderly Health Department, Department of Health (2017)
อ:อารมณ์	ผู้สูงอายุควรปฏิบัติดังนี้ 1. มองโลกในแง่ดี 2. มองคุณค่าในตนเองและผู้อื่น 3. ทำงานอดิเรกที่ชอบหรือถนัด 4. เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ เพื่อพบปะพูดคุยกับเพื่อนรุ่นเดียวกัน 5. ปฏิบัติตามหลักศาสนาที่นับถือ เพื่อช่วยให้จิตใจสงบสุข	

ที่มา: ดัดแปลงจาก Elderly Health Department (2017)

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านร่างกายและจิตใจตามแนวคิดหลัก 3 อ. เป็นแนวคิดที่เข้าใจง่าย สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในบริบทของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเข้าใจเนื่องจากผ่านประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดหลัก 3 อ. หากได้รับการส่งเสริมและประเมินผลอย่างต่อเนื่องจะช่วยชะลอการเสื่อมสภาพด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุได้ และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขตามอัตภาพและยังสามารถต่อยอดในการนำแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสมต่อไป

2.8 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและชุมชน

การดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและชุมชน (Home Care and Community Care for the Elderly) ที่ปรากฏในปัจจุบันได้แก่ (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2553)

2.8.1 อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Care for the Elderly) เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่กับครอบครัวในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ปี พ.ศ. 2545 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้ริเริ่มโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เป็นระบบการดูแลและการคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุในชุมชน โดยร่วมมือกับภาคท้องถิ่นและภาคประชาชน โครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านนี้ ได้มีการขยายพื้นที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่องให้ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2550 มีอาสาสมัครทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชนทั่วประเทศ จำนวน 4,577 คน สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 37,495 คน (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2550, อ้างถึงใน สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2553) ต่อมาสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ให้ความร่วมมือขยายโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุเป็นโครงการ “เพื่อนช่วยเพื่อน” คัดเลือกชมรมผู้สูงอายุในหมู่บ้านและโรงพยาบาลชุมชนหรือสถานีนอนามัย ให้ฝึกอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ โครงการละ 30 คน (ผู้สูงอายุ 22 คน วิทยอื่น 8 คน) เพื่อทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแล ในปี 2550 สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ ให้การสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ 369 ชมรม สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้ประมาณ 7,500 คน (สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2550 อ้างถึงใน สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2553)

2.8.2 การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Health Care) เพื่อส่งเสริมศักยภาพของครอบครัวและชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Health Care) เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพหรือจริงต้องการการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันได้ขยายการดำเนินงานไปยังโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ

2.8.3 วัดส่งเสริมสุขภาพ วัดเป็น “ทุนทางสังคม” ที่สำคัญของชุมชน เป็นสถานที่รวมพลังศรัทธาของชาวบ้านโดยเฉพาะผู้สูงอายุ เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาวัด กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จึงริเริ่มโครงการ “วัดส่งเสริมสุขภาพ” ให้เป็นสถานที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตประชาชนโดยบูรณาการการส่งเสริมสุขภาพ สิ่งแวดล้อม และศิลปวัฒนธรรม (กรมอนามัย, 2550 อ้างถึงใน สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2553)

2.8.4 ชมรมผู้สูงอายุ (Elderly Club) ชมรมผู้สูงอายุเป็นสถานที่พบปะสังสรรค์แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างผู้สูงอายุ และรับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ ระยะแรกจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นภายในบริเวณสถานีนอนามัย โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลทั่วไป ต่อมา

ในปี 2548-2549 มีการประกาศวาระแห่งชาติเรื่อง “เมืองไทยแข็งแรง” (Healthy Thailand) จึงได้ส่งเสริมให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นในทุก ตำบล โดยได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงมหาดไทย กรุงเทพมหานคร และสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ ในปี พ.ศ. 2550 มีชมรมผู้สูงอายุทั่วประเทศ 13,652 ชมรม และมีสมาชิกประมาณ 936,050 คน

2.8.5 ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน (Multi – Purpose Senior Citizen Center) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยสำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและพิทักษ์เด็กเยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ ได้ริเริ่มโครงการศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุขึ้นเพื่อเป็นศูนย์กลางการจัดกิจกรรมต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุกับบุคคลทุกวัยภายในชุมชน มีการบริหารงานโดยสมาชิกในชุมชน และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และภูมิปัญญากิจกรรมภายในศูนย์ฯ เช่น การให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย และโภชนาการทักษะการประกอบอาชีพ การถ่ายทอดภูมิปัญญาของผู้สูงอายุ นันทนาการ กิจกรรมทางศาสนาวัฒนธรรมและประเพณี ตลอดจนการบำเพ็ญประโยชน์แก่สาธารณชนของผู้สูงอายุ ปัจจุบันมีศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ 3 แห่ง ได้แก่ ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ อำเภอเขาสวนกวางจังหวัดขอนแก่น ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ อำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุงและศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2551)

2.9 หลักการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงในช่วงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระบาด

2.9.1 หลักทั่วไปในการดูแลผู้สูงอายุในช่วงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระบาด





กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

หลักการทั่วไปในการดูแลผู้สูงอายุในช่วง โควิด 19 ระบาด

สำหรับผู้สูงอายุทุกกลุ่ม
ยึดหลัก 5 อ. ได้แก่

1

ป้องกันการติดเชื้อ

อาหาร

- สะอาด ปรุงสุกใหม่ ๆ
- เลี่ยงอาหารหวานหรือเค็ม
- เน้นอาหารที่มีโปรตีนสูงเสริมภูมิคุ้มกัน และครบ 5 หมู่
- รักษาสุขภาพช่องปาก

อารมณ์

- อย่ารีบข่าวสารมากเกินไป
- ปรึกษาผู้รู้ใจ
- ทำกิจกรรมที่ผู้สูงอายุชื่นชอบ
- ใช้เทคนิคจัดการความเครียด
- หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา ยาเสพติด
- โทรปรึกษาสายด่วนกรมสุขภาพจิต Ins. 1323

2

ป้องกันการถดถอยของร่างกาย และสมอง เนื่องจาก การเก็บตัวอยู่บ้าน เป็นเวลานาน

ออกกำลังกาย

- ออกกำลังกายในบ้านอย่างสม่ำเสมอ หรือเท่าที่ทำได้ตามสภาพร่างกายและสมองของผู้สูงอายุ

เอนกายพักผ่อน

- นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ 7 - 9 ชั่วโมง/วัน

ออกห่างสังคมนอกบ้าน

- กังผู้สูงอายุ และผู้ดูแล ควรเก็บตัวอยู่แต่ในบ้านให้มากที่สุด
- เว้นระยะห่างอย่างน้อย 2 เมตร
- ใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า
- ล้างมือด้วยสบู่และน้ำ หรือแอลกอฮอล์บ่อยๆ








กรมการแพทย์ กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต

รายละเอียดเพิ่มเติม



ภาพประกอบ 7 แสดงหลักการดูแลผู้สูงอายุในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) แหล่งที่มา: <https://www.ryt9.com/s/iq01/3116714> (13 พฤศจิกายน 2563)

จากรายงานผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ติดเชื้อมาจากคนใกล้ชิด ที่สำคัญคือกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 70 ปี หากติดเชื้อจะมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มอื่น เนื่องจากสภาพร่างกายไม่แข็งแรง และมีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ดี หรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุทั้งการป้องกันการติดเชื้อ และการป้องกันการถดถอยของร่างกายและสมอง เนื่องจากต้องเก็บตัวอยู่บ้านเป็นเวลานาน โดยยึดหลัก 5 อ. คือ อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย เอนกายพักผ่อน และออกห่างสังคมนอกบ้าน ซึ่งแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกได้เป็น 3 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 คือกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้ดีคือกลุ่มที่มีชีวิตค่อนข้างแอคทีฟยังมีแรงอยู่มากจะชอบมีปฏิสัมพันธ์นอกบ้านซึ่งช่วงนี้อาจจะให้เก็บตัวอยู่บ้านมากขึ้น

กลุ่มที่ 2 คือกลุ่มติดบ้านกลุ่มนี้ค่อนข้างปลอดภัยแต่ในความเป็นจริงก็ต้องระวังตัวเพราะคนในครอบครัวอาจจะนำเชื้อจากข้างนอกมาติดตามที่มีข่าวเป็นระยะ ๆ วิธีแก้คือ เมื่อกลับมาจากนอกบ้านต้องล้างมืออาบน้ำสระผมก่อน ที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในบ้าน

กลุ่มที่ 3 คือ กลุ่มติดเตียง ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อยคือ กลุ่มที่ดูแลที่บ้านดูเฝ้า ๑ เหมือนจะปลอดภัยเพราะไม่ได้ไปไหนแต่ต้องมีคนดูแลใกล้ชิดต้องระวัง ให้มีการวัดไข้ก่อนที่จะมาดูแล ผู้สูงอายุในบ้าน มีที่ล้างมือฟอกสบู่ให้เรียบร้อยก่อนที่จะมาดูแลผู้สูงอายุในบ้าน

ส่วนอีกกลุ่มคือกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงที่อยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุ (เนอร์สซิงโฮม) หรือสถานพยาบาลทั้งของภาครัฐและเอกชนถ้าอยู่ในสถานที่ดูแลอยู่แล้วก็ค่อนข้างจะปลอดภัย แต่ต้องเน้นการคัดกรองคนที่มาเยี่ยมคัดกรองบุคลากรที่เป็นผู้ดูแลชั้นตอนเฝ้าระวัง

สำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลีกเลี่ยงการไปโรงพยาบาลโดยหากอาการทั่วไปดี คงที่ ผลการตรวจล่าสุดคงที่ ไม่มีปัญหา ให้รับยาทางไปรษณีย์ รับยาร้านยาใกล้บ้าน เลื่อนนัดให้นานขึ้น หรือให้คำปรึกษาทางไกล หากเป็นผู้ป่วยที่อาการแย่งหรือผลการตรวจล่าสุดมีปัญหา ให้มาตรวจตามนัดหรือใช้วิธีปรึกษาทางไกล แต่หากมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงฉุกเฉินไปห้องฉุกเฉินได้ตลอด 24 ชั่วโมง

การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้เกิดการพัฒนาและปรับระบบบริการทางการแพทย์ใหม่ (New Normal Medical Services) คือ (1) ระบบบริการใหม่ตามความจำเป็นของแต่ละบุคคล (2) ระบบสนับสนุนการดูแลตนเองผ่าน Application และสื่อ (3) ระบบข้อมูลด้านสุขภาพ การส่งต่อผู้ป่วยที่เชื่อมโยงกัน (4) ระบบบริการที่เข้าถึงง่ายขึ้น สะดวกรวดเร็วขึ้นด้วยระบบ IT การตรวจทางห้องปฏิบัติการแบบ drive thru การรับยาร้านยาใกล้บ้าน การส่งยาทางไปรษณีย์ การปรึกษาทางไกล เป็นต้น (5) ระบบการบริหารจัดการเตียงร่วมกันระหว่างหน่วยบริการ และ (6) ระบบการป้องกันการติดเชื้อในสถานพยาบาล

2.9.2 หลักปฏิบัติผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

จากสภาวะการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีการแพร่ระบาดในวงกว้างนั้น ผู้สูงอายุ เป็นคนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคและส่งผลต่อการเกิดอาการอย่างรุนแรงมากกว่ากลุ่มวัยอื่น เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน ความดัน โรคระบบทางเดินหายใจ ทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคได้ง่าย ดังนั้น ในบทบาทของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ หรือผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควร มีแนวทางการปฏิบัติตัวและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะไม่พึงประสงค์ ดังนี้

2.9.2.1 คำแนะนำในการปฏิบัติตัวของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ในการดูแลตนเอง โดย (1) ประเมินตนเองตามแบบประเมินความเสี่ยงไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (2) วัดอุณหภูมิของตนเองทุกวัน

กิจกรรมส่วนตัว

1. หลีกเลี่ยงการเข้าร่วมกิจกรรมที่มีคนหนาแน่น แออัด หรือพื้นที่ปิด หากมีความจำเป็น ต้องป้องกันตนเองโดยใช้หน้ากากผ้า หรือเว้นระยะห่างจากบุคคลอื่น 1.5 - 2 เมตร
2. หลีกเลี่ยงการใช้อุปกรณ์ร่วมกัน หากจำเป็นต้องใช้ร่วมกันควรทำความสะอาดอย่างสม่ำเสมอ
3. หมั่นล้างมือบ่อย ๆ ด้วยน้ำและสบู่อย่างน้อย 20 วินาที หรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจล ขณะมือแห้งทุกครั้ง ก่อนรับประทานอาหาร หลังใช้ส้วม หลังจากไอ จาม หรือหลังสัมผัสสิ่งที่มีมีการใช้งานร่วมกัน หลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสใบหน้า ตา ปาก จมูก โดยไม่จำเป็น

การปฏิบัติตนภายในบ้าน

1. รับประทานอาหารปรุงสุกใหม่ อาหารร้อน แยกช้อนกลาง ช้อนส้อม จาน แก้ว และแยกของใช้ส่วนตัวหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารร่วมกัน เน้นอาหารจานเดียว และล้างมือด้วยน้ำและสบู่อย่างน้อย 20 วินาที หรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลขณะมือแห้งก่อนและหลังรับประทานอาหาร
2. ดูแลรักษาสุขภาพตนเอง ออกกำลังกายในบ้านอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย สัปดาห์ละ 5 วัน วันละ 30 - 60 นาที หรือบริหารกายด้วยท่าต่างๆ และนอนหลับให้เพียงพอ เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกาย
3. ควรหลีกเลี่ยงการออกนอกบ้าน โดยการหากิจกรรมทำภายในบ้านหรือกิจกรรมผ่อนคลาย เช่น ดูรายการทีวี ฟังเพลง ร้องเพลง อ่านหนังสือ นั่งสมาธิ สวดมนต์ การฝึกหายใจคลายเครียด เป็นต้น
4. ติดตามข่าวสารและสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากกระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้ทราบมาตรการป้องกันและการดำเนินงานในพื้นที่
5. อารมณ์ หยุตรีบข่าวสารที่มากเกินไป โดยจำกัดการติดตามข้อมูลประมาณวันละ 2 ครั้ง ในตอนเช้าและตอนเย็นหรือตอนกลางคืน เพื่อป้องกันภาวะวิตกกังวลจากการรับข่าวสารมากเกินไปไม่ควรกังวลหรือตระหนกกับข่าวร้าย พุดคุยเรื่องที่ทำให้มีความสุข สนุกสนาน ดูรูปภาพที่เป็นความสุขของครอบครัวหากยังไม่ได้ผล ใช้เทคนิคจัดการความเครียด เช่น การฝึกหายใจคลายเครียด การผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อการนวดคลายเครียดด้วยตนเอง

2.9.2.2 คำแนะนำผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง

1. ล้างมือด้วยน้ำและสบู่อย่างน้อย 20 วินาที หรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลขณะมือแห้ง ทุกครั้งก่อนที่จะมีการสัมผัสกับผู้สูงอายุติดเตียง ต้องมีการป้องกันตนเอง โดยใส่ชุด

ให้รัดกุม สวม หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า สวมถุงมือทุกครั้งในขณะที่ดูแลผู้สูงอายุ หลังปฏิบัติงาน ต้องล้างมือ ด้วยน้ำและสบู่อย่างน้อย 20 วินาที หรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลขณะมือแห้ง

2. สังเกตผู้สูงอายุติดเตียง หากพบมีอาการไข้ ไอ จาม มีน้ำมูก หรือเหนื่อยหอบ ให้แจ้งเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ เพื่อส่งรักษาต่อไป

3. กรณีผู้สูงอายุที่ใช้เครื่องดูดเสมหะและให้อาหารทางสายยาง ต้องมีการดูแลความสะอาดเป็นพิเศษเพื่อป้องกันการติดเชื้อตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด

4. สิ่งของและของเหลวที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุ ควรนำออกจากห้องผู้สูงอายุและนำไปกำจัดตาม คำแนะนำทันที

5. หากมีอาการไข้ ไอ จาม เจ็บคอ มีน้ำมูก เหนื่อยหอบ ให้หยุดปฏิบัติหน้าที่และเข้ารับการรักษาสถานบริการสาธารณสุข

6. ติดตามข่าวสารและสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จากกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ทราบมาตรการป้องกันและการดำเนินงานในพื้นที่

7. ให้คำแนะนำผู้สูงอายุและผู้ดูแลเกี่ยวกับด้านจิตใจ ในการติดตามข้อมูลประมาณวันละ 2 ครั้ง ในตอนเช้า และตอนเย็นหรือตอนกลางคืน เพื่อป้องกันภาวะวิตกกังวลจากการรับข่าวสารมากเกินไปไม่ควรกังวล หรือตระหนกกับข่าวร้าย พุดคุยเรื่องที่ทำให้มีความสุข สนุกสนาน ดูรูปภาพที่เป็นความสุขของครอบครัวหากยังไม่ได้ผล ใช้เทคนิคจัดการความเครียด เช่น การฝึกหายใจคลายเครียด การผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อการนวดคลายเครียดด้วยตนเอง

2.9.2.3 คำแนะนำสำหรับญาติในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน / ติดเตียง

1. ล้างมือด้วยน้ำและสบู่อย่างน้อย 20 วินาที หรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลขณะมือแห้งทุกครั้งก่อนที่จะมีการสัมผัสกับผู้สูงอายุติดเตียง ต้องมีการป้องกันตนเอง โดยใส่ชุดให้รัดกุม สวม หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า สวมถุงมือทุกครั้งในขณะที่ดูแลผู้สูงอายุ หลังปฏิบัติงาน ต้องล้างมือด้วยน้ำและ สบู่อย่างน้อย 20 วินาที หรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลขณะมือแห้ง

2. หมั่นทำความสะอาด เตียงนอน เครื่องใช้ และอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียงอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งด้วยน้ำยาทำความสะอาดทั่วไป

3. สิ่งของที่ใช้แล้วของผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียง ควรนำออกจากห้องผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียงและนำไปกำจัดทันที

4. หากสมาชิกในครอบครัวหรือญาติที่มีความเสี่ยง หรือมาจากสถานที่เสี่ยงให้งดเยี่ยม เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงจากการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

5. ควรจัดให้มีผู้ดูแลหลักคนเดียว โดยเลือกคนที่สามารถอยู่บ้านได้มากและมีความจำเป็นต้องออกไปนอกบ้านน้อยที่สุดแต่สามารถสลับสับเปลี่ยนผู้ดูแลหลักได้แต่ไม่ควรเปลี่ยนบ่อย และต้องแน่ใจว่าผู้จะมาเป็นผู้ดูแลหลักคนใหม่ต้องไม่ใช่ผู้ที่เสี่ยงติดเชื้อมาก่อนที่ได้กล่าวมาแล้ว

6. ระหว่างมีการระบาดทั้งผู้ดูแลหลักและผู้สูงอายุติดบ้าน / ติดเตียงควรเก็บตัวอยู่แต่ในบ้านให้มากที่สุด

7. หมั่นสังเกตผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียง และเฝ้าระวังอาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียง โดยวัดไข้ วัดอุณหภูมิกรณีที่มีการติดเชื้อเกิดขึ้น อาการอาจไม่ชัดเจนและไม่ตรงไปตรงมา เช่น อาจไม่มีไข้ หรืออาจมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร หรือรับอาหารทางสายยางไม่ได้ ซึมสับสนเฉียบพลัน ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองลดลงอย่างรวดเร็ว ควรรีบปรึกษาแพทย์ เพราะมีความเสี่ยงสูงที่อาการจะรุนแรงมากกว่าในวัยอื่น ๆ

8. กรณีจำเป็นต้องใกล้ชิดกับผู้สูงอายุต้องทำความสะอาดตัวเองก่อนและอยู่ห่างจากผู้สูงอายุอย่างน้อย 1-2 เมตร

9. รับประทานอาหารแยกจากผู้สูงอายุ ไม่ใช่ของใช้ส่วนตัวร่วมกับผู้สูงอายุ เช่น ผ้าเช็ดตัว ผ้าเช็ดหน้า แก้วน้ำ หลอดดูดน้ำ

10. ทุกคนในบ้านควรล้างมือบ่อยครั้งที่สุด เพื่อลดการรับและแพร่เชื้อให้กับผู้สูงอายุ

11. ทำความสะอาดเสื้อผ้า ผ้าปูเตียง ผ้าขนหนูของผู้สูงอายุ ฯลฯ ด้วยสบู่หรือผงซักฟอกธรรมดาและน้ำหรือซักผ้าด้วยน้ำร้อนที่อุณหภูมิ 60 - 90°C

12. ผู้สูงอายุควรแยกห้องพักและของใช้ส่วนตัว หากแยกห้องไม่ได้ ควรแยกบริเวณที่นอนให้ห่างจากคนอื่น ๆ มากที่สุด ที่พักอาศัยและห้องพักควรเปิดหน้าต่างให้อากาศถ่ายเท ไม่ควรนอนร่วมกันในห้องปิดที่ใช้เครื่องปรับอากาศ

13. หากสมาชิกในครอบครัวหรือญาติที่มีความเสี่ยง หรือมาจากสถานที่เสี่ยง ให้งดเยี่ยมเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงจากการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

14. ติดตามข่าวสารและสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จากกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ทราบมาตรการป้องกันและการดำเนินงานในพื้นที่

2.9.3 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง

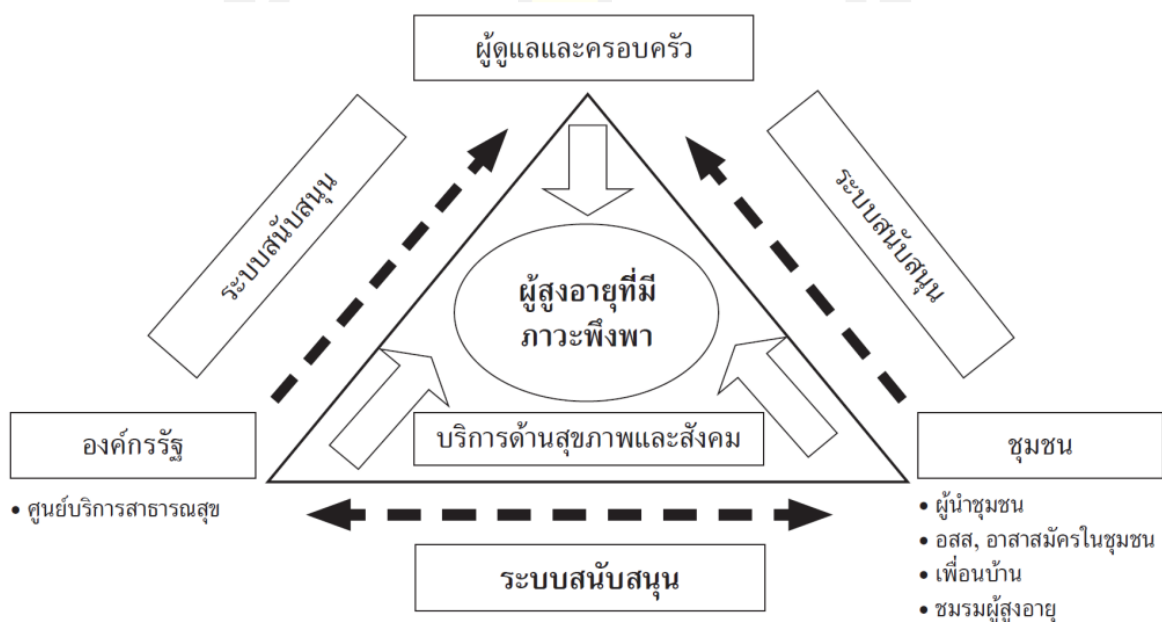
ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ส่วนหนึ่งต้องเผชิญกับปัญหาภาวะสุขภาพที่มีสาเหตุมาจากความเสื่อมของร่างกายตามวัยหรือมีภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยเดิมหรือการเจ็บป่วยเฉียบพลันที่เกิดขึ้นภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอยหรือภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยนี้ ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องการการดูแลเอาใจใส่ และความช่วยเหลือเพิ่มขึ้นจากครอบครัว ชุมชน หน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน

จากผลประเมินภาวะสุขภาพทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ของผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านกลุ่มติดเตียง ในชุมชนเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ของ จุฑาทิพย์ งามจันทร์ศรี และ อรสา กงตาล (2555) พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านกลุ่มติดเตียงบางส่วน มีปัญหาดังนี้ (1) ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ได้แก่ มีดัชนีมวลกายเกินปกติ มีโรคประจำตัว (ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง) ฟันผุเหงือกอักเสบ ไม่มีฟันขบเคี้ยวทำให้มีปัญหาในการเคี้ยวกลืนอาหาร หูตึงได้ยินไม่ชัดเจน มองเห็นไม่ชัด มีปัญหาเกี่ยวกับกระดูกและกล้ามเนื้อ (ปวดเอว ปวดหลัง ปวดข้อ) มีปัญหาเกี่ยวกับการถ่ายอุจจาระ (ท้องผูก) และมีปัญหาเกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะ (กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะขัด) (2) ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ ได้แก่ มีภาวะซึมเศร้าจากโรคภัยไข้เจ็บของตนเอง ปัญหาต่าง ๆ ในครอบครัว และเป็นห่วงลูกหลาน และ (3) ภาวะสุขภาพด้านสังคม ได้แก่ การไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมได้

การจัดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวในชุมชน เป็นบทบาทหน้าที่ของทุกคนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งในส่วนของผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่ต้องมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพด้านร่างกายและจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไปจากการสูงอายุและการเจ็บป่วย คนในชุมชนที่เป็นส่วนหนึ่งในสังคมของผู้สูงอายุ และหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนที่ต้องร่วมหาแนวทางดูแลผู้สูงอายุด้วยกัน ส่วนรายละเอียดของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอาจต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา การสาธารณสุข การเมืองการปกครอง สภาพกายภาพและสิ่งแวดล้อมของพื้นที่ รวมถึงความสัมพันธ์ของคนในชุมชนและบริบทแวดล้อมของพื้นที่นั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ เล็ก สมบัติ และคณะ (2555) ที่ให้แนวทางในการพัฒนาไว้ว่า การดูแลระยะกลางและระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จะสามารถดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ตามตัวชี้วัดนั้น ควรสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลระยะยาวให้กับผู้นำท้องถิ่น และผู้บริหารในพื้นที่เพื่อให้เกิดการนำไปกำหนดนโยบายท้องถิ่น และควรแสวงหาวิธีการหรือรูปแบบการดูแลระยะยาวให้มีความสอดคล้องกับระบบค่านิยม วัฒนธรรมของพื้นที่หรือชุมชน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและเกี่ยวโยงเข้าสู่วิถีการดำเนินชีวิตของชุมชน

การศึกษารูปแบบการจัดการดูแลระยะยาวกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยชุมชนของ เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล และคณะ (2555) ในพื้นที่ตำบลท่าไม้ อำเภอท่ามะกา และตำบลจรเข้เผือก อำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า รูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง แบ่งออกเป็น 8 รูปแบบ คือ การดูแลตนเอง การดูแลโดยครอบครัว การดูแลโดยเพื่อนบ้าน การดูแลโดยผู้นำชุมชน การดูแลโดยชมรมผู้สูงอายุ การดูแลโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในกรณีที่ไม่มีผู้ดูแล มีผู้ดูแล และมีผู้ดูแลแต่ไม่ยอมดูแล การดูแลโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และการดูแลโดยสถานบริการสุขภาพ ปัญหาอุปสรรคที่พบคือ ผู้สูงอายุติดเตียงไม่ให้ความร่วมมือในการทำกายภาพบำบัด ผู้ดูแลไม่มีเวลาและรู้สึกเหนื่อย ท้อแท้ ขาดนักกายภาพบำบัด นักพัฒนาสังคม

ลงพื้นที่ช่วยเหลือดูแล และขาดวัตถุประสงค์ที่จำเป็นต่าง ๆ ดังนั้น จึงมีความต้องการอบรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแล อสม. เรื่องการรักษาพยาบาล ทำกายภาพบำบัด จัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูและดูแลผู้พิการในชุมชน และให้องค์กรต่าง ๆ ในชุมชนลงพื้นที่ร่วมกัน เพื่อช่วยเหลือดูแลสุขภาพ มอบอาหาร ยา เงิน และ วัตถุประสงค์ที่จำเป็นต่าง ๆ วิราพรธรณ วิโรจน์รัตน์ และคณะ (2557) ได้พัฒนาพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาโดยการมีส่วนร่วมระหว่าง ครอบครัว ชุมชน และองค์กรรัฐ โดยดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (Participatory action research) ซึ่งสรุปได้ว่ารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพานั้นควรมี 3 ภาคส่วน คือ ผู้ดูแลและครอบครัว เครือข่ายชุมชนและศูนย์บริการสาธารณสุข แต่ละภาคส่วนนั้นมีการสนับสนุนและประสานงานกันในการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการบริการสุขภาพและทางสังคมเพื่อการดูแลผู้สูงอายุให้เป็นองค์รวมทางด้านร่างกาย จิต และสังคม ดังภาพที่ 2.8



ภาพประกอบ 8 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา
แหล่งที่มา: วิราพรธรณ วิโรจน์รัตน์ และคณะ (2557)

จากการทดลองนำรูปแบบไปทดลองใช้ใน 3 ชุมชน พบว่าผู้สูงอายุเข้าถึงบริการและมีความพึงพอใจในบริการเพิ่มขึ้น การนำกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วมมาใช้ในการศึกษารุ่นนี้ ทำให้เห็นปรากฏการณ์ของการเคลื่อนไหวของสังคม (social movement) เกิดการเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาพร้อมกันของทุกภาคส่วน และเป็นการเสริมพลังอำนาจให้ผู้สูงอายุและครอบครัว

เครือข่ายของชุมชนต่อการให้บริการจากภาครัฐ เกิดการสร้างความสัมพันธ์แนวราบ และการแก้ปัญหาแบบบูรณาการ

นอกจากนี้ ได้มีงานวิจัยที่กล่าวถึงเครือข่ายในชุมชนที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง คือ การวิจัยเชิงคุณภาพ เรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย (Care for Elderly Dependents in the Northeast of Thailand) ของ ชวลิต สวัสดิ์ผล, ธวัชชัย เพ็งพิณิจ (2560) ที่มีวัตถุประสงค์ส่วนหนึ่งเพื่อศึกษาแนวทางที่เหมาะสมต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือผลการวิจัยสรุปได้ว่า การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มี 2 ระบบ ได้แก่ ระบบแรก การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงวงในหรือการดูแลโดยครอบครัว ซึ่งผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแลด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และการทำกิจวัตรประจำวันจากผู้ดูแลหลักที่มาจากครอบครัวและเครือญาติ และระบบที่สองการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงวงนอกหรือการดูแลโดยชุมชนท้องถิ่น ได้แก่ การจัดบริการการดูแลโดยเครือญาติ การจัดบริการการดูแลโดยเพื่อนบ้าน การจัดบริการการดูแลโดยผู้นำ กรรมการหมู่บ้าน การจัดบริการกลุ่มอาสาสมัครในชุมชนท้องถิ่น (เช่น การจัดการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) การจัดการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยอาสาสมัคร (อพม.) การจัดการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงโดยอาสาสมัครสร้างเสริมและดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Care Giver) การจัดการดูแลโดยพระสงฆ์ การจัดบริการการดูแลเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ)

การจัดบริการการดูแลโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และการจัดบริการการดูแลโดยกลุ่มเจ้าหน้าที่รัฐการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในชุมชน ผู้ดูแลในครอบครัว (family caregiver) ถือว่าเป็นผู้ดูแลหลักของสังคมไทยภาระการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงเป็นระยะเวลานาน โดยเฉพาะมีผู้ดูแลเพียงคนเดียวอาจส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจ และสังคม ยกตัวอย่างจากผลการวิจัยของ ชารินทร์ คุณยศยิ่ง (2556) ศึกษาเรื่องการพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองภาระการดูแล การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลวัยสูงอายุ พบว่าการพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองและภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิต ในขณะที่การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิต

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2551) สรุปผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวซึ่งส่วนใหญ่เป็น ผลกระทบในด้านลบมากกว่าด้านบวกโดยผลกระทบที่ชัดเจนมี 3 ด้านได้แก่ ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ผลกระทบทางด้านร่างกาย และผลกระทบทางด้านสังคม เศรษฐกิจ กล่าวคือ

1) ผลกระทบทางจิตใจและอารมณ์การดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงทุกประเภทรวมถึงผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ ถือว่าเป็นภารกิจที่มีความรับผิดชอบสูง เป็นงานหนักที่ต้องใช้เวลา กำลังกาย ความรู้และการเสียสละอย่างมาก ปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลที่พบมาก ได้แก่

ความเครียดด้านความคลุมเครือในบทบาท หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลที่ไม่แน่ใจว่าตนเองจะมี ความสามารถพอที่จะดูแลผู้สูงอายุได้ รวมถึงบทบาทที่ซับซ้อนและการที่บุคคลขาดทรัพยากร (ด้าน ร่างกาย สติปัญญา อารมณ์หรือเศรษฐกิจ) ที่เพียงพอในการที่จะกระทำตามความคาดหวังของ บทบาท ผู้ดูแลบางรายต้องรับบทบาททั้งเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว ผู้ทำงานบ้านและผู้ดูแลผู้สูงอายุใน เวลาเดียวกันทำให้บทบาทบางอย่างบกพร่องหรือทำได้ไม่เต็มที่ ขณะเดียวกันก่อให้เกิดปัญหาด้าน อารมณ์และจิตใจตามมาได้ ส่วนผลกระทบด้านจิตใจเชิงบวกที่ปรากฏคือการได้รับรางวัลจากการเป็น ผู้ดูแลนั้น ผู้ดูแลให้ความเห็นด้านค่านิยมทางสังคมสูงกว่าด้านอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้สึกที่ว่า การได้ดูแลผู้สูงอายุเป็นการตอบแทนบุญคุณผู้สูงอายุ

2) ผลกระทบทางด้านร่างกาย (Physiological Problem) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักจะทำ หน้าที่เพียงคนเดียว ทำให้เกิดความอ่อนเพลียไม่มีแรง และบางครั้งพักผ่อนไม่เพียงพอ ส่วนใหญ่ ผู้ดูแลมักเป็นเพศหญิง ซึ่งเมื่อต้องออกแรงเกินกำลังในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่มีร่างกายใหญ่โต อาจทำ ให้เกิดอาการปวดเมื่อยตามร่างกายได้ โดยลักษณะปัญหาที่พบ ได้แก่ ปวดหลัง (Backache) ปวดต้น คอ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักบ่นว่า ปวดเมื่อยตามร่างกาย อ่อนเพลียไม่มีแรง เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุส่วน ใหญ่มีปัญหาในการนอนไม่หลับ ทำให้ผู้ดูแลได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ มีร่างกายอ่อนเพลียไม่มีแรง เกิดโรคแทรกซ้อนได้ และมีปัญหาทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้น (Increase Health Problem) ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสามีหรือภรรยา ซึ่งเป็นผู้สูงอายุด้วยกันทั้งคู่และมักมีโรคประจำตัวอยู่แล้ว ภาวะที่ต้องให้การ ดูแลผู้สูงอายุอยู่ตลอดเวลา ทำให้มีเวลาดูแลสุขภาพตนเองลดลง โรคประจำตัวที่เป็นอยู่แล้วก็มีอาการ มากขึ้นและอาจมีปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ตามมาอีก

3) ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socio-Economic Problem)

3.1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านรูปแบบการทำงาน มีผู้ดูแลหลายรายที่ต้องปรับ ลักษณะการทำงานของตนให้เข้ากับภาระในการดูแลผู้ป่วย เช่น อาจเปลี่ยนจากการทำงานเต็มเวลา เป็นทำงานบางเวลาหรือบางรายอาจต้องออกจากงาน เพื่อมาดูแลผู้สูงอายุเต็มเวลา

3.2) รายได้ลดลง ถ้าผู้ดูแลมีการปรับลักษณะการทำงานหรือต้องลาออกจากงาน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยแล้วย่อมมีการสูญเสียรายได้ และบางรายอาจมีหนี้สินเพิ่มขึ้นด้วย

3.3) ความขัดแย้งภายในครอบครัว อาจนำมาซึ่งปัญหาความสัมพันธ์ภายใน ครอบครัว อาจมีการผลัดภาระการดูแลและค่าใช้จ่ายระหว่างสมาชิกในครอบครัวได้ หรือในรายที่ ผู้ดูแลมีครอบครัวเป็นของตนเองแล้วอาจเกิดปัญหาที่ไม่มีเวลาให้ครอบครัว

3.4) รายได้ไม่เพียงพอ บางครอบครัวรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายและมี ผู้สูงอายุเพียงบางส่วนเท่านั้น ที่ได้รับสวัสดิการด้านเงินสงเคราะห์สำหรับผู้สูงอายุ และเงินที่ได้รับก็ เป็นเพียงจำนวนน้อยในขณะที่ครอบครัวมีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมาก

การศึกษาผลกระทบและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะ Stroke และโรคเรื้อรัง และภาวะ Dementia ของ ศิราณี ศรีหาคาศ และคณะ (2556) พบว่า

1) ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาระยะยาว

1.1) การเกิดภาวะพึ่งพาระยะยาวของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเกิดจาก 4 เส้นทางหลัก คือ (1) ภาวะสมองขาดเลือด (2) โรคเรื้อรังร่วม เช่น โรคความดันโลหิตสูง (3) ภาวะสมองเสื่อม และ (4) ความอ่อนแอของร่างกายและความเสื่อมของระบบประสาทสัมผัสโดยเฉพาะการมองเห็น

1.2) การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวส่วนใหญ่เป็นเพียงการดูแลกิจวัตรประจำวัน ขาดการฟื้นฟูสภาพและการป้องกัน ทำให้เกิดอุบัติเหตุซ้ำและมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงยิ่งขึ้น

1.3) ข้อจำกัดของการวินิจฉัยและความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ทำให้ผู้สูงอายุขาดโอกาสในการบำบัดรักษาที่เหมาะสม

2) สถานะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาระยะยาวในสังคมไทย มี 3 ลักษณะดังนี้

2.1) ผู้ดูแลส่วนใหญ่ที่ทำงานภาคการเกษตรแตกต่างจากญาติพี่น้องอื่น ๆ ที่ประกอบอาชีพอยู่ในเขตเมือง มีรายได้ที่มากกว่าผู้ดูแลและมีฐานะหน้าที่ดีกว่าผู้ดูแล สถานะของผู้ดูแลส่วนใหญ่จึงตกอยู่ใน“สภาวะไร้อำนาจ” ทั้งการต่อรองในครอบครัวและสังคม

2.2) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาภาวะสุขภาพและต้องการการพึ่งพาด้านสุขภาพ เช่น มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีความพิการและมีปัญหาในการดูแลตนเอง

2.3) ผู้ดูแลมีบทบาทเชิงซ้อนและรับภาระดูแลเพียงลำพัง ผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวส่วนใหญ่มีหน้าที่ภายในครอบครัวเดิม และยังประกอบอาชีพอยู่ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทำให้ภาระเพิ่มขึ้น ในขณะที่หน้าที่ในการทำงานภายในครอบครัวของผู้ดูแลยังคงเดิม

3) ภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

3.1) ภาระค่าใช้จ่ายการดูแล การแสวงหาการรักษา และการเสียสละโอกาสการประกอบอาชีพของผู้ดูแลก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจและหนี้สินกับครอบครัว

3.2) การดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งพาระยะยาวเพียงลำพัง ทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่รู้สึกโดดเดี่ยว และรู้สึกเครียดจนนำไปสู่การทำร้ายตนเองและผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลมี 3 ลักษณะได้แก่ อารมณ์วิตกกังวล อารมณ์เศร้า และอารมณ์เครียดรุนแรง

3.3) ภาวะเครียดเป็นผลกระทบหลักด้านอารมณ์ของการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ที่เกิดจากข้อจำกัดของความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองขาดเลือดและโรคเรื้อรังเกิดอารมณ์วิตกกังวล เครียด ผู้ดูแลที่ต้องอดทนกับอารมณ์และพฤติกรรมผิดปกติ

ของผู้สูงอายุที่บางครั้งทำร้ายผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกสงสาร มีอารมณ์เศร้า ร้องไห้บ่อย และรู้สึกท้อแท้

3.4) กิจกรรมในชุมชนและแหล่งสนับสนุนที่ลดลง ทำให้ผู้ดูแลขาดโอกาสทางสังคม และทำให้เกิดความขัดแย้งกับญาติพี่น้อง ทำให้ผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ในชุมชนและสังคมลดลง ขาดโอกาสในการทำกิจกรรมทางศาสนาและขาดการพักผ่อน

3.5) กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดเกือบ 24 ชั่วโมงเพียงลำพังขาดโอกาสพักผ่อน ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดอาการเหนื่อยล้าร่างกาย เหนื่อย อ่อนเพลีย อาการปวดหลัง ปวดเอว มีปัญหาการนอนหลับ มีอาการวิงเวียนศีรษะ และมีปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น ทำให้มีภาวะเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้นและไม่สามารถควบคุมอาการของโรค

4) วัฒนธรรมชุมชนและบทบาทองค์กรในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

4.1) ครอบครัวเป็นสถาบันหลักของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสังคมไทย แบบแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสังคมไทยเป็นการดูแลภายในครอบครัว ด้วยค่านิยมความเชื่อ “ความกตัญญูทดเวทีย”

4.2) การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ขาดหลักประกันคุณภาพการดูแลที่บ้านและความต่อเนื่องของการดูแลในระบบบริการสุขภาพในสถานบริการปฐมภูมิ สถานที่และระบบบริการของหน่วยงานไม่เอื้อต่อการให้บริการผู้สูงอายุที่พึ่งพาระยะยาว ทำให้ผู้สูงอายุประสบปัญหาในการเดินทาง และขาดอุปกรณ์อำนวยความสะดวก

4.3) ชุมชนมีโครงสร้างองค์กรที่รองรับการทำงานผู้สูงอายุ ทั้งด้านสวัสดิการและสุขภาพแต่ขาดกลไกขับเคลื่อนและบูรณาการงานผู้สูงอายุระยะยาวเชิงรูปธรรมทั้งนี้ การศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้ให้ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1) พัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้เป็นแหล่งสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ได้แก่ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเชิงรุก รวมถึงความสามารถในการวินิจฉัยและการดูแลโรคที่มีความซับซ้อนมาก 2) กำหนดมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและควบคุมคุณภาพการดูแลทั่วประเทศ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ควรมีระบบการตรวจประเมิน คัดกรองแยกประเภทผู้สูงอายุที่มีมาตรฐาน จัดชุดสิทธิประโยชน์และการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุแต่ละประเภทที่ชัดเจน จึงมีความจำเป็นต้องกำหนดมาตรฐานชัดเจนและถูกตรวจสอบคุณภาพเพื่อการพัฒนา โดยเฉพาะระบบการส่งต่อและการดูแลที่บ้าน 3) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในระบบบริการสุขภาพและในชุมชน การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาระยะยาวมีความซับซ้อนและต้องการบริการที่มีความเฉพาะ การเตรียมบุคลากร ผู้ดูแลและครอบครัวเพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีความจำเป็นที่ผู้ดูแล

ทุกระดับต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพ 4) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ องค์กรเอกชน ควรร่วมออกแบบและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสังคมไทย ดังต่อไปนี้ 4.1) ออกแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีทางเลือกสำหรับผู้ดูแลและครอบครัวในชุมชน ควรมีการออกแบบระบบการดูแลที่รองรับผู้สูงอายุและผู้ดูแลทุกประเภท ตั้งแต่สุขภาพดีช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และมีอาการเจ็บป่วยเฉพาะ 4.2) ส่งเสริมให้เกิดการจัดตั้งกองทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนโดยชุมชนกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมีความจำเป็น เพื่อช่วยลดภาระของผู้ดูแลและครอบครัว 4.3) สนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

การสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทในการออกแบบและดูแลระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้กองทุนส่งเสริมสุขภาพตำบล จะทำให้เกิดพลังการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและเกิดการเชื่อมโยงจากนโยบายการดูแลสุขภาพของประชาชนสู่แนวทางการปฏิบัติที่มีทิศทางชัดเจนอาจกล่าวได้ว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง) หากในชุมชนมีระบบและเครือข่ายการดูแลและความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ดี ผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จะเป็นผลกระทบทางบวกมากกว่าผลกระทบทางลบ เช่น ผู้ดูแลในครอบครัวมีแรงจูงใจในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น หน่วยบริการสุขภาพและหน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชน มีศักยภาพในการดูแลได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ และผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าไม่ถูกทอดทิ้ง ซึ่งระบบและเครือข่ายการดูแลนั้นควรเป็นความร่วมมือของคนในชุมชน ตั้งแต่คนในครอบครัว ชุมชน ภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้การดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นการดูแลในระยะยาวที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

2.10 แนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับผู้สูงอายุ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ที่มีการแพร่ระบาดเป็นวงกว้าง ผู้สูงอายุถือเป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่มีอาการรุนแรงมากกว่ากลุ่มวัยอื่น การอยู่รวมกันเป็นครอบครัวที่มีสมาชิกในบ้านมีประวัติเดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง อาจทำให้ผู้สูงอายุติดเชื้อได้ ดังนั้นผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัวควรมีการปฏิบัติตน เพื่อการป้องกันการรับสัมผัสและแพร่กระจายเชื้อโรค ดังนี้

2.10.1 คำแนะนำสำหรับผู้สูงอายุ

1. ล้างมือบ่อย ๆ ด้วยน้ำและสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ 70 % ทุกครั้งก่อนรับประทานอาหารหลังเข้าส้วม หรือเมื่อสัมผัสสิ่งของร่วมกับผู้อื่น หลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสใบหน้า ตา ปาก จมูก
2. เลือกทานอาหารที่ร้อนหรือปรุงสุกใหม่ๆ ควรทานอาหารแยกสำรับ หรือหากทานอาหารร่วมกันให้ใช้ช้อนกลางส่วนตัว ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และพักผ่อนให้เพียงพอ
3. หากไอ จาม ใช้ผ้าเช็ดหน้าหรือกระดาษทิชชูปิดปากหรือใช้ข้อศอกปิดปากจมูก และทำความสะอาดมือด้วยสบู่และน้ำหรือเจลแอลกอฮอล์ทันที หรือให้สวมหน้ากาก หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดผู้ที่มีอาการหวัด มีไข้ ไอ จาม มีน้ำมูก
4. งดออกจากบ้านหรือเข้าไปในบริเวณที่มีคนแออัด หากจำเป็นให้ใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า ใช้เวลาน้อยที่สุด รักษาระยะห่างจากบุคคลอื่น 1 - 2 เมตร หลีกเลี่ยงการสวมกอดหรือพูดคุยในระยะใกล้ชิดกับบุคคลอื่น และเปลี่ยนมาใช้การสื่อสารทางโทรศัพท์ หรือ Social media เป็นต้น
5. หากมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หรือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคกระดูกพรุน ควรจัดเตรียมยาสำรองสำหรับรักษาโรคประจำตัวของผู้สูงอายุไว้ ภายใต้ดุลยพินิจของแพทย์หากถึงกำหนดตรวจตามนัด ให้ติดต่อขอคำแนะนำจากแพทย์และให้ญาติไปรับยาแทน
6. ดูแลสภาพจิตใจของตนเอง ไม่ให้เครียดเกินไป หาวิธีผ่อนคลายความเครียด เช่น การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสุขภาพ (เช่น รำมวยจีน โยคะ) ฟังเพลง ร้องเพลง หรือเล่นดนตรี ปลูกต้นไม้ทำสวน จัดห้อง ตกแต่งบ้าน เล่นกับสัตว์เลี้ยง สวดมนต์ นั่งสมาธิ การฝึกหายใจคลายเครียด ทำบุญตักบาตร เป็นต้น

2.10.2 คำแนะนำสำหรับผู้ที่อยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ

1. หมั่นสังเกตตนเอง ว่ามีอาการไข้ หรืออาการทางเดินหายใจหรือไม่ หากพบว่ามีอาการดังกล่าวควรงดการใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ
2. หลีกเลี่ยงการคลุกคลีกับผู้สูงอายุโดยไม่จำเป็น หาวิธีการสร้างความสัมพันธ์อันดี โดยรักษาระยะห่างกับผู้สูงอายุ
3. ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ต้องสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา และล้างมือทุกครั้งก่อนให้การดูแล

2.11 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จันทนา เสวกวรรณ และคณะ (2561) ผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ การดูแลต่อเนื่องเป็นบทบาทที่จำเป็นของพยาบาลในการจัดการโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่อง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มุ่งเน้นสนับสนุนการดูแลตนเอง และระบบข้อมูลทางคลินิก ประกอบด้วย การให้ความรู้ สร้างทัศนคติที่ดีและฝึกทักษะการดูแลโรคด้วยตนเอง เยี่ยมบ้านเพื่อสนับสนุนพฤติกรรม การดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์โดยผู้วิจัย ติดตามระดับความดันและการมาตรวจตามนัดผ่านระบบสารสนเทศ ส่งต่อข้อมูลสู่ชุมชน เพื่อติดตามให้เกิดปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เหมาะสมได้ทันเวลา ประเมินผลและให้ข้อมูลย้อนกลับ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำไปใช้การดูแลผู้ป่วยโดย มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะการดูแลตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมรับรู้ปัญหาสุขภาพ เพื่อสร้างจูงใจให้เกิดการมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

สถิตพงษ์ เจตสุพรรณ (2559) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลท่าตอน อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าปัจจัยนำคือ ผู้สูงอายุมีระดับการตระหนักในสุขภาพและความรู้สึกรู้สีก่อนค่าของของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ($x=2.83, 2.45$) ตามลำดับ ส่วนปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ ของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีระดับการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ อยู่ในระดับมาก ($x=2.34$) ปัจจัยเสริมได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับมาก ($x=2.35, 2.20$) ตามลำดับ แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับปานกลาง ($x=1.91$) พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการกับความเครียดและด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย ของผู้สูงอายุ พบว่ามีระดับการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง ($x=2.23$) การออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ($x=2.06$) การจัดการกับความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง ($x=2.14$) การปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย อยู่ในระดับปานกลาง ($x=2.23$)

สุดารัตน์ จาดจีน (2558) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน บ้านอุมลอง อำเภอลำปาง พบว่าผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับบุตรหลาน ร้อยละ 63.64 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 84.10 ไม่ได้ดื่มสุรา ร้อยละ 90.91 มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 81.82 และมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.09 โดยมีพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการทานอาหาร พฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ และพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง

ปราณีศา ศรีวิชัย และคณะ (2554) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ กรณีศึกษาผู้สูงอายุของสถานีอนามัยโนนสว่าง ตำบลจำปาโมง อำเภอบ้านฝื่อ จังหวัดอุดรธานี ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.88 ส่วนเพศชาย ร้อยละ 40.12 อายุระหว่าง 60-64 ปี ร้อยละ 34.88 สถานภาพสมรส ร้อยละ 55.25 จบการศึกษาระดับ ประถมศึกษา ร้อยละ 74.41 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 66.86 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 500 บาท ร้อยละ 87.20 แหล่งที่มาของรายได้จากเบี้ยชราภาพ ร้อยละ 61.07 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 77.90 ไม่ได้ดื่ม เครื่องดื่มชูกำลัง ร้อยละ 81.39 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 86.04 ล้างมือก่อนและหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง ร้อยละ 88.37 การดูแลตนเองของผู้สูงอายุพบว่า การช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ ร้อยละ 95.93 การออกกำลังกาย 1-3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 97.67 เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 88.38 ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากกับเจ้าหน้าที่ทุกปี ร้อยละ 74.48 ถอนฟันแล้วไม่ยอมใส่ฟันเทียม ร้อยละ 90.12 และไปรับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการของรัฐ ร้อยละ 57.55 ได้รับการตรวจสุขภาพตามเกณฑ์ทุกปี ร้อยละ 95.35 ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุจากการจราจร ร้อยละ 98.26 ไม่มี ความเครียด วิตกกังวล และทุกข์ใจ ร้อยละ 84.88 การผ่อนคลายความเครียดได้ด้วยตนเองทุกครั้ง ร้อยละ 59.88 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 93.03 ไม่มีปัญหาเรื่องการนอนไม่หลับ ร้อยละ 84.88 มีส่วน ร่วมในการตัดสินใจเรื่องสำคัญๆ ในครอบครัว ร้อยละ 84.88 และมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนาใน ชุมชน ร้อยละ 94.76

วิชัย เสนชุ่ม และคณะ (2554) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยพยากรณ์บทบาทของสมาชิก ครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลพะวอ อำเภอมะสอย จังหวัดตาก พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทของสมาชิกครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ การศึกษาระดับการศึกษา ($r = 0.19$) การมีและเข้าถึงทรัพยากร ($r = 0.22$) สัมพันธภาพใน ครอบครัว ($r = 0.18$) การสนับสนุนจากภาครัฐ ($r = 0.25$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับบทบาท ของสมาชิกในครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ การมีโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ ($r = -0.14$) จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องรับผิดชอบดูแล ($r = -0.14$) และปัจจัยที่มีอำนาจพยากรณ์บทบาทของ สมาชิกครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้แก่การได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ

สัมพันธ์ภาพในครอบครัวการมีและเข้าถึงทรัพยากรการมีโรคประจำตัวของผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพการพยากรณ์ ร้อยละ 38.0 ($R^2 = 0.38$)

สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล (2553) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลเจริญเมือง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองดีมากมีการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพอยู่ในระดับดีมีการประเมินสุขภาพตนเอง ดี และมีการตรวจสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่า อยู่ในระดับดีมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การละเว้นสิ่งที่มีให้โทษต่อร่างกาย การรับประทานอาหาร การนอนหลับ และพักผ่อนหย่อนใจ การรักษาสุขภาพจิตส่วนด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับพอใช้ เพศ อายุ ลักษณะครอบครัวรายได้ โรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ระดับการศึกษาสถานภาพสมรส อาชีพ แหล่งที่มาของรายได้ ความพอเพียงของรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ การประเมินสุขภาพตนเอง การตรวจสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ทรศณีย์ โกศยทิพย์ (2553) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพ ในผู้สูงอายุ ในอำเภอตำบลลานหอย จังหวัดสุโขทัย ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีคะแนนในระดับต่ำ และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมีคะแนนในระดับต่ำ พฤติกรรมด้านบริโภค อาหารในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย การจัดการความเครียดอยู่ในระดับน้อยและพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลางการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ($r=386$, $P\text{-value}<0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วชิราพรรณ เทพิน (2553) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางชีวิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่า 1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีระดับอายุมาก มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีระดับอายุน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุในกลุ่มสูง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัจจัยทางจิตในกลุ่มต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 3) สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุมีความเชื่อภายในตนด้านสุขภาพของผู้ดูแล สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุของผู้ดูแลได้ร้อยละ 19.2, 5.0 และ 3.0 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01

อังชัน จีงสกุลวัฒนา (2550) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุวัยท้อในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังโตนด อำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรี การศึกษาค้นคว้านี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะประชากรและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุวัยท้อที่อาศัยในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังโตนด ผลการศึกษาพบว่า 1) ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุวัยท้อเป็นเพศหญิง 65.04% มีอายุเฉลี่ย 79.9 ปี 66.67% ของกลุ่มตัวอย่างไม่มีคู่สมรส ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุวัยท้อ (86.99%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 60.98 % ระบุว่ารายได้ไม่เพียงพอ 68.85% ไม่ได้ประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุวัยท้อ (97.56%) อยู่กับคู่สมรสและลูกหลาน และ 51.22% เป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคม 2) พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุวัยท้อที่อยู่ในระดับไม่ดีคือขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ 3) อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและระดับการศึกษาและการประกอบอาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จूरีย์ เลหาพงษ์ (2549) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลประทาน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาและรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพศ อายุ สถานภาพสมรสและภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนด้านการจัดการความเครียด มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่หรือการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ และการจัดการความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการบริโภคอาหารการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การจัดการคลายเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แรงสนับสนุนทางสังคม และบุคคลใกล้ชิดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการบริโภคอาหารการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 การได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อจากแหล่งต่างๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการบริโภคอาหารการออกกำลังกายและการจัดการคลายเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ปริศนา สุวรรณราช และคณะ (2548) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลเกาะคา อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง พบว่า (1) ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยปฏิบัติถูกต้องอยู่ในระดับต่ำ และปฏิบัติถูกต้องอยู่ในระดับสูง

ใกล้เคียงกัน (2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในส่วนของปัจจัยนำพบว่า การอยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (3) ทักษะคิดเกี่ยวกับการรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (4) ความเชื่อเรื่องอาหารเสียดต่อสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (5) ปัจจัยเอื้อได้แก่การเข้าถึงอาหารที่ถูกหลักโภชนาการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (6) ปัจจัยเสริมได้แก่การสนับสนุนทางสังคม พบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

พระสุรชัย อยู่สาโก (2550) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองท่าเรือพระแท่น อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า (1) ปัจจัยที่สนับสนุนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองท่าเรือพระแท่น อำเภอท่ามะกาจังหวัดกาญจนบุรี ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง การตระหนักสุขภาพของวัยผู้สูงอายุ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง (2) การศึกษาของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเทศบาลเมืองท่าเรือพระแท่น อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (3) แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวสามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (4) แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุขและแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (5) ความตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุและแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุขสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมด้านโรคภัยของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (6) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและแรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (7) แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและความตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง 6 อ. ของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จุริย์ เลหาพงษ์ (2549) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลชลประทาน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ผลการวิจัยที่สำคัญพบว่า (1) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลชลประทาน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 47.70 (2)

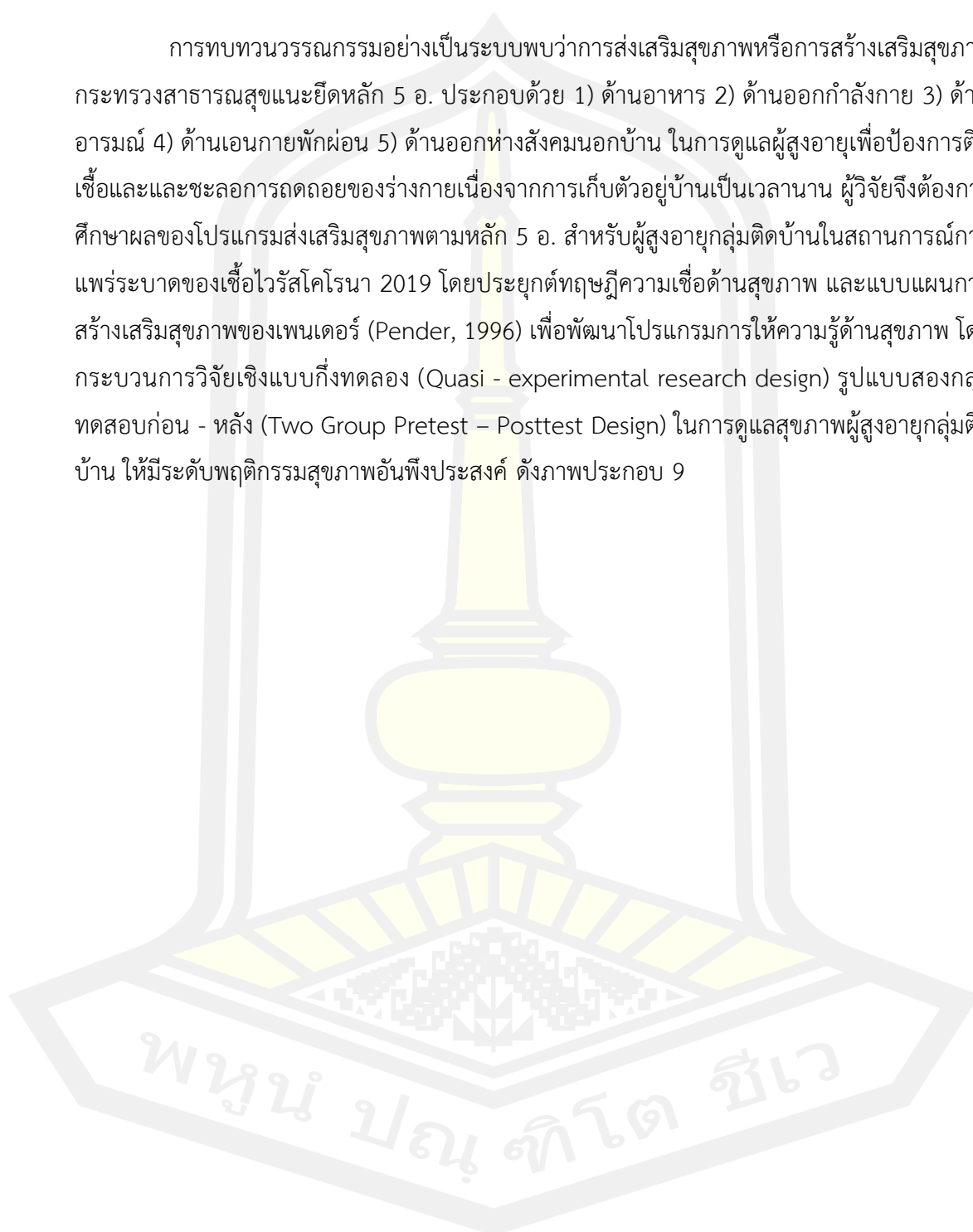
ปัจจัยทางชีวสังคมได้แก่ระดับการศึกษา และรายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .01 ตามลำดับ (3) ปัจจัยนำได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพ ทักษะคิดต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองและการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (4) ปัจจัยอื่น ได้แก่ การมีและเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข และสถานบริการสุขภาพอื่นๆ ที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปใช้บริการได้อย่างสะดวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (5) ปัจจัยเสริมได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดและการได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อจากแหล่งต่างๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ (6) ตัวแปรที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมี 4 ตัวแปรได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด และการได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อจากแหล่งต่างๆ ทักษะคิดต่อการส่งเสริมสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพ การมีและเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข และสถานบริการสุขภาพอื่นๆ ที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปใช้บริการได้อย่างสะดวก สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 36.80 ตัวแปรทำนายที่ดีที่สุด คือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด และการได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อจากแหล่งต่างๆ สามารถทำนายได้ร้อยละ 22.10

สุวรรณา ดีแสน (2545) ศึกษาถึงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลป่าหุ่ง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี และเมื่อจำแนกตามองค์ประกอบของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ 6 รายการ พบว่าด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านโภชนาการอยู่ในระดับดี แต่ด้านกิจกรรมทางกาย และด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง

สรุปจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวส่วนใหญ่เป็นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในสถานการณืปกติ เน้นกลุ่มภาวะพึ่งพิงที่ต้องให้ผู้จัดการผู้สูงอายุ และนักบริบาลผู้สูงอายุในการดูแล และการมีส่วนร่วมผู้เกี่ยวข้องน้อย ซึ่งการดูแลผู้ปวยระยะยาวจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากครอบครัวหรือญาติในการดูแลและให้บริการ การปรับสภาพแวดล้อม และที่อยู่อาศัยให้เอื้อต่อการดูแลด้วย เช่น ที่นอน พื้นบ้าน สถานที่ขับถ่าย ฯลฯ เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพ ทีมสุขภาพจึงจำเป็นต้องออกไปประเมิน (ให้คำแนะนำทุกด้าน และต้องมีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลด้านสังคม) การดูแลในสถานการณืโรคเรื้อรัง ยังไม่มีมาตรฐานและคุณภาพของระบบการดูแลผู้ปวยระยะยาวที่ชัดเจน

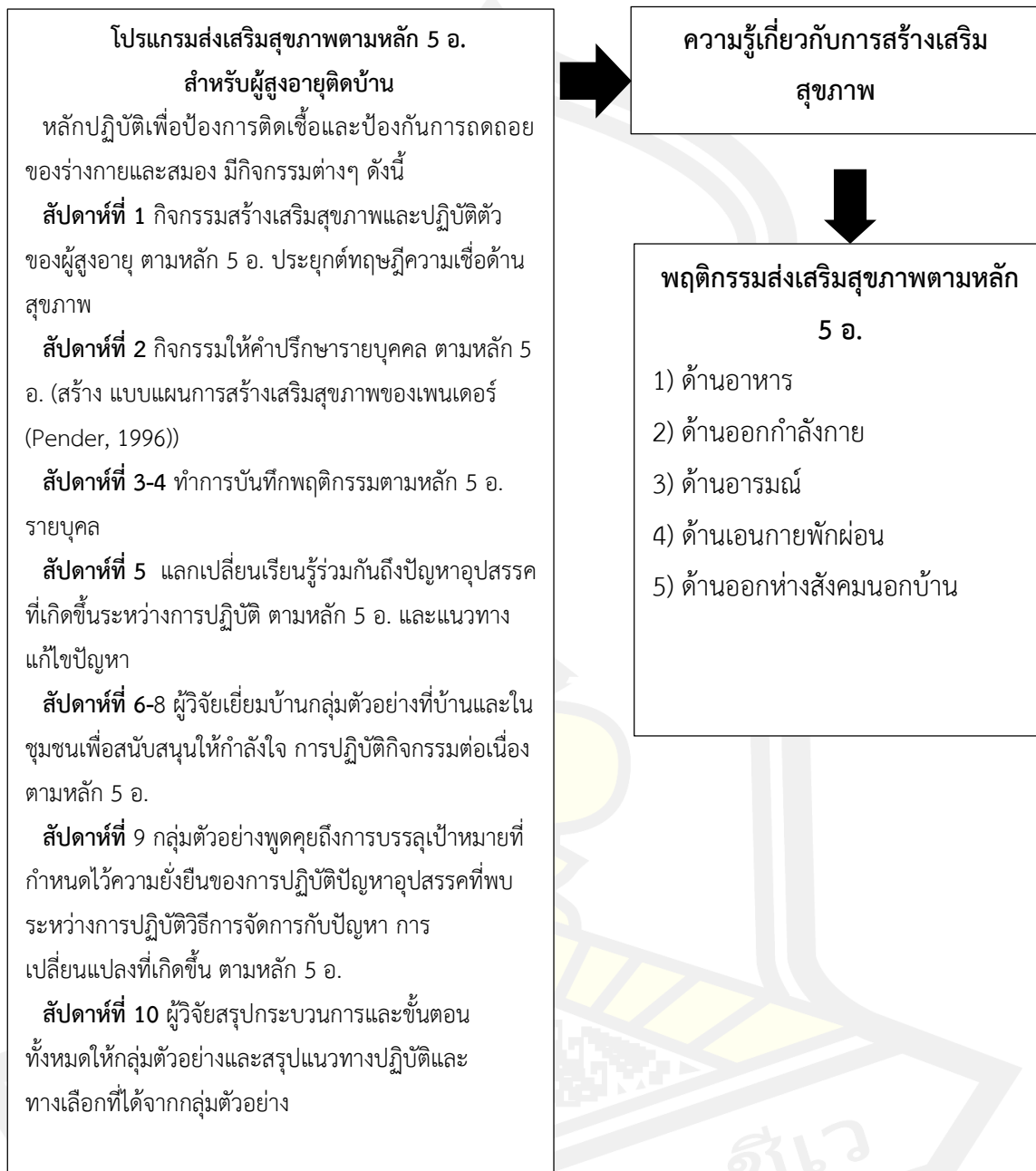
2.12 กรอบแนวคิดการวิจัย

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าการส่งเสริมสุขภาพหรือการสร้างเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขแนวยึดหลัก 5 อ. ประกอบด้วย 1) ด้านอาหาร 2) ด้านออกกำลังกาย 3) ด้านอารมณ์ 4) ด้านเอนกายพักผ่อน 5) ด้านออกกำลังกายสังคมในบ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการติดเชื้อและและชะลอการถดถอยของร่างกายเนื่องจากการเก็บตัวอยู่บ้านเป็นเวลานาน ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 5 อ. สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยประยุกต์ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบแผนการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) เพื่อพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพ โดยกระบวนการวิจัยเชิงแบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research design) รูปแบบสองกลุ่มทดสอบก่อน - หลัง (Two Group Pretest – Posttest Design) ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ให้มีระดับพฤติกรรมสุขภาพอันพึงประสงค์ ดังภาพประกอบ 9



ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



ภาพประกอบ 9 กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 5 อ. สำหรับผู้สูงอายุติดบ้านในสถานการณ์การแพร่ระบาด ของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

เมื่อ

T1, T3 คือ การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

X1-X10 คือ การให้โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านตามหลัก 5 อ.

T2, T4 คือ การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3.2 ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และตัวแปรในการศึกษา

3.2.1 ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวดอน รวมทั้งสิ้น 538 คน

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุติดบ้าน เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวดอน ตำบลหัวดอน อำเภอเชียงใน จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 70 คน โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มควบคุม 35 คน ซึ่งได้จากวิธีการสุ่มอย่างง่าย คำนวณหาขนาดตัวอย่างในการศึกษาโดยใช้สูตร การคำนวณขนาดตัวอย่างเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย กรณี 2 กลุ่มประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน (อรุณ จิรวัดน์กุล, 2552) จากสูตร

$$n/\text{group} = \frac{2\sigma^2 (Z_\alpha + Z_\beta)^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

เมื่อ

n = ขนาดตัวอย่างต่อกลุ่ม

$2\sigma^2$ = ความแปรปรวนของตัวแปรผลที่ใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่าง

Z_α = กำหนดช่วงเชื่อมั่น 95 % ดังนั้น $\alpha = 0.05$, $Z_\alpha = 1.64$

Z_β = กำหนดอำนาจในการทดสอบ (power of test) 90 % ดังนั้น $Z_\beta = 1.28$

$\mu_1 - \mu_2$ = ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

อ้างอิง ศราวัลย์ อิมอดม (2548) ได้ประยุกต์รูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนดอร์ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายที่ถูกต้องในผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านสำราญ ตำบลสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีกลุ่มละ 33 คน หลังทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย 6.15 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่าง เท่ากับ 3.97 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนความรู้เกี่ยวกับการ

ออกกำลังกาย เท่ากับ 0.18 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่าง เท่ากับ 3.50 จากการศึกษาดังกล่าว สามารถคำนวณหาค่าความแปรปรวนร่วมได้ดังนี้

$$\begin{aligned}
 s_p^2 &= \frac{(n_1 - 1)sd_1^2 + (n_2 - 1)sd_2^2}{n_1 + n_2 - 2} \\
 &= \frac{(33 - 1)3.97^2 + (33 - 1)3.50^2}{(33 + 33) - 2} \\
 &= 14.01 \\
 \Delta &= 6.15 - 0.18 \\
 &= 5.97
 \end{aligned}$$

แทนค่าในสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างได้ดังนี้

$$\begin{aligned}
 n/\text{group} &= \frac{2\sigma^2(Z_\alpha + Z_\beta)^2}{\Delta^2} \\
 &= \frac{2 \times 14.01(1.65 + 0.84)^2}{5.97^2} \\
 &= 29.09
 \end{aligned}$$

ในการวิจัยครั้งนี้คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 29.09 คน ผู้วิจัยคาดว่าจะมีผู้สูญหายจากการติดตามร้อยละ 15 ซึ่งการคาดการณ์นี้ได้จากการศึกษาของ Berghout LM, et al. (2001 อ้างใน สงกรานต์ กลิ่นตัวง, 2548) พบว่า มีผู้ออกจากการทดลอง 112 คน จากผู้เข้าร่วมการทดลองทั้งหมด 735 คน คิดเป็น ร้อยละ 15.26

$$\begin{aligned}
 n_{ads} &= \frac{29.09}{(1 - 0.15)} \\
 &= 34.22
 \end{aligned}$$

ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 35 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม จำนวน 70 คน

3.2.2.1 เกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

- 1) เป็นผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในพื้นที่เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวดอน
- 2) เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
- 3) ครอบครัวอนุญาต ยินดีให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยตลอดเวลาในการ

ทดลอง

- 4) ผู้สูงอายุความสนใจและยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม
- 5) ผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้จนสิ้นสุดการทดลอง

3.2.2.2 เกณฑ์การแยกของกลุ่มตัวอย่างออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

- 1) กลุ่มตัวอย่างป่วยในระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมหรือระหว่างการทดลอง
- 2) กลุ่มตัวอย่างไม่ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม

3.2.2.3 เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria)

- 1) กลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวหรือบอกเลิกระหว่างการเข้าร่วมการทดลอง
- 2) กลุ่มตัวอย่างเกิดการเจ็บป่วยขณะหรือระหว่างการทดลอง
- 3) กลุ่มตัวอย่างย้ายออกจากพื้นที่ระหว่างการทดลอง

3.3 ตัวแปรที่ศึกษา

3.3.1 ตัวแปรต้น (Independent Variable) ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 5 อ.

3.3.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variables) คือ ค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม แบ่งออกเป็น 5 ด้าน 1) ด้านอาหาร 2) ด้านออกกำลังกาย 3) ด้านอารมณ์ 4) ด้านเอนกายพักผ่อน 5) ด้านออกห่างสังคมนอกบ้าน

3.4 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ซึ่งการดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้

3.4.1 ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

3.4.2 ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

3.4.3 ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แต่ละสัปดาห์ ดังต่อไปนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มทดลองครั้งที่ 1 โดยประยุกต์ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ กิจกรรมการพบกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มย่อย /รายบุคคล กลุ่มละ 3-5 คนเพื่อลดโอกาสการติดต่อหรือเสี่ยง การเตรียมความรู้ กิจกรรมการให้ความรู้ใช้เวลา 30 นาที และฝึกทักษะใช้เวลา 30 นาที การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับบริบท การวิเคราะห์พฤติกรรมตนเอง วิธีการบันทึกข้อมูลในคู่มือบันทึกการดูแลสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมให้คำปรึกษารายบุคคลโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างพลังอำนาจ และกำหนดแบบแผนการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) การให้กลุ่มตัวอย่างเล่าถึงพฤติกรรมมารับประทานอาหาร พฤติกรรมออกกำลังกาย ด้านการอารมณ์ ด้านเอนกายพักผ่อน ด้านการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปัจจุบัน และความเสี่ยงของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้กำหนดเป้าหมายและแนวทางในการปฏิบัติตัว แล้วบันทึกลงในคู่มือบันทึกการดูแลสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 3-4 กลุ่มตัวอย่างโดยจัดกลุ่มละ 3-5 คน บันทึกพฤติกรรมมารับประทานอาหาร พฤติกรรมออกกำลังกาย ด้านการอารมณ์ ด้านเอนกายพักผ่อน ด้านการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปัญหาอุปสรรคของการปฏิบัติกิจกรรม และแนวทางการแก้ไข กำหนดเป้าหมายการปฏิบัติ ลงในคู่มือบันทึกการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อและป้องกันการถดถอยของร่างกายและสมอง จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างนำไปปฏิบัติจริง

สัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างนำคู่มือบันทึกการดูแลสุขภาพมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันถึงปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติและแนวทางแก้ไขปัญหาแล้วบันทึกลงในคู่มือบันทึกการดูแลสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 6-8 ผู้วิจัยเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างที่บ้านและในชุมชนเพื่อสนับสนุนให้กำลังใจ การปฏิบัติกิจกรรมต่อเนื่องของกลุ่มตัวอย่างให้กลุ่มตัวอย่างเล่าถึงพฤติกรรมมารับประทานอาหาร พฤติกรรมออกกำลังกาย ด้านการอารมณ์ ด้านเอนกายพักผ่อน ด้านการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปัญหาอุปสรรคของการปฏิบัติกิจกรรมที่ทำอยู่และบอกถึงปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติรวมทั้งแนวทางแก้ไขปัญหา แล้วให้จดบันทึกลงในคู่มือบันทึกการดูแลสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 9 ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างพูดคุยถึงการบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้และความยั่งยืนของการปฏิบัติปัญหาอุปสรรคที่พบระหว่างการปฏิบัติวิธีการจัดการกับปัญหา การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น การรับประทานอาหาร พฤติกรรมออกกำลังกาย ด้านการอารมณ์ ด้านเอนกายพักผ่อน

ด้านการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปัญหาอุปสรรคของการปฏิบัติกิจกรรม การประยุกต์แนวคิดใหม่ในการแก้ไขปัญหา และแนวทางการปฏิบัติ พฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 10 ผู้วิจัยสรุปกระบวนการและขั้นตอนทั้งหมดให้กลุ่มตัวอย่างและสรุปแนวทางปฏิบัติและทางเลือกที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่ต่อเนื่องมีคุณค่าและประสิทธิภาพและแจกแบบสอบถามเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง

3.3.4 ขั้นตอนที่ 4 สรุปผลของการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามหลัก 5 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ เอนกายพักผ่อน และออกกำลังกายสังคมนอกบ้าน)

3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.5.1 โปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วยกิจกรรมตามหลัก 5 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ เอนกายพักผ่อน และออกกำลังกายสังคมนอกบ้าน) ดังนี้

(1) การให้ความรู้เรื่องเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วยสาเหตุ อาการแสดง การป้องกันและการปฏิบัติตัวสำหรับผู้สูงอายุ วัคซีนป้องกันโรค โดยวิธีเปิด VDO ใช้เวลา 30 นาที

(2) การให้ความรู้เรื่องกิจกรรมกายบริหารที่เหมาะสม 14 ท่า โดยวิธีเปิด VDO ใช้เวลา 15 นาที

(3) การฝึกออกกำลังกายที่เหมาะสมกับบริบท 14 ท่า โดยแบ่งเป็นกลุ่มย่อย 3 กลุ่มในการฝึกกายบริหาร 14 ท่า มีดังต่อไปนี้ 1) ท่าบริหารศีรษะ 2) ท่าบริหารคอ 3) ท่ายืดหลัง 4) ท่าบริหารลำตัว 5) ท่าบริหารกล้ามเนื้อต้นขา 6) ท่าบริหารกล้ามเนื้อต้นขาด้านหลัง 7) ท่าบริหารสะโพก ด้านข้าง 8) ท่าบริหารข้อเท้า 9) ยืนต่อเท้า แบบมีราวจับ 10) เดินต่อเท้า แบบมีราวจับ 11) ยืนขาเดียว แบบมีราวจับ 12) เดินด้วยส้นเท้า แบบมีราวจับ 13) เดินด้วยปลายเท้า แบบมีราวจับ และ 14) ท่าลุกนั่งเก้าอี้ 2 มือพยุง โดยมีอุปกรณ์ที่ใช้ประกอบด้วยไม้ทำราวจับ เก้าอี้นั่ง ใช้เวลาการฝึกปฏิบัติ 45-60 นาที

(4) กิจกรรมด้านการอารมณ์สำหรับผู้สูงอายุ เปิด VDO เรื่องการผ่อนคลายความเครียด ใช้เวลา ประมาณ 30 นาที

(5) กิจกรรมด้านการผ่อนคลายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เปิด VDO ประมาณ 30 นาที

(6) กิจกรรมการสวดมนต์ไหว้พระและแผ่เมตตา โดยใช้บทสวดพระคาถมหาจักรพรรดิ เป็นคาถาที่เชื่อว่าสามารถสวดเพื่อปรับภพภูมิให้แก่เจ้ากรรมนายเวร สร้างกุศลให้แก่ตนเอง 9 จบ และการทำสมาธิก่อนทำกิจกรรม 5-10 นาที

(7) การให้ความรู้เรื่องอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เปิด VDO ประมาณ 30 นาที และ ทำกิจกรรมกลุ่มกิจกรรมย่อยที่ 1 สันทนาการเรื่อง การควบคุมอาหาร สาธิตอาหารและการอ่าน ฉลากอาหารเลือกเมนูอาหารสำหรับใน 1 วัน จากแผ่นภาพ ใช้เวลาประมาณ 30-60 นาที กิจกรรมย่อยที่ 2 นำเสนอ แลกเปลี่ยนประสบการณ์การควบคุมและการรับประทานอาหารในท้องถิ่น ใช้เวลา ประมาณ 30-60 นาที

(8) การวิเคราะห์พฤติกรรมตนเอง โดยการเขียนใส่สมุดบันทึกกิจกรรมตามแบบที่ ออกแบบไว้ให้ใช้เวลาประมาณ 30-60 นาที

(9) กิจกรรมให้คำปรึกษารายบุคคลโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจการ ให้กลุ่มตัวอย่างเล่าถึงพฤติกรรมมารับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย ด้านการอารมณ์ ด้านเอนกายพักผ่อน ด้านการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส โควโรนา 2019 ใช้เวลาประมาณ 30-60 นาที

(10) กิจกรรมสนทนากลุ่ม การแลกเปลี่ยนมาพูดคุยประสบการณ์ พฤติกรรมสุขภาพที่ ผ่านมา ร่วมกันให้ผู้เข้าร่วม กิจกรรมแสดงความคิดเห็น และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวใน สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 เพื่อดูแลสุขภาพใช้กิจกรรมกลุ่มพูดคุย การดูแล สุขภาพ วิธีป้องกัน การปฏิบัติตามมาตรการทางสังคม บรรยายอภิปรายข้อปฏิบัติตัวและพฤติกรรม สุขภาพที่จำเป็นในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ใช้เวลาประมาณ 30-60 นาที

3.5.2 แบบประเมินพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ภาวะสุขภาพ โรคประจำตัว ยาที่รับประทานเป็นประจำ ผู้ดูแล ความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและความรู้ด้านปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุใน สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 โดยมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก จำแนกความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพออกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการอารมณ์ ด้านเอนกายพักผ่อน ด้านการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ เชื้อไวรัสโควิด-19 โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่ ไม่ใช่ ถ้าตอบ ใช่ได้ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน

คะแนน ร้อยละ 80-100 (21-25 คะแนนขึ้นไป) หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการสร้าง เสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก

คะแนน ร้อยละ 60-79 (16-20 คะแนนขึ้นไป) หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการสร้าง เสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (ต่ำกว่า 16 คะแนน) หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการ สร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยได้พัฒนาและดัดแปลงแบบสอบถามของ วิชาพร สิทธิศาสตร์ และ สุชาติดา สนวนุ่ม ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ด้าน ได้แก่ ด้านอาหาร ด้านการ ออกกำลังกาย ด้านการอารมณ์ ด้านเอนกายพักผ่อน ด้านการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์ การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 ลักษณะคำถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ (สถิตพงษ์ เจตสุพรรณ, 2559) คือ

ประจำ หมายถึง ท่านได้ทำกิจกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นเป็นประจำทุกวันหรือตามที่กำหนด

บางครั้ง หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นเป็นบางวันหรือ 2-3 วัน

ไม่เคย หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นนานๆ ครั้ง หรือไม่เคยปฏิบัติเลย

เกณฑ์การให้คะแนนลักษณะคำตอบของข้อความที่แสดงถึงพฤติกรรมสุขภาพที่ ผู้สูงอายุปฏิบัติทุกครั้ง จนถึงปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หรือไม่เคยปฏิบัติเลย ให้คะแนน 3, 2 และ 1 ตามลำดับ

สำหรับเกณฑ์ในการให้คะแนนในแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย ที่มีข้อคำถามทั้งทางบวกและทางลบ การให้คะแนนจะขึ้นกับลักษณะของข้อคำถาม ดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ประจำ	ให้คะแนน 3 คะแนน	1 คะแนน
บางครั้ง	ให้คะแนน 2 คะแนน	2 คะแนน
ไม่เคย	ให้คะแนน 1 คะแนน	3 คะแนน

การแปลความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน โดยใช้เกณฑ์การแปลผลของ โดยใช้เกณฑ์การแปลผลของ Best (สถิตพงษ์ เจตสุพรรณ, 2559) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย ความหมายระดับคะแนน

ค่าเฉลี่ย 1.00–1.66 หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.67–2.33 หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 2.34–3.00 หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ระดับมาก

ส่วนที่ 4 การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อใช้ประเมินคัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม โดยใช้ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่ม 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนน ขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่ม 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่ม 3 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน

3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.6.1 ชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย พร้อมทั้งขออนุญาต และขอความร่วมมือการให้ข้อมูลวิจัย พร้อมให้ลงนามยินยอม เข้าร่วมวิจัย ก่อนดำเนินการ

3.6.2 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบสอบถามข้อมูลในการศึกษาสภาพปัญหา และความต้องการรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของพื้นที่ในเขตตำบลหัวดอน อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี วิเคราะห์เนื้อหาเพื่อนำไปพัฒนารูปแบบ

3.6.3 ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือประเมิน ประสิทธิภาพ และติดตาม

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติอนุมานเปรียบเทียบภายในกลุ่มด้วย Paired t-test เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วย Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

3.8 จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยชี้แจงแก่ผู้ร่วมวิจัยด้วยตนเองโดยให้ผู้ร่วมวิจัยทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย หรือการปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใด ๆ ที่จะได้รับสำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนจากมหาวิทยาลัยมหาสารคาม (เลขที่รับรอง: 365-190/2564) จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยเสนอการวิจัยในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในการวิจัยเท่านั้น

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) เพื่อผลของการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ตามหลัก 5 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ เอนกายพักผ่อน และออกห่างสังคมนอกบ้าน) เพื่อป้องกันการติดเชื้อและป้องกันการถดถอยของร่างกายและสมองเนื่องจากการเก็บตัวอยู่บ้านเป็นเวลานาน ตำบลหัวดอน อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

4.1 ผลวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยทั้งหมดของครอบครัว(บาท/เดือน) ภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือไม่ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคประจำตัว ยาที่รับประทานเป็นประจำ ผู้ดูแล และความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ

4.2 ผลวิเคราะห์คะแนนความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019

4.3 ผลเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

4.1 ผลวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

4.1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 2 แสดงลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ				
ชาย	15	42.86	19	45.71
หญิง	20	57.14	19	54.29

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2. อายุ				
60 – 64 ปี	7	20.00	8	22.86
65 – 69 ปี	11	31.43	10	28.57
70 – 74 ปี	8	22.86	5	14.29
75 – 79 ปี	7	20.00	8	22.86
80 ปี ขึ้นไป	2	5.71	4	11.43
3. ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	0	0.00	0	0.00
ประถมศึกษา	25	71.43	23	65.71
มัธยมศึกษา / ปวช.	6	17.14	6	17.14
อนุปริญญา / ปวส.	2	5.71	5	14.29
ปริญญาตรี	2	5.71	1	2.86
. สูงกว่าปริญญาตรี	0	0.00	0	0.00
4. อาชีพปัจจุบัน				
รับราชการ (ข้าราชการบำนาญ)	2	5.71	1	2.86
ลูกจ้าง	3	8.57	4	11.43
ค้าขาย	2	5.71	3	8.57
เกษตรกรกรรม	23	65.71	17	48.57
ไม่ได้ทำงาน	5	14.29	10	28.57
5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนทั้งหมดของครอบครัว				
0 – 5,000 บาท	28	80.00	28	80.00
5,001 – 10,000 บาท	3	8.57	4	11.43
10,001 – 15,000 บาท	2	5.71	2	5.71
มากกว่า 15,000 บาท	2	5.71	1	2.86

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
6. ได้รับเงินสวัสดิการผู้สูงอายุเดือนละ (บาท)				
600	18	51.43	18	51.43
700	15	42.86	13	37.14
800	2	5.71	4	11.43
900	0	0.00	0	0.00
มากกว่า 900	0	0.00	0	0.00
7. ท่านมีภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือไม่ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง				
มีรูปร่างท้วมหรืออ้วน	2	5.71	4	11.43
มีภาวะอ้วนลงพุง	1	2.86	0	0.00
ภาวะความดันโลหิตสูง	4	11.43	9	25.71
มีน้ำตาลในเลือดสูง/มีเบาหวาน	13	37.14	4	11.43
มีไขมันในเลือดสูง	3	8.57	4	11.43
มีไขมันเกาะตับ	2	5.71	5	14.29
กินอาหารรสหวาน/มัน/เค็มจัด	11	31.43	15	42.86
อารมณ์แปรปรวนง่าย	1	2.86	2	5.71
ไม่ออก/แทบไม่ออกกำลังกาย	3	8.57	4	11.43
มีพ่อแม่/ปู่ย่า/ตายาย ป่วย/ตาย ด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	8	22.86	6	17.14
8. โรคประจำตัว				
ไม่มีโรคประจำตัว	11	31.43	9	25.71
มีโรคประจำตัว	24	68.57	26	74.29

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
9. ยาที่รับประทานเป็นประจำ				
ยาแก้ปวด	6	17.14	4	11.43
ยาโรคประจำตัว	24	68.57	26	74.29
ยาบำรุงร่างกาย	5	14.29	5	14.29
ยาอื่น ๆ	0	0.00	0	0.00
10. ผู้ดูแล				
อสม.	29	82.86	26	74.29
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)	3	8.57	4	11.43
ญาติ	3	8.57	5	14.29
เพื่อนบ้าน	0	0.00	0	0.00
อื่น ๆ	0	0.00	0	0.00
11. ในปัจจุบันที่พักอยู่อาศัยกับใครเป็นหลัก				
อยู่คนเดียว	1	2.86	2	5.71
อยู่เป็นคู่สามี-ภรรยา	11	31.43	19	54.29
อยู่เป็นครอบครัวหลายคน	23	65.71	14	40.00
อื่น ๆ	0	0.00	0	0.00

จากตาราง 2 พบว่ากลุ่มทดลอง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.14 เพศชาย ร้อยละ 42.86 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 65 – 69 ปี ร้อยละ 28.57 รองลงมาอายุระหว่าง 60 – 64 ปี และ 75 – 79 ปี ร้อยละ 22.86 ระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 71.43 รองลงมาระดับมัธยมศึกษา / ปวช. ร้อยละ 17.14 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 65.71 รองลงมาคือ ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 14.29 มีรายได้ ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 80 รองลงมาคือ มีรายได้ 5,000-10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 8.57 ส่วนใหญ่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยมีน้ำตาลในเลือดสูง/มีเบาหวาน ร้อยละ 37.14 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 68.57 ยาที่รับประทานเป็นประจำส่วนใหญ่คือยาโรคประจำตัว ร้อยละ 68.57 ส่วนใหญ่มี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำบ้านเป็นผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 82.86 ความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่เป็นครอบครัวหลายคน ร้อยละ 65.71

ส่วนในกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.29 เพศชาย ร้อยละ 45.71 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 65 – 69 ปี ร้อยละ 31.43 รองลงมาอายุระหว่าง 70 – 74 ปี ร้อยละ 22.86 ระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 65.71 รองลงมาระดับมัธยมศึกษา / ปวช. ร้อยละ 17.14 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 48.57 รองลงมาคือ ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 28.57 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 80 รองลงมาคือ มีรายได้ 5,000-10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 11.43 ส่วนใหญ่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยกินอาหารรสหวาน/มัน/เค็มจัด ร้อยละ 42.86 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 74.29 ยาที่รับประทานเป็นประจำส่วนใหญ่คือยาโรคประจำตัว ร้อยละ 74.29 ส่วนใหญ่มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำบ้านเป็นผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 74.29 ความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่เป็นคู่สามี-ภรรยา ร้อยละ 54.29

ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะทางประชากรที่ไม่แตกต่างกันทั้ง เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ มีภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีโรคประจำตัว ยาที่รับประทานเป็นประจำส่วนใหญ่คือยาโรคประจำตัว มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำบ้านเป็นผู้ดูแลหลัก ส่วนในด้านความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุมีลักษณะทางประชากรที่แตกต่างกันคือ ในกลุ่มทดลองอยู่เป็นครอบครัวหลายคน ร้อยละ 65.71 กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่อยู่เป็นคู่สามี-ภรรยา ร้อยละ 54.29

4.2 ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019

4.2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

พหุ ประถมศึกษา

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและความรู้ด้านปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019		n	\bar{x}	SD	Mean Difference	95%CI	t	p-value
กลุ่มทดลอง								
ก่อนการทดลอง		35	17.54	2.74	4.37	(-4.98)-	-14.36	.000*
หลังการทดลอง		35	21.91	2.66		(-3.75)		
กลุ่มเปรียบเทียบ								
ก่อนการทดลอง		35	16.54	2.63	1.42	(-1.75)-	-8.91	.000*
หลังการทดลอง		35	17.97	2.60		(-1.10)		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 3 กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 17.54 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.74 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 21.91 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.66 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนการทดลองและหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภายหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง ($p < 0.05$) โดยหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่าก่อนการทดลองเท่ากับ 4.37 [95% CI: (-4.98)-(-3.75)]

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 16.54 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.63 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนน

ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 17.97 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.60 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนการทดลองและหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง ($p < 0.05$) โดยหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่าก่อนการทดลองเท่ากับ 1.42 [95% CI: (-4.98)-(-3.75)-(-1.10)]

4.2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง 4 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019	n	\bar{x}	SD	Mean	95%CI	t	p-value
				Difference			
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	35	17.54	2.74	1.00	0.17-1.82	2.47	.018
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	16.54	2.63				
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	35	21.91	2.66	3.94	3.15-4.72	10.19	.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	17.97	2.60				

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 4 ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 17.54 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.74 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุใน

สถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 16.54 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.63 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนมีความแตกต่างกัน ($p < 0.05$) (95% CI: 0.17-1.82)

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคะแนนความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 21.91 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.66 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคะแนนความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 17.97 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.60 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคะแนนความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคะแนนความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 3.94 (95% CI : 3.15-4.72)

ตาราง 5 เปรียบเทียบความแตกต่างระดับของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019	กลุ่มทดลอง (n=35)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
สถานการณการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย (0-16 คะแนน)	12	34.29	2	5.71	13	37.14	12	34.29
ระดับปานกลาง (17-20 คะแนน)	15	42.86	5	14.29	18	51.43	17	48.57
ระดับดี (21-25 คะแนน)	8	22.86	28	80.00	4	11.43	6	17.14

จากตาราง 5 พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 42.86 รองลงมาคือ มีความรู้ระดับน้อย ร้อยละ 34.29 หลังการทดลองส่วนใหญ่มีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 80 รองลงมาคือ มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 14.29 ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 51.43 รองลงมา คือ มีความรู้ระดับน้อย ร้อยละ 37.14 หลังการทดลองมีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 47.57 รองลงมาคือ มีความรู้ระดับน้อย ร้อยละ 34.29

4.3 พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

4.3.1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง 6 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองโดยแยกเป็นรายด้าน

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนการทดลอง				t	p-value
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ			
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
ด้านอาหาร	9.00	0.64	8.82	0.82	-1.43	0.16
ออกกำลังกาย	8.05	2.56	8.11	2.63	1.00	0.32
อารมณ์	9.00	1.74	8.51	1.98	-3.87	<0.001
เอนกายพักผ่อน	10.04	2.26	8.74	1.54	-3.74	0.001
ออกห่างสังคม	14.60	1.26	14.62	1.26	1.00	0.324

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 6 ก่อนการทดลอง พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมใกล้เคียงกัน

ตาราง 7 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลองโดยแยกเป็นรายด้าน

พฤติกรรมสุขภาพ	หลังการทดลอง				t	p-value
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ			
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
ด้านอาหาร	12.14	1.11	9.86	1.19	-7.22	<0.001
ออกกำลังกาย	11.65	1.57	8.34	2.37	-6.99	<0.001
อารมณ์	11.97	1.44	8.62	2.47	-6.86	<0.001
เอนกายพักผ่อน	12.54	2.03	9.14	1.39	-7.50	<0.001
ออกห่างสังคม	14.94	0.23	14.85	0.35	-1.13	0.263

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 7 หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมด้านอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ เอนกายพักผ่อน มากกว่า กลุ่มเปรียบเทียบ ยกเว้นด้านออกห่างสังคม มีค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน

ตาราง 8 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ	n	\bar{x}	SD	Mean Difference	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง	35	51.37	5.55	11.94	(-14.54)-	-9.34	<0.001*
หลังการทดลอง	35	63.31	4.84				
กลุ่มเปรียบเทียบ				1.97	(-2.49)-	-7.65	<0.001*
ก่อนการทดลอง	35	48.85	6.40				
หลังการทดลอง	35	50.82	6.60		(-1.44)		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 8 กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุเท่ากับ 51.37 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.55 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุเท่ากับ 63.31 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.84 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ก่อนการทดลองและหลังการทดลองพบว่า ภายหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่าก่อนการทดลองเท่ากับ 11.94 [95% CI : (-14.54)-(-9.34)]

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุเท่ากับ 48.85 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.64 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุเท่ากับ 50.82 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.40 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนมีความแตกต่างกัน ($p < 0.05$) [95% CI : (-2.49)-(-1.44)]

4.3.2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง 9 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ	n	\bar{x}	SD	Mean Difference	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	35	51.37	5.55	2.51	1.44-3.58	4.75	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	48.95	6.40				
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	35	63.31	4.84	12.48	9.44-15.52	8.34	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	50.82	6.60				

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 9 ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุเท่ากับ 51.37 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.55 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ เท่ากับ 48.95 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.40 เมื่อ

เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนมีความแตกต่างกัน ($p < 0.05$) [95% CI: 1.44-3.58]

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุเท่ากับ 63.31 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.84 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ เท่ากับ 50.82 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.60 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนมีความแตกต่างกัน ($p < 0.05$) [95% CI: 9.44-15.52]

ตาราง 10 เปรียบเทียบความแตกต่างระดับของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุและการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมสุขภาพ ผู้สูงอายุ	กลุ่มทดลอง (n=35)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย (1.00–1.66)	8	22.86	0	0.00	11	31.43	10	28.57
ระดับปานกลาง (1.67–2.33)	25	71.43	9	25.71	23	65.71	23	65.71
ระดับดี (2.34–3.00)	2	5.71	26	74.29	1	2.86	2	5.71

จากตาราง 10 พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุและการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ระดับปานกลาง ร้อยละ 71.43 รองลงมาคือ มีความรู้ระดับน้อย ร้อยละ 22.86 หลังการทดลองส่วนใหญ่มีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 74.29 รองลงมาคือ มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 25.71 ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 65.71 รองลงมาคือ มีความรู้ระดับน้อย ร้อยละ 31.43 หลังการทดลองมีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 65.71 รองลงมาคือ มีความรู้ระดับน้อย ร้อยละ 28.57

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental design) ผลของการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ตามหลัก 5 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ เอนกายพักผ่อน และออกห่างสังคมนอกบ้าน) ด้วยการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 เพื่อป้องกันการติดเชื้อและชะลอการถดถอยของร่างกายเนื่องจากการเก็บตัวอยู่บ้านเป็นเวลานาน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุติดบ้าน เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวดอน ตำบลหัวดอน อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 70 คน โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มควบคุม 35 คน ระยะเวลาในการทดลองจำนวน 10 สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 แต่ละสัปดาห์ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม มีการวัดผลก่อนและหลังการทดลองทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ทางสถิติกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

5.1 สรุปผล

5.1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.14 เพศชาย ร้อยละ 42.86 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 65 – 69 ปี ร้อยละ 28.57 รองลงมาอายุระหว่าง 60 – 64 ปี และ 75 – 79 ปี ร้อยละ 22.86 ระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 71.43 รองลงมาระดับมัธยมศึกษา / ปวช. ร้อยละ 17.14 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 65.71 รองลงมาคือไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 14.29 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 80 รองลงมาคือ มีรายได้ 5,000-10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 8.57 ส่วนใหญ่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยมีน้ำตาลในเลือดสูง/มีเบาหวาน ร้อยละ 37.14 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 68.57 ยาที่รับประทานเป็นประจำส่วนใหญ่คือยาโรคประจำตัว ร้อยละ 68.57 ส่วนใหญ่มี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำบ้านเป็นผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 82.86 ความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่เป็นครอบครัวหลายคน ร้อยละ 65.71

5.1.2 ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19

ผลการศึกษพบว่า ภายหลังจากทดลองของกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนภายหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง ($p < 0.05$) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

5.1.3 พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

ผลการศึกษพบว่า ภายหลังจากทดลองของกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุภายหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง ($p < 0.05$) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

5.2 อภิปรายผล

5.2.1 ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จากการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1.3.1 อธิบายได้ว่าการที่กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้เรื่องสร้างเสริมสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดีขึ้นหลังจากการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ โดยมีการจัดกิจกรรมการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองในเรื่องความรู้เรื่องอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ การพักผ่อน และการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้กำลังใจกับผู้สูงอายุโดยใช้การบรรยาย สื่อ วิทยุทัศน์ ภาพนิ่ง แผ่นพับและคู่มือในเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 5 มิติ และมีขบวนการสร้างการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบมีส่วนร่วมของผู้ดูแล โดยมีการให้ความรู้เพื่อให้รับรู้โอกาสเสี่ยงการติดเชื้อ ภาวะคุกคามผู้สูงอายุจากสภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรง ในขณะที่เดียวกันให้รับรู้ถึงประโยชน์พฤติกรรมสุขภาพและอุปสรรคหากจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีการบันทึกพฤติกรรมของตนเอง เพื่อให้มีการทบทวนพฤติกรรมที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ดังนั้นหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจึงทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ที่อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของ ธนายุส ธนธิต และกนิษฐา จำรูญสวัสดิ์ (2558) ที่ได้ศึกษาการพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลบางเตย อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม โดยมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่าค่าความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนที่เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้น ดังนั้นการนำ

โปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ประกอบด้วยความรู้ 5 อ. ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในทางที่พึงประสงค์มากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ชะลอการถดถอยของร่างกายได้ และเมื่อได้รับการให้ความรู้และคำชี้แนะเกี่ยวกับการดูแลตนเองภายใต้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 5 อ. ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยได้มาจากการทบทวน ซึ่งพบว่า การที่บุคคลจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ต้องมีปัจจัยต่างๆ ที่มาสนับสนุน โดยมีการให้ความรู้เพื่อให้รับรู้โอกาสเสี่ยง ภาวะคุกคามจากโรค ในขณะที่เดียวกันให้รับรู้ถึงประโยชน์ และอุปสรรคหากจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีการบันทึกพฤติกรรมของตนเอง เพื่อให้มีการทบทวนพฤติกรรมที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) โดย Becker (1974) ได้อธิบายไว้ดังนี้ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต การประเมินความรุนแรงนั้นอาศัยระดับต่างๆ ของการกระตุ้นเร้าของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจจะมองความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้น ทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือไม่หรืออาจมีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค ซึ่ง จากผลการวิจัยจำนวนมากพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้นโดยเลือกปฏิบัติในสิ่งทีก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย 4) การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความไม่สุขสบาย 5) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งทีมากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา 6) ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ปัจจัย ด้านประชากร ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ 7) แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) หมายถึง สภาพอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการถูกกระตุ้นด้วยเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ได้แก่ ระดับความสนใจ ความใส่ใจ ทัศนคติและค่านิยมทางด้านสุขภาพ เป็นต้น

5.2.2 พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1.3.2 อธิบายได้ว่าการที่กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นหลังจากการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อและป้องกันการถดถอยของร่างกายและสมองเนื่องจากการเก็บตัวอยู่บ้านเป็นเวลานาน โดยมีการจัดกิจกรรมผู้ดูแลประจำตัวผู้สูงอายุให้มีความพร้อมต่อสถานการณ์การดูแลช่วงโรคระบาด ร่วมกับการชักนำและจูงใจให้เห็นถึงการดูแลสุขภาพตามหลัก 5 อ. สำหรับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อ ควรมีการปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมและสอดคล้องกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of reasoned action) พัฒนาโดย ฟิชเบิน และอัจเซน (Fishbein & Ajzen, 1975) ที่มีสมมติฐานว่า พฤติกรรมของบุคคลล้วนกระทำไปอย่างมีเหตุผล (reasonable) ทฤษฎีนี้สามารถเชื่อมโยงกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้ว่า หลังการเข้าโปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพทำให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง และรับรู้ว่าการดูแลสุขภาพตนเองจะช่วยให้มีสุขภาพที่ดี ปราศจากโรคภัยและมีอายุยืนยาว จะทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในทางที่พึงประสงค์เพิ่มมากขึ้นซึ่งการดูแลตนเองหลังจากผ่านการเรียนรู้โปรแกรมสร้างสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องตามแนวคิดเพนเดอร์ (Pender, 1996b) ทำให้เกิดการปฏิบัติกิจกรรมที่มีบุคคลได้ริเริ่ม และกระทำในแนวทางของตนเองเพื่อการดำรงชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่อันดีของตนไว้ การดูแลตนเองของบุคคลมีแบบแผนมากขึ้น เป้าหมายของพฤติกรรมชัดเจนขึ้น ตลอดจนความต่อเนื่องกัน และเมื่อใดที่ได้กระทำอย่างถูกต้องครบถ้วน จะทำให้เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลตนเองมากขึ้น เพราะได้รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง กิจกรรมที่สัมพันธ์กับอารมณ์ อิทธิพลระหว่างบุคคลและอิทธิพลด้านสถานการณ์ และผลที่เกิดจากพฤติกรรม คือ พันธะสัญญาเพื่อวางแผนการกระทำความต้องการและความชอบตามแบบแผนการสร้างเสริมสุขภาพ 5 อ.

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลของการวิจัยไปใช้

5.3.1.1 การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมที่สร้างขึ้นนั้นอยู่ในช่วงเวลาการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระบาดระลอกแรก ในปัจจุบันรูปแบบของการระบาดในระลอกใหม่ มีความแตกต่างจากการระบาดในระลอกแรก ทั้งในแง่ความรวดเร็วของการแพร่ระบาดของเชื้อ และความ

รุนแรง ฉะนั้นการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม สามารถปรับได้ตามเกณฑ์คณะกรรมการควบคุมโรค ในสถานการณ์นั้นโดยยึดถือประโยชน์ของผู้สูงอายุที่ปลอดภัยจากการติดเชื้อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้ ผู้สูงอายมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกภายใต้ความครบถ้วนของกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบท ครอบครัว

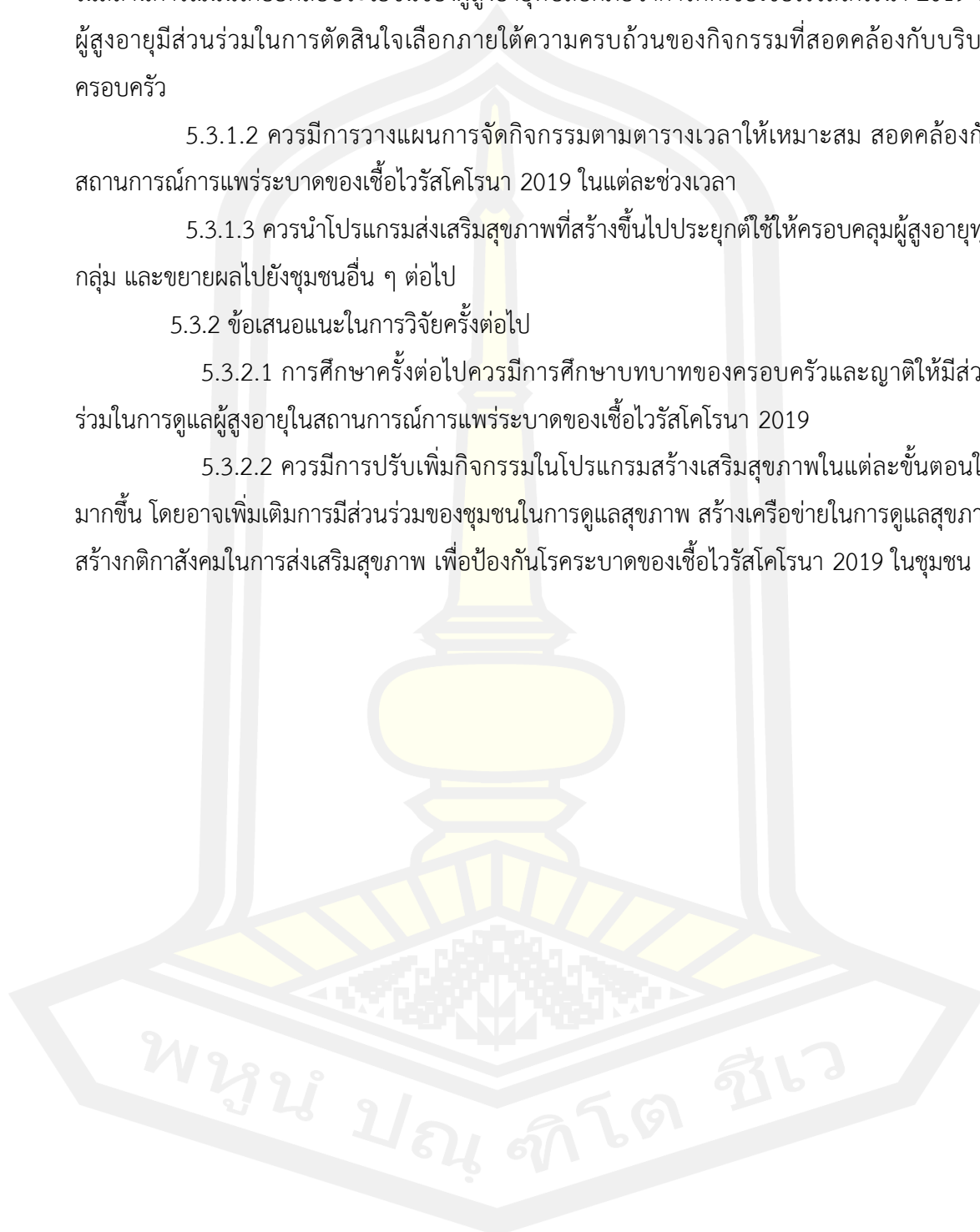
5.3.1.2 ควรมีการวางแผนการจัดกิจกรรมตามตารางเวลาให้เหมาะสม สอดคล้องกับ สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในแต่ละช่วงเวลา

5.3.1.3 ควรนำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่สร้างขึ้นไปประยุกต์ใช้ให้ครอบคลุมผู้สูงอายุทุก กลุ่ม และขยายผลไปยังชุมชนอื่น ๆ ต่อไป

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

5.3.2.1 การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาบทบาทของครอบครัวและญาติให้มีส่วน ร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

5.3.2.2 ควรมีการปรับเพิ่มกิจกรรมในโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในแต่ละขั้นตอนให้ มากขึ้น โดยอาจเพิ่มเติมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพ สร้างเครือข่ายในการดูแลสุขภาพ สร้างกติกาสังคมในการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน



บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *สรุปสถานการณ์โรคประจำปีงบประมาณ*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *อาหารและการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์คณะรัฐมนตรีและราช.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *แนะนำสำหรับผู้สูงอายุในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019*. [ออนไลน์] ได้จาก: <http://covid19.anamai.moph.go.th/>. [สืบค้นเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2563].
- กรรณิการ์ พงษ์สนธิ และคณะ. (2535). *การเตรียมตัวก่อนเกษียณของบุคลากรในสถาบันศึกษา จังหวัดเชียงใหม่*. เอกสารในรายงานการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2535, 16- 17 พฤศจิกายน 2535. (อัดสำเนา).
- กระทรวงสาธารณสุข. กองสุขศึกษา. (2540). *คู่มือประชาชน การสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็นสำหรับชีวิต*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กุลยา ตันติผลาชีวะ. (2551). *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เจริญกิจ.
- เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล, สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ปราณี สุทธิสุนันท์ และ สมชาย วิริภิมย์กุล. (2555). รูปแบบการจัดการดูแลระยะยาวกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยชุมชน. *วารสารวิทยาลัยราชสุดาเพื่อการวิจัยและพัฒนาคนพิการ*, 8(11), 21-43.
- ชนิษฐา นันทบุตร และคณะ. (2550). *กรณีศึกษานวัตกรรมการดูแลสุขภาพชุมชน : การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน.
- จันทนา เสวกวรรณ และคณะ. (2561). ผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ ควบคุมไม่ได้. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*. 33(1), ม.ค.-เม.ย.
- จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี และ อรสา กงตาล. (2555). *การพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์*. [ออนไลน์] ได้จาก: <http://gsbooks.gs.kku.ac.th/55/cdgrc13/files/mmo14.pdf>. [สืบค้นเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2563].
- จूरีย์ เลหาพงษ์. (2549). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลชลประทาน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

- ชวลิต สวัสดิ์ผล, ธวัชชัย เพ็งพินิจ, อัครเดช เสนานิกรณ และวารีย์ ศรีสุรพลการ. (2560). คุณแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 5 (ฉบับพิเศษ), 387-405.
- ชัชวาล ศิลปะกิจ. (2541). การพัฒนาแบบสอบถาม The five - scale test of self - esteem for children ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 43(4), 358 - 367.
- ชูศักดิ์ เวชแพศย์. (2532). การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุเพื่อให้มีอายุยืน. กรุงเทพฯ: ศุภวานิชการพิมพ์.
- ณัฐพันธ์ เผ่าพันธ์. (2551). ปัจจัยที่สร้างแรงจูงใจต่อผู้บริโภคในการตัดสินใจซื้อสินค้าผ่านทางเว็บไซต์. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีปทุม.
- ทรงศณีย์ โกศัยทิพย์. (2553). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ธนายศ ธนिति และกนิษฐา จำรูญสวัสดิ์. (2558). การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ของ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลบางเตย อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 35(3), ก.ย.-ธ.ค.
- ธารินทร์ คุณยศยิ่ง. (2556). การพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะการดูแล การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลวัยสูงอายุ. รายงานการวิจัย. ป.ม.ท.: ป.ม.พ.
- นพรัตน์ หนูย่านายาง. (2539). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้ากรมการแพทย์ ทหารเรือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธาณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- ประเวศ วะสี. (2545). บนเส้นทางใหม่การส่งเสริมสุขภาพพอภิวัฒน์ชีวิตและสังคม. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- ปราณิตา ศรีวิชัย และคณะ. (2554). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ กรณีศึกษาผู้สูงอายุของสถานีนอนมายโนนสว่าง ตำบลจำปาโมง อำเภอบ้านฝือ จังหวัดอุดรธานี. [ออนไลน์] ได้จาก: http://203.157.168.8/research/index.php?option=com_content&view=article [สืบค้นเมื่อวันที่ 9 พ.ย. 2559].
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2563). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2562*. นครปฐม: พรินเทอ.
- ปริศนา สุวรรณราช และคณะ. (2548). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลเกาะคา อำเภอกะคา จังหวัดลำปาง.

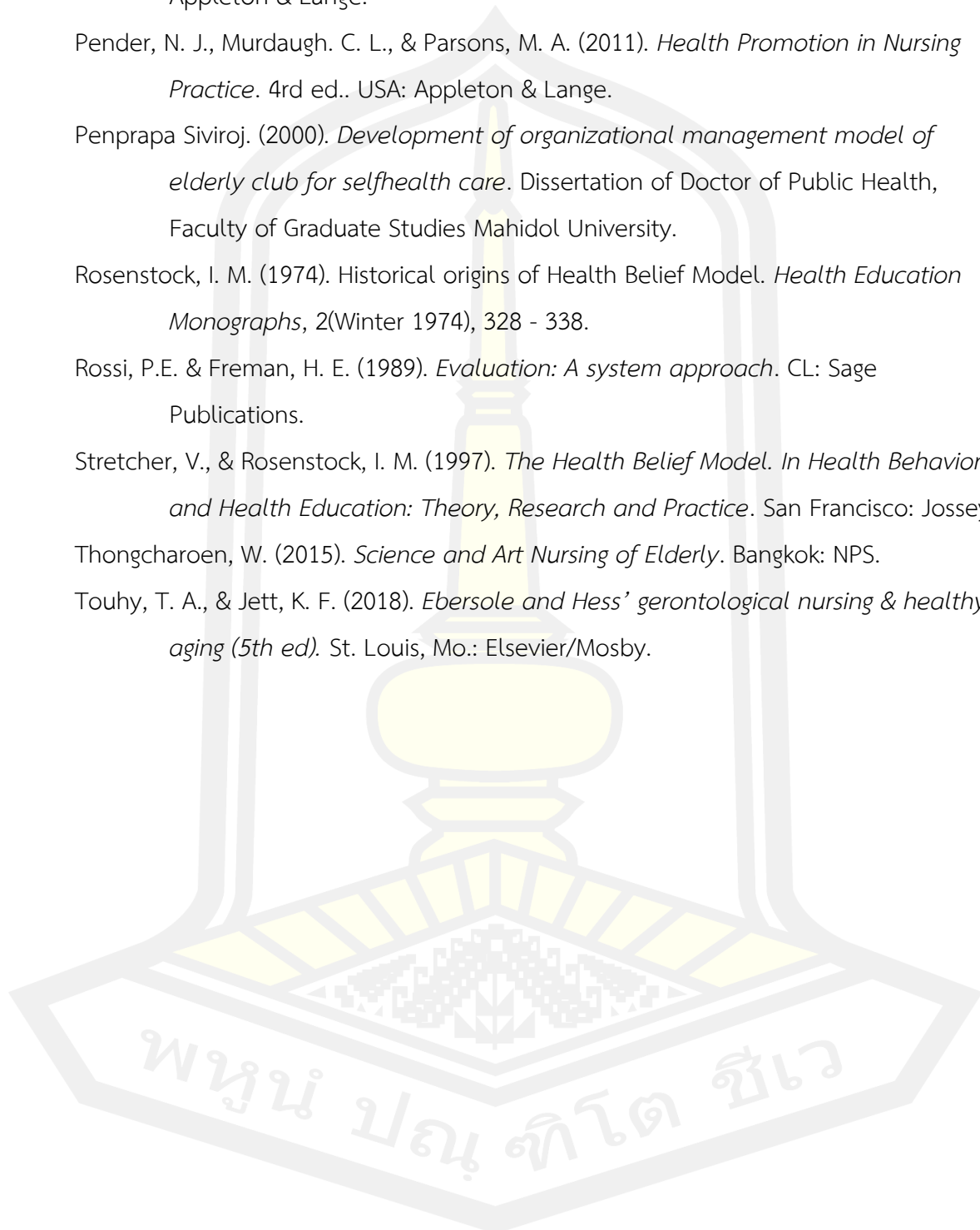
- พระสุรชัย อยู่สาโก. (2550). *พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุเทศบาลเมืองท่าเรือ- พระแท่น อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- พิกุลแก้ว ทองบุ, ชื่นจิตร โพธิ์ศัพท์สุข และสมศิริ นนทสวัสดิ์ศรี. (2562). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ตำบลเหล่าหลวง อำเภอกะหรังวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารพยาบาล*, 68(4), 1-10.
- พิสมัย จันทรวิมล. (2541). *นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สถาบันวิจัย ระบบสาธารณสุข.
- เพ็ญผกา กาญจนภาส. (2541). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการณ์ส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอำเภอหนองบัวระเหวจังหวัดชัยภูมิ*. ปรินญาณิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ภาสิต ศิริเทศ และณพวิทย์ ธรรมสีหา. (2562). ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการณ์ดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(2), 58-65.
- มัลลิกา มัติโก. (2530). *การดูแลสุขภาพตนเองที่คณะทางสังคมวัฒนธรรม*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แสงแดด.
- มาลินี วงษ์สิทธิ์, ศิริวรรณ ศิริบุญ และอัจฉรา เอ็นซ์. (2541). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้การดูแลให้บริการและกิจกรรมต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มินตรา สาระรักษ์, ฐิติรัช งานฉมัง และนันทยา กระสวยทอง. (2563). ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคางวาง อำเภวารินชาราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 35(3), 304-310.
- เล็ก สมบัติ, ธนิกันต์ ศักดาพร และ ยุวดี วงศ์วีระประเสริฐ. (2555). *การติดตามประเมินผลแบบมีส่วนร่วมพื้นที่ต้นแบบงานผู้สูงอายุ*. รายงานการวิจัย คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วชิราพรรณ เทพิน. (2553). *ปัจจัยทางชีวิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการณ์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล ผู้สูงอายุ*. สารนิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์. (2560). *ระบบประกันการดูแลระยะยาว: ระบบที่เหมาะสมกับประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.
- วิชัย แสนชุ่ม และคณะ. (2554). *ปัจจัยพยากรณ์บทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุตำบลพะวอ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก*.

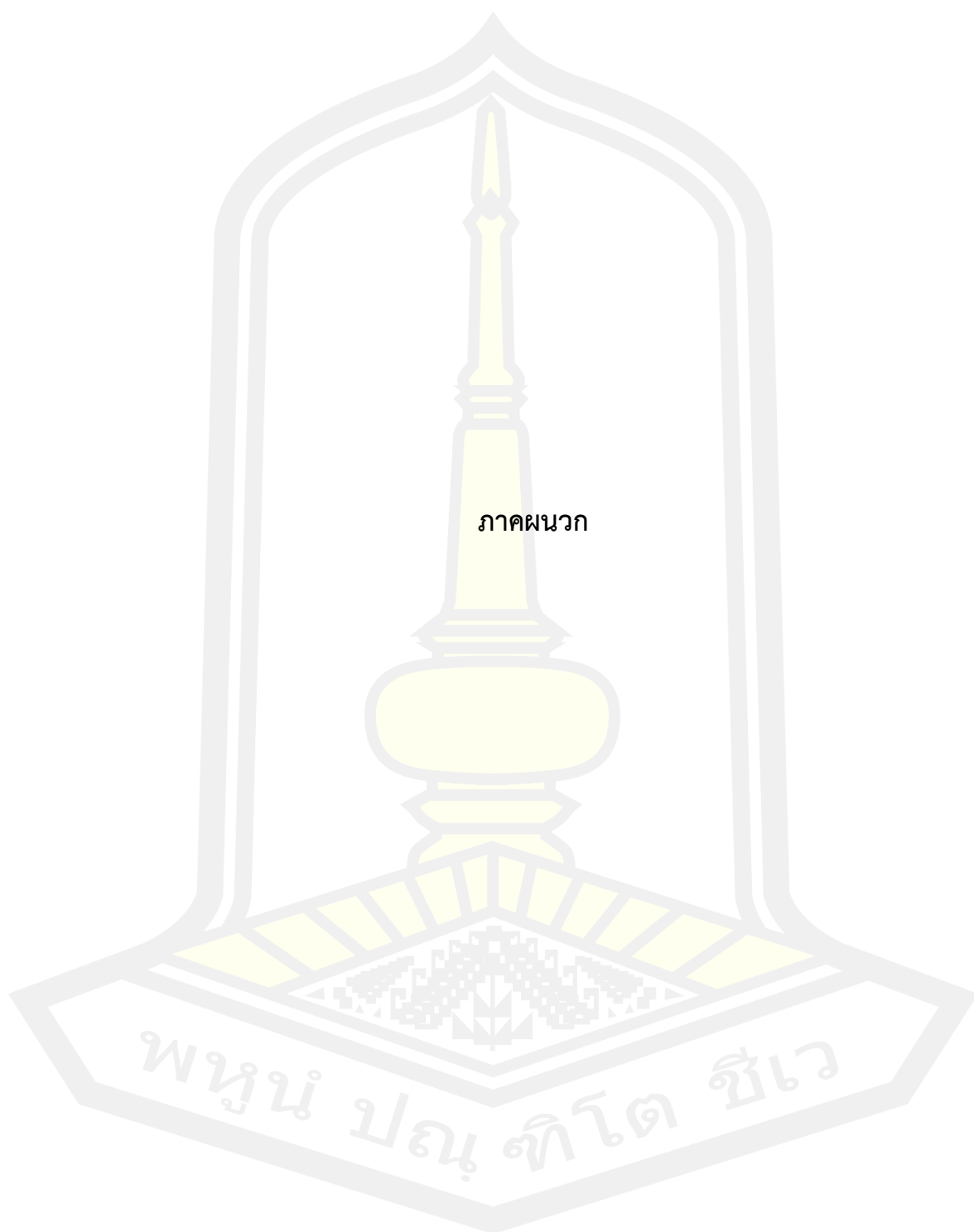
- วิญญู์ทัณญ บุณฺทัน, พัชรารณฺ ไหวคิต, วิภาพร สร้อยแสง, ชุตินา สร้อยนาค, ปรีศนา อัครชนพล และจิริยาวัตร คมพยัคม. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 12(2), 323-337.
- วิราพรณ วิโรจนร์รัตน และคณะ. (2557). การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น. *วารสารสภาการพยาบาล*, 29(3), 104-115.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2545). *ศาสตร์ และศิลป์ ทางการพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศราววัลย์ อิมอุดม. (2548). *การประยุกต์รูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเตอร์เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้องในผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านสำราญ*. รายงานการวิจัย. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2551). *ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว*. เอกสารประกอบการประชุมเวทีระดมความคิดเห็นต่อประเด็นนโยบาย เรื่อง “ระบบการดูแลและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ”, วันที่ 30 ตุลาคม 2551 ณ ศูนย์ประชุมสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ กรุงเทพมหานคร.
- ศิริณี ศรีหาคาศ, กมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ คณิศร เต็งรัง. (2556). *ผลกระทบและภาวะการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย*. รายงานการวิจัย. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- ศิริพร เกษธนัง. (2550). *การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์การประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง จังหวัดนครราชสีมา*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สงกรานต์ กลั่นดวง. (2548). *การประยุกต์ใช้ The “take PRIDE” Program ในการส่งเสริมพฤติกรรมการ กำกับตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลขอนแก่น*. รายงานการวิจัย. ขอนแก่น: โรงพยาบาลขอนแก่น.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2562). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์ พับลิชชิ่ง.
- สถิตพงษ์ เจตสุพรรณ. (2559). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุใน ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลท่าตอน อำเภอแม่เมาะ จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยพะเยา.
- สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (2553). รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย. [ออนไลน์] ได้จาก: http://www.m-society.go.th/document/statistic/statistic_7722.pdf [สืบค้นเมื่อวันที่ 27 ตุลาคม 2563].

- สุดารัตน์ จาดจีน. (2558). *พฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านอุมลอง อำเภอกะป้อ จังหวัดลำปาง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. (2541). *วิวัฒนาการการส่งเสริมสุขภาพระดับนานาชาติ*. พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพฯ: ดีไซน์.
- สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล. (2553). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในตำบลเจริญเมือง อำเภอบ้านนา จังหวัดเชียงราย*.
- สุวรรณา ดีแสน. (2545). *พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลป่าหุ่ง อำเภอบ้านนา จังหวัดเชียงรายเชียงใหม่*. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรพรรณ อิศราภรณ์. (2536). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดพิษณุโลก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรพินทร ชูชม. (2552). *การวิจัยกึ่งทดลอง*. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*. 15(1), กันยายน.
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2552). *สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย*. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์.
- อังชนัน จีงสกุลวัฒนา. (2550). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุวัยท้อในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังไทร อำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรี*.
- อัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง และภักดี โพธิ์สิงห์. (2560). *การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในยุคนประเทศไทย 4.0*. *วารสารวิชาการธรรมศาสตร์*. 17(3), 235-243.
- อำพล จินดาวัฒน์. (2564). *ส่งเสริมสร้างเสริมสุขภาพ*. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 26(2).
- อิทธิพล ดวงจินดา และคณะ. (2564). *รับรู้ความสามารถของการดูแลตนเองและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดสุพรรณบุรี*. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. 14(4), ตุลาคม – ธันวาคม.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckman (Eds.), *Action-control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Heidelberg: Springer.
- Becker, M.H. & Maiman, L. A. (1975). The Health Belief Model: Origins and Correlation in Psychological Theory. *Health Education Monography*, 2(winter), 336-385.
- Becker, M. (1974). *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. Thorofare, NJ: Charles B. Slack.

- Berghout LM, Gorter KJ, Rutten GEHM. (2001). Improvement of glycaemic control without exogenous insulin in 40% of poorly regulated patients with type 2 diabetes mellitus; a study in 18 Dutch general practices. *Ned Tijdschr Geneesk*, 145, 2035–2039.
- Boonphadung, S. (2011). *Developing the Life Quality of the Elderly by Applying Sufficiency Economy- Based Schooling (Phase I)*. Suan Sunandha Rajabhat University. (in Thai).
- Choichu, N., Pinyo phasakun, W., & Charoen kijakan, W. (2014). Relationships among Age, Perceived benefits of Health Behaviors, Perceived Barriers of Health Behaviors and Health Behaviors in Patients with Ischemic Stroke. *Rama Nurse Journal*, 20(2), 236-248. (in Thai).
- Cobb S. (1976). Social Support as a Moderate of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300 - 314.
- Duangruedee Lasuka, Weiss ME, Piacentine LB, Lokken L, Ancona J, Archer J., Gresser S, et al. (2007). Factors Influencing Readiness for Hospital Discharge Among Thai Older Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Pacific Rim Int J Nurs Res*, 21(1), 31-42.
- Elderly Health Department, D. of H. (2017). *Elderly Health Book*. Bangkok: Kaew Chao Chom Publishing Center Suan Sunandha Rajabhat University. (in Thai).
- Eliopoulos, C. (2018). *Gerontological nursing (9th ed.)*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intentions and behaviour: An introduction to theory and research*. Boston, MA: Addison-Wesley.
- Ho, M. Y., Cheung, F. M., & Cheung, S. F. (2010). The role of Meaning in Life and Optimism in Promoting Well-Being. *Personality and Individual Differences*, 48, 658-663.
- Lillahkul, N. (2018). Way of life of Muslim People in Thailand, s Southern Province, and Health Promoting Life style. *The Southern College Network Journal of Nursing and Health*, 5(2), 302-312. (in Thai).
- Orem, D. (1985). *Nursing Concepts of Practice*. 3rd ed. New York: Mcgraw-Hill.
- Orem, E. D. (1991). *Nursing : Concepts of Practice*. 4th ed. St. Louis: Mosby.

- Pender, N. J. (1996). *Health Promotion in nursing practice*. 2nd ed. Connecticut : Appleton & Lange.
- Pender, N. J., Murdaugh. C. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice*. 4rd ed.. USA: Appleton & Lange.
- Penprapa Siviroj. (2000). *Development of organizational management model of elderly club for selfhealth care*. Dissertation of Doctor of Public Health, Faculty of Graduate Studies Mahidol University.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(Winter 1974), 328 - 338.
- Rossi, P.E. & Freman, H. E. (1989). *Evaluation: A system approach*. CL: Sage Publications.
- Stretcher, V., & Rosenstock, I. M. (1997). *The Health Belief Model*. In *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*. San Francisco: Jossey.
- Thongcharoen, W. (2015). *Science and Art Nursing of Elderly*. Bangkok: NPS.
- Touhy, T. A., & Jett, K. F. (2018). *Ebersole and Hess' gerontological nursing & healthy aging (5th ed)*. St. Louis, Mo.: Elsevier/Mosby.





ภาคผนวก

พหุมนุ ปรณุ ทิโต ชีเว

เลขที่แบบสอบถาม

(ลำดับแบบสอบถาม)

แบบสอบถามภายใต้หัวข้อวิจัย

ผลของการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019

ตามหลัก 5 อ.

คำชี้แจง

แบบสอบถามผลของการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ตามหลัก 5 อ. โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อศึกษาผลของการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ตามหลัก 5 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ เอนกายพักผ่อน และออกห่างสังคมนอกบ้าน) ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวดอน อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี

แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถาม 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 5อ.

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 4 การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยใช้ดัชนีบาร์ธเอลดีแอล (Barthel ADL index)

ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามครบทุกส่วนตามความเป็นจริง เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วนทุกด้านตามที่กำหนดไว้ใน **แบบสอบถาม** ข้อมูลที่ได้จะนำไปวิเคราะห์ในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อในรายงานและมีผลกระทบใด ๆ ต่อตัวท่าน

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดีและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัย

นายภาดล จันทพรหม

สำหรับผู้เก็บแบบสอบถามและบันทึกข้อมูล

วันที่ตอบแบบสอบถาม (วัน -เดือน - ปี พ.ศ.) - -

ผู้ลงบันทึกข้อมูล ลงชื่อ.....รหัส

แบบสอบถามผลของการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา

2019

ตามหลัก 5 อ.

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
2. อายุ.....ปี (นับถึงวันที่เดือน.....พ.ศ.)
3. ระดับการศึกษา () 1. ไม่ได้เรียน () 2. ประถมศึกษา () 3. มัธยมศึกษา / ปวช.
() 4. อนุปริญญา / ปวส. () 5. ปริญญาตรี () 6. สูงกว่าปริญญาตรี
4. อาชีพปัจจุบัน
() 1. รับราชการ (ข้าราชการบำนาญ) () 2. ลูกจ้าง () 3. ค้าขาย
() 4. เกษตรกรรม () 5. ไม่ได้ทำงาน
5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนทั้งหมดของครอบครัว.....บาท
6. ท่านได้รับเงินสวัสดิการผู้สูงอายุเดือนละ.....บาท
7. ท่านมีภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือไม่ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
() 1. มีรูปร่างท้วมหรืออ้วน () 2. มีภาวะอ้วนลงพุง () 3. ภาวะความดันโลหิตสูง
() 4. มีน้ำตาลในเลือดสูง/มีเบาหวาน () 5. มีไขมันในเลือดสูง () 6. มีไขมันเกาะตับ
() 7. กินอาหารรสหวาน/มัน/เค็มจัด () 8. อารมณ์แปรปรวนง่าย
() 9. ไม่ออกกำลังกาย/แทบไม่ออกกำลังกาย () 10. มีพ่อแม่/ปู่ย่า/ตายาย ป่วย/ตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง () 11. อื่นๆ โปรดระบุ.....
8. โรคประจำตัว
() 1. ไม่มีโรคประจำตัว
() 2. มีโรคประจำตัว (โปรดระบุชื่อโรค/อาการ)
9. ยาที่รับประทานเป็นประจำ
() 1. ยาแก้ปวด () 2. ยาโรคประจำตัว () 3. ยาบำรุงร่างกาย () 4. ยาอื่นๆ.....
10. ผู้ดูแล () 1. อสม. () 2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) () 3.ญาติ () 4. เพื่อนบ้าน () อื่นๆ
11. ในปัจจุบันที่พักอยู่อาศัยกับใครเป็นหลัก () 1. อยู่คนเดียว () 2. อยู่เป็นคู่สามี-ภรรยา () 3. อยู่เป็นครอบครัวหลายคน () 4. อื่นๆ.....

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ตามหลัก 5 อ.

ใช่ หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้น

ไม่ใช่ หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ตามหลัก 5 อ.	คำตอบ	
	ใช่	ไม่ใช่
ด้านอาหาร		
1. ผู้สูงอายุควรตื่นนอนก่อนเข้านอนเพราะนมมีกรดอะมิโนซึ่งเป็นยานอนหลับทางธรรมชาติ		
2. ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องไขมันในเลือดสูงควรบริโภคไข่ทุกวัน		
3. ลำไย ขนุน ทูเรียน เป็นผลไม้ที่มีรสหวานจัดไม่เหมาะกับผู้สูงอายุ		
4. การรับประทานปลาเล็กปลาน้อย ถั่วเหลืองน้ำเต้าหู้ช่วยทำให้กระดูกและฟันแข็งแรง		
5. ในหนึ่งวันผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ หรืออาหารที่เน้นโปรตีนสูงเสริมภูมิคุ้มกัน		
ด้านการออกกำลังกาย		
1. ควรออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน		
2. ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ห้ามออกกำลังกาย เพราะอาจทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น		
3. การออกกำลังกายเป็นประจำสามารถชะลอความเสื่อมของร่างกายได้		
4. ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวควรปรึกษาแพทย์ก่อนออกกำลังกาย		
5. ผู้สูงอายุไม่ควรออกกำลังกายเป็นประจำ เพราะจะทำให้กระดูกเสื่อมเร็ว		
ด้านอารมณ์และการจัดการความเครียด		
1. ความเครียดเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง		
2. ความเครียดทำให้กล้ามเนื้อหดเกร็ง เป็นต้นเหตุของการปวดหัว ปวดหลัง ปวดเอว ปวดไหล่		
3. ผู้สูงอายุควรใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การฝึกคลายกล้ามเนื้อ การใช้จินตภาพ		
4. การฝึกหายใจเข้า ออก ซ้ำๆ สามารถลดความเครียดได้		
5. ความเครียดเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคซึมเศร้า		

ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ตามหลัก 5 อ.	คำตอบ	
	ใช่	ไม่ใช่
ด้านเอนกายพักผ่อน		
1. ผู้สูงอายุควรสวมหมวก ทำสมาธิ อ่านหนังสือเพื่อผ่อนคลายความเครียดก่อนนอน		
2. ผู้สูงอายุมีความต้องการการนอนหลับประมาณ 7-9 ชั่วโมงต่อวัน		
3. การปรับอุณหภูมิห้องไม่ให้ร้อนหรือหนาวจนเกินไป มีผลต่อการหลับนอนของผู้สูงอายุ		
4. ผู้สูงอายุควรนอนหลับและตื่นให้ตรงเวลา หลีกเลี่ยงการงีบหลับในช่วงเวลากลางวันหรือช่วงเวลาใกล้เวลานอน		
ด้านออกกำลังกาย		
1. โควิด-19 แพร่กระจายเชื้อได้ทางละอองฝอย ผ่านการไอจามรดกันในระยะ 1-2 เมตร เท่านั้น		
2. การสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า สามารถป้องกันโรคโควิด-19 ได้ไม่เหมือนกัน		
3. ผู้สูงอายุมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าคนทั่วไปหากมีการติดเชื้อไวรัสโควิด 19		
4. หากไม่มีเจลแอลกอฮอล์การล้างมือด้วยน้ำกับสบู่เป็นระยะเวลา 20 วินาที ถือว่าป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสโควิด 19 ได้		
5. ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ถ้าสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา แล้วไม่ต้องล้างมือทุกครั้งก่อนให้การดูแล		



ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ตามหลัก 5อ.

ประจำ หมายถึง ท่านได้ทำกิจกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นเป็นประจำทุกวันหรือตามที่กำหนด

บางครั้ง หมายถึง ท่านได้ทำกิจกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นเป็นบางวันหรือ 2-3 วัน

ไม่เคย หมายถึง ท่านไม่ได้ทำกิจกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นนาน ๆ ครั้งหรือไม่เคยปฏิบัติเลย

พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ตามหลัก 5อ.	การปฏิบัติ		
	ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
ด้านอาหาร			
1. ท่านรับประทานขนมคบเคี้ยวหรือน้ำอัดลม			
2. ท่านรับประทานเนื้อเย็นในปริมาณที่พอเหมาะ ไม่ควรรับประทานในปริมาณที่มากเกินไป			
3. ท่านรับประทานอาหารรสจัด			
4. ท่านรับประทานอาหารตรงเวลาทุกเมื่อ			
5. ท่านเลือกทานอาหารที่ร้อนหรือปรุงสุกใหม่ๆ ควรทานอาหารแยกสำรับ หรือหากทานอาหารร่วมกันให้ใช้ช้อนกลางส่วนตัว			
การออกกำลังกาย			
1. ท่านออกกำลังกาย 3 วันต่อสัปดาห์			
2. ท่านออกกำลังกายประมาณครั้งละ 15-30 นาทีต่อครั้ง			
3. ท่านจะหยุดการเคลื่อนไหวทันทีเมื่อรู้สึกเหนื่อย			
4. ท่านออกกำลังกายทุกครั้งเมื่อมีโอกาส			
5. การลุก เดิน ยืน บริหารกล้ามเนื้อร่างกายเมื่อรู้สึกเมื่อยล้าจากการทำงาน			
ด้านอารมณ์และการจัดการความเครียด			
1. ท่านลดความเครียดด้วยการทำงานอดิเรก เช่น ออกกำลังกาย ดูหนัง ฟังเพลงอ่านหนังสือ หรือ ปลูกต้นไม้			
2. ท่านมักพูดคุยกับคนที่ไว้วางใจเมื่อเกิดความเครียด			
3. ท่านมักขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อเกิดความเครียด			
4. ท่านแสดงอารมณ์โกรธหงุดหงิดเมื่อเกิดความไม่พอใจ			
5. ท่านปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเพื่อให้เกิดความสุขในชีวิตประจำ			

พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ตามหลัก 5อ.	การปฏิบัติ		
	ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
ด้านอาหาร			
ด้านเอนกายพักผ่อน			
1. ท่านหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายก่อนนอน 3 ชั่วโมง			
2. ท่านปัสสาวะก่อนเข้านอน			
3. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทแก๊ว ผักดิบ ของหมักดองเพราะอาหารเหล่านี้ทำให้เกิดแก๊สในกระเพาะอาหารมาก ส่งผลให้รู้สึกไม่สบายตัว ทำให้อนอนหลับยาก			
4. ท่านสวมหมอนและอ่านหนังสือที่ชอบก่อนนอน			
5. ท่านดื่มแอลกอฮอล์หรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนตอนเย็นและก่อนนอน			
ด้านออกกำลังกายสังคมนอกบ้าน			
1. ท่านหลีกเลี่ยงการสวมกอด หรือพูดคุยในระยะใกล้ชิดกับบุคคลอื่น และเปลี่ยนมาใช้ในการสื่อสารทางโทรศัพท์ หรือ Social media			
2. ท่านติดต่อสถานพยาบาลที่รักษาประจำก่อนกำหนดนัด เพื่อรับทราบข้อปฏิบัติ เช่น ให้ญาติหรือผู้อื่นไปรับยาแทน ให้ไปรับยาใกล้บ้าน หรือให้ย้ายไปตรวจที่สถานพยาบาลอื่น			
3. หากต้องออกนอกที่พักอาศัย ไปในพื้นที่ที่มีคนแออัด หรือโดยสารรถสาธารณะ ท่านสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลา			
4. ท่านงดใช้ของหรือเครื่องใช้ส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น			
5. หากท่านไอ จาม ใช้ผ้าเช็ดหน้าหรือกระดาษทิชชูปิดปากหรือใช้ข้อศอกปิดปากจมูก และทำ ความสะอาดมือด้วยสบู่และน้ำ หรือเจลแอลกอฮอล์ทันที หรือให้สวมหน้ากาก หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดผู้ที่มีอาการหวัด มีไข้ ไอ จาม มีน้ำมูก			

ส่วนที่ 4 การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยใช้ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index)

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)
 - 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
 - 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นเล็กๆไว้ล่วงหน้า
 - 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ
2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา)
 - 0. ต้องการความช่วยเหลือ
 - 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)
 - 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
 - 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คน ทัวไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
 - 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
 - 3. ทำได้เอง
4. Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)
 - 0. ช่วยตัวเองไม่ได้
 - 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
 - 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)
5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)
 - 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
 - 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้อง หรือประตูได้
 - 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแล เพื่อความปลอดภัย
 - 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)

- 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย
- 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
- 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)

- 0. ไม่สามารถทำได้
- 1. ต้องการคนช่วย
- 2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. Bathing (การอาบน้ำ)

- 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
- 1. อาบน้ำเองได้

9. Bowels (การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

- 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
- 2. กลั่นได้เป็นปกติ

10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

- 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
- 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
- 2. กลั่นได้เป็นปกติ

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นายภาดล จันทพรหม
วันเกิด	วันที่ 21 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2508
สถานที่เกิด	บ้านเลขที่ 58 หมู่ที่ 7 ตำบลหนองแวง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 111/28 หมู่ที่ 5 ตำบลหนองครก อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ รหัสไปรษณีย์ 33000
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ตำบลโพนข่า อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ รหัสไปรษณีย์ 33000
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2525 โรงเรียนเบ็ญจะมะมหาราช จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2528 ประกาศนียบัตรเจ้าพนักงานสาธารณสุข (พนักงานอนามัย) วิทยาลัยการสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น พ.ศ. 2535 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) สาขาบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พ.ศ. 2565 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูน ปลูก igit ชีเว