

ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมที่พึงประสงค์
ในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์

ปวีตรา ไพทอง
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ
สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมที่พึงประสงค์
ในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์

ปวีตรา ไพทอง
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ
สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยเรื่อง ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ สำเร็จ ลุล่วงไปได้ด้วยการให้โอกาส และคำแนะนำช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้บริหารศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ ได้แก่ ดร.ศรียรรณ ทาวงศ์มา ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ และนางอโณทัย พรหมชัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หัวหน้าฝ่าย ยุทธศาสตร์และการวิจัย ที่ให้คำปรึกษา และชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ของวิจัยฉบับนี้จนเสร็จ สมบูรณ์ลุล่วงด้วยดี ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณอย่างยิ่ง มา ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน จังหวัดตาก และจังหวัดกาญจนบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภออมก๋อย ผาง ปางมะผ้า ปาย ท่าสองยาง อู่ผาง สังขละบุรี และไทรโยค ที่อนุญาตให้ดำเนินการศึกษาวิจัย ตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุประจำสาธารณสุขอำเภอที่อำนวยความสะดวกประสานงานในการเก็บข้อมูล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ ที่เป็นผู้สัมภาษณ์ในการเก็บข้อมูล และผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการให้ความร่วมมือในการประเมินร่างกาย และให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการทำวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณบุคลากรศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ ที่คอยเป็นกำลังใจ และให้ความช่วยเหลือในงานวิจัยนี้ รวมทั้งขอขอบคุณผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้เอ่ยนาม ในที่นี้ ที่ช่วยให้การจัดทำวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ปวีตรา ไพทอง

หัวข้อวิจัย

ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุ
กลุ่มชาติพันธุ์

ผู้เขียน

นางสาวปวีตรา ไพทอง

หน่วยงาน

ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบและแรงงานข้ามชาติ
สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่บนชุมชนพื้นที่สูง จำนวน 2,037 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) ใช้แบบสัมภาษณ์ และแบบประเมินร่างกายในการเก็บข้อมูล ระยะเวลาดำเนินการตุลาคม 2560 – กันยายน 2561 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ความถี่ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษามีดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ เผ่ากะเหรี่ยง ร้อยละ 46.2 รองลงมา คือ ไทใหญ่ ร้อยละ 14.6 และลาหู่ 13.8 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.5 รองลงมาเป็นเพศชาย ร้อยละ 47.5 ส่วนใหญ่อายุ 60 - 69 ปี ร้อยละ 65.1 โดยมีอายุมากที่สุดที่ 102 ปี ด้านสถานภาพ ส่วนใหญ่คืออยู่ด้วยกัน ร้อยละ 73.6 รองลงมาคือหม้าย ร้อยละ 21.4 ลักษณะของครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 67.0 จากการสอบถามด้านการเป็นสมาชิก/ร่วมกิจกรรมชมรม/กลุ่ม พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 74.1 ไม่ได้เป็นสมาชิกกลุ่มใดในชุมชน ส่วนการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ดูแลตนเองได้ ร้อยละ 83.3

การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่ตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 65.9 ไม่ได้ตรวจร้อยละ 34.1 ด้านโรคประจำตัวที่วินิจฉัยโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.1 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 23.9 โดยโรคประจำตัวที่เป็นส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 55.7 รองลงมาโรคเบาหวานร้อยละ 44.1 โดยเมื่อพบปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้าพบแพทย์ตามนัดร้อยละ 85.0

ภาวะสุขภาพ ประกอบด้วยการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ อยู่กลุ่มติดสังคม (12 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 95.9 ประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่ม 1 เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาเรื่องการกินหรือการขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง ร้อยละ 24.4 ภาวะการมองเห็น ส่วนใหญ่มองเห็นชัดเจนด้วยตาเปล่า ร้อยละ 74.40 รองลงมา คือ มองเห็นไม่ชัดเจนพร่ามัว ร้อยละ 17.6 การทดสอบ

ภาวะสมองเสื่อม (Abbreviated Mental Test: AMT) ส่วนใหญ่การรู้คิดปกติ (ตอบถูก 7 ข้อขึ้นไป) ร้อยละ 73.6 รองลงมาคือการรู้คิดผิดปกติ (ตอบถูก < 7 ข้อ) ร้อยละ 24.6 ภาวะโภชนาการ ส่วนใหญ่ปกติ (BMI 18.5-22.9) ร้อยละ 45.8 รองลงมาน้ำหนักเกิน (BMI 23.0-24.9) ร้อยละ 18.6 โรคอ้วน (BMI 25.0-29.9) ร้อยละ 17.2 ผอม (BMI < 18.5) ร้อยละ 14.8 โรคอ้วนอันตราย ร้อยละ 3.7 ตามลำดับ ด้านภาวะอ้วนลงพุง ส่วนใหญ่ร้อยละ 78.5 รอบเอวไม่เกิน (รอบเอวชาย < 90 ซม., หญิง < 80 ซม.) ด้านภาวะซึมเศร้า ส่วนปกติ ร้อยละ 93.9 แต่ยังคงพบเสี่ยง ร้อยละ 6.1 ภาวะการหกล้ม ในรอบปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 92.6 ไม่เคยหกล้ม การประเมินภาวะสุขภาพในภาพรวม จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ภาวะการมองเห็น ภาวะสมองเสื่อม ภาวะโภชนาการ ภาวะอ้วนลงพุง ภาวะซึมเศร้า และภาวะการหกล้ม พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพที่ไม่ดี คือไม่ผ่านการประเมินภาวะสุขภาพทั้ง 7 ข้อ ถึงร้อยละ 78.5 และมีสุขภาพดี คือผ่านการประเมินภาวะสุขภาพทั้ง 7 ข้อ เพียงร้อยละ 21.5

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 5 ข้อ พบว่า ข้อ 1 ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ครั้งละ 15-30 นาที พบร้อยละ 6.6 ที่ปฏิบัติเป็นประจำ (3-7 วันต่อสัปดาห์) ข้อ 2 รับประทานอาหารผัก ผลไม้ ต่อสัปดาห์ ผู้สูงอายุร้อยละ 27.0 รับประทานอาหารเป็นประจำ ข้อ 3 ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว ร้อยละ 24.9 ข้อ 4 สูบบุหรี่/สุบยา เส้น ผู้สูงอายุไม่เคยสูบ ร้อยละ 69.3 ข้อ 5 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่เคยดื่มร้อยละ 68.3 โดยสรุปผลพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ส่วนใหญ่ไม่ผ่านถึงร้อยละ 87.3 (พฤติกรรมไม่ผ่านข้อใดข้อหนึ่งหรือมากกว่า 1 ข้อขึ้นไป) และมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ผ่านเกณฑ์ เพียงร้อยละ 12.7 (มีพฤติกรรมผ่านทั้ง 5 ข้อ)

โดยสรุป การสำรวจข้อมูลภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ พบว่าผู้สูงอายุไม่ได้เป็นสมาชิกกลุ่มใดในชุมชน ร้อยละ 74.1 การทดสอบภาวะสมองเสื่อม (Abbreviated Mental Test: AMT) มีรู้คิดผิดปกติ (ตอบถูก < 7) ข้อร้อยละ 24.6 ด้านภาวะซึมเศร้า ยังคงพบเสี่ยง ร้อยละ 6.1 4 ในภาพรวมผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ไม่ดี ถึงร้อยละ 78.5 และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 5 ข้อ ส่วนใหญ่พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ถึงร้อยละ 87.3 ดังนั้นจึงยังมีความจำเป็น ที่ทุกภาคส่วนต้องร่วมกันกำหนดมาตรการ ดำเนินการควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยง และสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และต้องมีการสำรวจติดตามสถานะสุขภาพต่อเนื่องเป็นระยะๆ ต่อไป

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ข
บทคัดย่อ	ค
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญรูปภาพ	ซ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	3
1.3 คำถามการวิจัย	3
1.4 นิยามศัพท์เฉพาะ	3
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
บทที่ 2 เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
2.1 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	6
2.2 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	12
2.3 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ	22
2.4 กลุ่มชาติพันธุ์	28
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	31
2.6 กรอบแนวคิดการวิจัย	40
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	41
3.1 รูปแบบการวิจัย	41
3.2 ประชากร และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา	41
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	42
3.4 แนวการวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์	44
3.5 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	44
3.6 สถานที่ที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และรวบรวมข้อมูล	44
3.7 ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย	44
บทที่ 4 ผลการวิจัย	45
4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์	46
4.2 การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์	48
4.3 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์	49
4.4 พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์กลุ่มชาติพันธุ์	51

	หน้า
บทที่ 5 สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	53
5.1 สรุปผลการศึกษา	53
5.2 อภิปรายผล	55
5.3 ข้อเสนอแนะ	58
บรรณานุกรม	60
ภาคผนวก	64
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	65
ประวัติผู้เขียน	70

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ของข้อมูลทั่วไปผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์	46
ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์	48
ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์	49
ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของกลุ่มชาติพันธุ์	51

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 ตารางสีประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด	21

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

สังคมโลกกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรครั้งสำคัญ นั่นคือการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้น ซึ่งสหประชาชาติระบุว่า ประเทศใดมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปในสัดส่วนเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าประเทศนั้นก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ หรือ Aging Society และจะเป็น “สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบ” (Aged Society) เมื่อสัดส่วนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 20 โดยในปีพ.ศ. 2559 ทั่วโลกมีประชากรทั้งหมดประมาณ 7,433 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 929 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12.5 ของประชากรทั้งหมด สำหรับประชาคมอาเซียน ก็กำลังมีประชากรอายุสูงขึ้นเช่นเดียวกัน ปี พ.ศ. 2559 มีประเทศสมาชิก 3 ประเทศได้กลายเป็นสังคมสูงอายุแล้ว ได้แก่ อันดับ 1 ประเทศสิงคโปร์ มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 18.7 รองลงมาประเทศไทย ร้อยละ 16.5 และประเทศเวียดนาม ร้อยละ 10.7 ทั้งนี้ประเทศไทยมีประชากรไทยอาศัยอยู่ทั้งหมด 65.9 ล้านคน มีผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 11 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.5 และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2564 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) โดยมีผู้สูงอายุร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2559)

การที่สังคมไทยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ทำให้โครงสร้างประชากรไทยเปลี่ยนเป็นประชากรสูงอายุในอัตราอย่างรวดเร็ว ปัญหาที่เพิ่มขึ้นตามมาอย่างเห็นได้ชัดเจนนั่นคือปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ เนื่องจาก ปัญหาเหล่านี้ล้วนแต่เป็นภาระค่าใช้จ่ายภาครัฐ ในปี 2553 มีรายงานประมาณการค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 30 และยังมีการคาดการณ์ว่า ในอีก 12 ปี ข้างหน้า (พ.ศ.2565) ค่าใช้จ่ายดังกล่าวจะสูงเพิ่มขึ้นเป็น 3.5 เท่า (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2556) มีสาเหตุมาจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยเฉพาะร่างกายที่มีความเสื่อมลงโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านประสิทธิภาพในการทำงานของระบบหัวใจ และหลอดเลือดลดลง ความยืดหยุ่น ความสามารถในการระบายอากาศของปอดลดลง และยังพบว่า หลอดเลือดของผู้สูงอายุจะตีบแข็ง และตีบแคบ สูญเสียความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือด ทำให้ความดันโลหิตสูง หากมีการดูแลสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพและอาจนำไปสู่การเกิดโรคหรือความผิดปกติต่างๆ ได้ง่าย อีกทั้งอาจทำให้มีภาวะเครียด ซึมเศร้า และนำไปสู่ปัญหาสุขภาพทางจิตตามมา (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2556 ; ขวัญดาว กล่ำรัตน์ และคณะ, 2556) จากการสำรวจประชากรโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ชมพูนุท พรหมภักดี (2556) กลุ่มโรคที่ผู้สูงอายุป่วยมาก 3 อันดับแรก คือ กลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อเส้นเอ็น กระดูกและข้อ กลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ และกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ส่วนสาเหตุการตายของผู้สูงอายุที่

สำคัญ คือโรคเมร็งทุกชนิด โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง หลอดลมอักเสบและปอดอักเสบ นอกจากนี้ผู้สูงอายุ ยังมีแนวโน้มพิการมากขึ้น จากร้อยละ 5.8 ในปี 2544 เป็นร้อยละ 15.3 ในปี 2550 โดยความพิการที่พบบ่อย คือ สายตาเลือนรางทั้งสองข้าง หูตึงสองข้างและอัมพฤกษ์ นอกจากนี้ด้านพฤติกรรมสุขภาพ รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2556 สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2556) พบว่า ผู้สูงอายุไทยเพียงร้อยละ 26.0 มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ต่ำกว่าเป้าหมาย ทั้งพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ที่ผู้สูงอายุไทยปฏิบัติตัวได้น้อยที่สุดเรียงตามลำดับ ได้แก่ ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 15-30 นาทีเป็นประจำ (ร้อยละ 57) ดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่าเป็นประจำ (ร้อยละ 65) รับประทานอาหารผักและผลไม้เป็นประจำ (ร้อยละ 66) ไม่ดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 83) และไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 84) การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์นั้นส่งผลให้ผู้สูงอายุไทยมีปัจจัยเสี่ยงทางภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย ที่สำคัญ ได้แก่ มีภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วน นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีแนวโน้มอยู่คนเดียว หรืออยู่ลำพังกับคู่สมรสเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีผลต่อการให้การดูแลสุขภาพ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เป็นโรคที่รักษาไม่หาย ทำให้มีภาวะการพึ่งพา ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องและระยะยาว ผู้สูงอายุจำนวนมากมีปัญหาข้อเข่าเสื่อม และครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุ มีฟันแท้เหลือน้อยกว่า 20 ซี่ ทำให้ไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

ในขณะเดียวกันประเทศไทยยังคงมีประชากรกลุ่มชาติพันธุ์อาศัยอยู่บนพื้นที่สูง ที่ตั้งถิ่นฐานกระจายอยู่ในจังหวัดต่างๆ ของประเทศไทย 20 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย แม่ฮ่องสอน พะเยา ลำพูน แพร่ น่าน ลำปาง ตาก เพชรบูรณ์ พิษณุโลก เลย สุโขทัย กำแพงเพชร กาญจนบุรี อุทัยธานี สุพรรณบุรี ราชบุรี ประจวบคีรีขันธ์ และเพชรบุรี มีจำนวนประชากรกลุ่มชาติพันธุ์จำนวนประมาณ 1,148,189 คน และมีพบว่าผู้สูงอายุจำนวน 145,002 คน คิดเป็นร้อยละ 12.63 ของประชากรชาติพันธุ์ทั้งหมด (กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2559) ซึ่งจะเห็นว่ากลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทยก็กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเช่นกัน โดยผู้สูงอายุชาติพันธุ์ส่วนใหญ่มีการดำเนินชีวิตอย่างเรียบง่ายและพอเพียงตามวิถีชนของแต่ละเผ่า ยังคงปฏิบัติตามขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมด้วยความเชื่อ ความศรัทธา และความภาคภูมิใจในความเป็นเอกลักษณ์และอัตลักษณ์ ของชนเผ่าตนเอง เมื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงวัย พบว่าส่วนใหญ่ประสบปัญหา ด้านสุขภาพร่างกาย เจ็บป่วยไม่ได้รับความสะดวกในการตรวจดูแลรักษาจากโรงพยาบาลในชุมชนเท่าที่ควร ด้านสวัสดิการและความมั่นคงของชีวิต พบว่าเบี้ยยังชีพไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต ไม่มีเอกสารสิทธิ์ในการใช้ที่ดินเพื่ออยู่อาศัยและทำมาหากิน และต้องปรับตัวยอมรับสิ่งใหม่ในสังคมที่เปลี่ยนแปลง ทำให้ส่วนใหญ่ต้องการดูแลสุขภาพกาย และสุขภาพจิตด้วยตนเอง มีภาวะโภชนาการที่ถูกหลักอนามัย ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีฟรี มีการเยี่ยมบ้านเพื่อช่วยดูแลความปลอดภัยในหมู่บ้าน ได้รับสวัสดิการและสิทธิประโยชน์จากรัฐเพิ่มขึ้น ต้องการช่วยเหลือตนเองและครอบครัวให้มีความสุข รวมถึงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในสังคมปัจจุบัน (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2558; พรณิ สุวดี, 2561) จากรายงานการสำรวจสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมชาวไทยภูเขา ในหมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริของศูนย์พัฒนาอนามัยพื้นที่สูง, 2557 พบว่า ผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาส่วนใหญ่ที่มีสถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 65.1 หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ ร้อยละ 32.7 มีว่างงานร้อยละ 32.3 รายได้ส่วนใหญ่

มาจากการทำอาชีพหลัก(ทำไร่,ทำนา,ทำสวน และรับจ้าง) ร้อยละ 45 ผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาจะพักอาศัยกับครอบครัว ร้อยละ 95.4 มีเพียงร้อยละ 4.6 ที่อยู่คนเดียว เคยได้รับการตรวจสุขภาพ ร้อยละ 73.2 จากผู้ได้รับการตรวจมีความผิดปกติมากถึงร้อยละ 60 โรคประจำตัวผู้สูงอายุที่เป็นมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตมากถึงร้อยละ 53.4 รองลงมา คือ โรคข้อต่อ กระดูก ร้อยละ 13.7 โรคเบาหวาน ร้อยละ 9.8 และโรคหัวใจร้อยละ 2.5 การเกิดอุบัติเหตุของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาพบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยเกิดอุบัติเหตุ ร้อยละ 90 และเคยเกิดอุบัติเหตุ ร้อยละ 10 ส่วนใหญ่เกิดอุบัติเหตุลื่นล้ม ร้อยละ 70.4 หรือ 19 คน รองลงมาคือ ตกจากที่สูง ร้อยละ 14.8 และมอเตอร์ไซค์ล้ม ร้อยละ 11.1 เมื่อทำการประเมินข้อมูลผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) พบว่าส่วนใหญ่ทำได้ด้วยตนเอง จากข้อมูลดังกล่าวยังไม่มีรูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการเต็มพื้นที่และครอบคลุม ประชากรทุกกลุ่ม ทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ซึ่งเป็นปัญหาที่ต้องการรูปแบบการดำเนินงานที่มีศักยภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาและส่งเสริมให้ประชากรไทยมีสุขภาพดีมีอายุคาดเฉลี่ยของภาวะสุขภาพดีถึง 75 ปี (Health Adjusted Life Expectancy: HALE) บรรลุตามเป้าประสงค์ของแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี

กรมอนามัยมีภารกิจหลักในการอภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัยรวมถึงระบบอนามัยสิ่งแวดล้อม (กรมอนามัย,2556) โดยศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ ในฐานะหน่วยงานภายใต้สังกัดกรมอนามัยจึงให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพมุ่งให้คนไทยสุขภาพดี การศึกษาเรื่องภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุนี้ จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ควรสำรวจข้อมูลภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการกำหนดกรอบและขับเคลื่อนเชิงนโยบายการวางแผนการดำเนินงานกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์

1.3 คำถามการวิจัย

1. ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์เป็นอย่างไร
2. พฤติกรรมที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์เป็นอย่างไร

1.4 นิยามศัพท์เฉพาะ

ภาวะสุขภาพ หมายถึง ภาวะที่แสดงได้ถึงการมีความพร้อมสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย คือ ร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง ไม่เป็นโรค ไม่พิการ ไม่มีอุบัติเหตุอันตราย มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยความสามารถในการประกอบกิจวัตร ภาวะพึ่งพิง ภาวะการมองเห็น ภาวะสมองเสื่อม ภาวะโภชนาการ ภาวะอ้วนลงพุง ภาวะซึมเศร้า และภาวะการหกล้ม

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หมายถึง

1. พฤติกรรมการออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ครั้งละ 15 –30 นาที

2. รับประทานผักสด ผลไม้สด เป็นประจำ
3. ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว
4. ไม่สูบบุหรี่ / ไม่สูบบุหรี่
5. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาต้องเหล้า

ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ หมายถึง ผู้ที่มีอายุกลุ่มชาติพันธุ์ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่บนชุมชนพื้นที่สูงในประเทศไทย ตามรายงานทำเนียบชุมชนบนพื้นที่สูง (กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2559)

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การสำรวจทำให้เกิดระบบข้อมูลสาธารณสุขที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ดังต่อไปนี้

1. ประเมินภาวะสุขภาพของประชากรผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์
2. นำข้อมูลไปจัดทำระบบข้อมูลสารสนเทศกลุ่มชาติพันธุ์ ของศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ
3. นำข้อมูลไปใช้ในวางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาให้เหมาะสมกับพื้นที่ ตั้งแต่ระดับนโยบาย ถึงระดับผู้ปฏิบัติงานให้เหมาะสมกับกลุ่มชาติพันธุ์แต่ละกลุ่มที่มีบริบท วิถีชีวิต วัฒนธรรมที่แตกต่างจากกลุ่มพื้นราบ หรือกลุ่มในเมืองหลวง

บทที่ 2

เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการค้นคว้ารวบรวมเอกสาร ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยสามารถสรุปประเด็นตามลำดับต่อไปนี้

- 2.1 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
- 2.2 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
- 2.3 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ
- 2.4 กลุ่มชาติพันธุ์
- 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.6 กรอบแนวคิดการวิจัย

2.1 แนวคิด และทฤษฎี ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

2.1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลก (2010) ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่า ผู้ที่มีอายุ 60 ปีหรือมากกว่า เมื่อนับตามวัย หรือผู้ที่สังคมยอมรับว่าสูงอายุ จากการกำหนดของสังคม หรือผู้ที่เกษียณอายุ

สหประชาชาติ (United Nations) ยังไม่มีนิยามที่แน่นอน ว่าอายุเท่าไรจึงจะเรียกว่าเป็น “ผู้สูงอายุ” (Older/Elderly person) แต่สหประชาชาติใช้อายุ 60 ปีขึ้นไปในการนำเสนอสถิติข้อมูล และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่ใช้อายุ 65 ปีขึ้นไปเป็นเกณฑ์ในการเรียก “ผู้สูงอายุ” (WHO, 2002 อ้างถึงใน มุลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2559) โดยสหประชาชาติได้แบ่งผู้สูงอายุ เป็น 3 กลุ่มคือ

- 1) ผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60 - 69 ปี) เป็นช่วงที่ยังมีพลังช่วยเหลือตนเองได้
- 2) ผู้สูงอายุตอนกลาง (อายุ 70 - 79 ปี) เริ่มมีอาการเจ็บป่วย ร่างกายเริ่มอ่อนแอ มีโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรัง

3) ผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) เจ็บป่วยบ่อยขึ้นอวัยวะเสื่อมสภาพ อาจมีภาวะทุพพลภาพ (กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติสำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2546)

สำหรับประเทศไทย กำหนดนิยาม “ผู้สูงอายุ” ไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 3 “ผู้สูงอายุ” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย

นอกจากพิจารณาผู้สูงอายุจากจำนวนอายุแล้ว ยังขึ้นอยู่กับมุมมองตนเอง และสิ่งที่สังคมหรือบุคคลรอบตัวมองผู้สูงอายุด้วย จึงทำให้ลักษณะของความสูงอายุสามารถแบ่งแยกได้ตามสิ่งที่พิจารณา 4 ข้อ ดังนี้

- 1) การพิจารณาอายุจริง หมายถึง การพิจารณาความสูงอายุจากวันเดือนปีเกิดตามปฏิทิน
- 2) การพิจารณาด้านชีวภาพ หมายถึง การพิจารณาการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย
- 3) การพิจารณาด้านจิตวิทยา หมายถึง การพิจารณาจากความสามารถในการปรับตัวของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเทียบกับผู้ที่มีอายุเท่ากัน
- 4) การพิจารณาด้านสังคม หมายถึง การพิจารณาจากบทบาท และนิสัยทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีต่อบุคคลอื่นๆ ที่มีอยู่ในสังคมเดียวกัน โดยเทียบกับผู้ที่มีอายุเท่ากัน (สมนึก กุลสถิตพร, 2549)

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และเป็นผู้ที่ สูงทั้งวัยวุฒิ และคุณวุฒิ โดยบุคคลเหล่านี้มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และจิตใจ

2.1.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุ

ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุมีความเห็นตรงกัน ว่ากระบวนการสูงอายุของบุคคลเกิดจากปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายใน ความรู้จากศาสตร์เพียงสาขาใดสาขาหนึ่งไม่สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุได้อย่างสมบูรณ์การสูงอายุเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กัน ทั้งในแนวตั้ง และแนวนอน โดยในแนวตั้งให้พิจารณาว่า ร่างกายของบุคคลมีองค์ประกอบนับตั้งแต่โมเลกุล เซลล์อวัยวะ บุคคลกลุ่มคนและสังคม ส่วนแนวนอนให้พิจารณาว่าบุคคลมีคุณลักษณะที่เชื่อมโยงกัน คือเริ่มจาก (1) การเป็นอยู่

(being) หมายถึง โครงสร้างกายวิภาคและปฏิกิริยาชีวเคมี (2) แสดงพฤติกรรม (behaving) หมายถึง การทำหน้าที่ของโครงสร้างแสดงออกโดยพฤติกรรม (3) การกลายมาเป็น (becoming) หมายถึง พัฒนาการและกระบวนการเติบโตของมนุษย์ (4) การตายของเนื้อเยื่อ จากอายุที่เพิ่มขึ้น (5) เมื่ออายุเพิ่มขึ้นการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีภายในร่างกายก็เพิ่มขึ้น ตัวอย่างเช่น การเปลี่ยนแปลงของต่อมไทรอยด์ในเนื้อเยื่อ บางประเภทของร่างกายเป็นต้น (6) อายุเพิ่มขึ้นการเปลี่ยนแปลง ในลักษณะเสื่อมถอยในภาพรวมของร่างกายเพิ่มขึ้น (7) อายุเพิ่มขึ้นความสามารถในการปรับตัวต่อ สภาพการเปลี่ยนแปลงของบุคคลและอายุเพิ่มขึ้น ความต้านทานต่อโรคร้ายไข้เจ็บลดลง เช่นกัน และมีการกล่าวถึงกระบวนการสูงอายุน่าจะเป็นการสะสมของกระบวนการที่ซับซ้อนมากกว่า มีลักษณะค่อยเป็นค่อยไปด้วยกลไกหลากหลายที่เกิดขึ้นในทุกระดับของร่างกายและการสูงอายุ การมีอายุยืนมีอิทธิพลมาจากยีน การแก่ หรือการสูงอายุเป็นการสะสมผลของปฏิกิริยาที่ซับซ้อนระหว่างปัจจัยต่างๆ อาทิ ยีน อาหาร อุบัติเหตุ ไวรัส สารพิษ ยาปฏิชีวนะ และอื่นๆ และความแก่ไม่ใช่โรคแต่ความแก่นำสู่การเปลี่ยนแปลงมากมายทั้งนี้มีการให้นิยามเพิ่มเติม เกี่ยวกับการสูงอายุว่าความสูงอายุมีความหมายในแง่การเวลา โดยพิจารณาจากสภาพ และความสามารถที่จะกระทำ กิจกรรมตามบทบาทของบุคคล ซึ่งบุคคลจะถูกนับว่าสูงอายุเมื่อไม่สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้ และอธิบายเพิ่มเติมว่า การอธิบาย และการทำความเข้าใจกับการสูงอายุมีหลายมุมมอง โดยเป็นการให้มุมมองที่แตกต่างกัน ในการอธิบายการเปลี่ยนแปลงที่พบในกระบวนการสูงอายุ นอกจากนั้นยังมีแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการสูงอายุ และสรุปว่าการสูงอายุต้องศึกษาจากศาสตร์ทั้ง 3 ด้าน คือศาสตร์ชีวภาพ (Biological view) ศาสตร์ด้านจิตวิทยา (Psychological view) และศาสตร์ด้านสังคม (Sociological view) (ประนอม โอทกานนท์, 2554 อ้างถึงใน วิทมา ธรรมเจริญ, 2555) มีรายละเอียดดังนี้

ศาสตร์ด้านชีวภาพ (Biological View) ศาสตร์ด้านชีวภาพอธิบายกระบวนการ สูงอายุเป็นทฤษฎี 3 ระดับคือ ทฤษฎีทางพันธุกรรม ทฤษฎีอวัยวะ ทฤษฎีสรีรวิทยา

ทฤษฎีพันธุกรรม (Gene Theory) ซึ่งอธิบายว่าสิ่งมีชีวิตแก่ขึ้นหรือสูงอายุขึ้นเพราะว่ามีการถ่ายทอดข้อมูลที่ผิดปกติจากนิวเคลียสของเซลล์ การถ่ายทอดข้อมูลที่ผิดปกติเกิดจากการเปลี่ยนแปลงการถ่ายทอดรหัสปกติของ DNA กลุ่มของทฤษฎีพันธุกรรมประกอบด้วย

1. ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolution Theory) อธิบายกระบวนการ สูงอายุว่าสิ่งมีชีวิตมีการเปลี่ยนแปลง และมีการพัฒนาตลอดเวลา สิ่งมีชีวิตแต่ละเผ่าพันธุ์จะมียืนเป็นตัวกำหนดลักษณะเมื่อมีอายุมากขึ้น

2. ทฤษฎีนาฬิกาชีวิต (Biological Clock หรือ Genetic Clock หรือ Programmed Aging Theory) อธิบายว่าสิ่งมีชีวิตจะมียืนเป็นตัวกำหนดอายุขัย อายุของมนุษย์และสิ่งมีชีวิตได้ถูกกำหนดไว้แล้วและเรียกว่าเป็นนาฬิกาชีวิต นาฬิกาชีวิตจะอยู่ในนิวเคลียส และไมโทคอนเดรียของร่างกาย

3. ทฤษฎีการกลายพันธุ์ (Somatic Mutation Theory) อธิบายว่า การสูงอายุเริ่มจากการผ่าเหล่าของสารพันธุกรรม (DNA) และทำให้อวัยวะและระบบต่างๆ เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลทำให้เกิดโรคต่างๆ เช่น เซลล์มีการเสื่อมหรือเซลล์เกิดเป็นมะเร็ง เป็นต้น

4. ทฤษฎีการสะสมความผิดพลาดของเซลล์ (Error Theory) อธิบายว่าเมื่อสิ่งมีชีวิตมีอายุมากขึ้น ร่างกายมีการสร้างโปรตีนที่ผิดพลาดได้ทำให้โปรตีนใหม่ ลายเป็นสิ่งแปลกปลอมในร่างกาย ร่างกายจะสร้างอนุมูลต่อต้านสิ่งแปลกปลอมนั้นๆ มีผลทำให้เซลล์ถูกทำลาย ทำหน้าที่ไม่ได้ตามปกติ และตายในที่สุด

ทฤษฎีอวัยวะ (Organ Theory) กลุ่มทฤษฎีนี้อธิบายว่าเมื่อสิ่งมีชีวิตมีอายุมากขึ้นอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ถูกใช้งานมากขึ้น จึงเกิดการเสื่อมถอยหรือเกิดการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะและส่งผลต่อหน้าที่ของอวัยวะนั้นๆ กลุ่มของทฤษฎีอวัยวะประกอบด้วย

1. ทฤษฎีการเสื่อมและการถดถอย (Wear and Tear Theory) อธิบายว่า กระบวนการสูงอายุเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติเมื่อเซลล์มีการใช้งาน เซลล์จะผลิตสารเหลือใช้ เช่น Lipofuscin สะสมไว้เมื่อมีอายุมากขึ้น พบว่ามีการสะสมที่หัวใจรังไข่ และหน่วยประสาท (Neurons) เมื่อมีการสะสมถึงระดับหนึ่ง เซลล์จะทำงานไม่ได้หรือทำงานลดลง เป็นเหตุให้เซลล์มีการเสื่อมถอยและอวัยวะต่างๆ ทำงานลดลง

2. ทฤษฎีระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine Theory) ทฤษฎีอธิบายการทำงานที่ลดลงของระบบประสาท เช่น ปฏิกริยาสะท้อนกลับ (Reflex) ของผู้สูงอายุที่ลดลงและความสามารถในการจำลดลงเมื่อมีอายุมากขึ้น ส่วนการทำงานของต่อมไร้ท่อได้แก่การตรวจพบเบาหวานในผู้สูงอายุเนื่องจากร่างกายผลิตอินซูลินลดลง

3. ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunological Theory) อธิบายว่าเมื่อ สิ่งมีชีวิตมีอายุมากขึ้นอวัยวะที่เป็นระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายได้แก่ ไขกระดูก ต่อมไทมัส หน้าเหลือง ตับ ม้าม จะทำงานลดลง สร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตนเองมาก

ทฤษฎีสรีรวิทยา (Physiological Theory) กลุ่มของทฤษฎีสรีรวิทยา ประกอบด้วย

1. ทฤษฎีความเครียดและการปรับตัว (Stress Adaptation Theory) อธิบายว่าสิ่งมีชีวิตอยู่ในภาวะเครียดมากจะแก่เร็ว เมื่อเราอยู่ในภาวะเครียดร่างกายจะปรับตัวโดยจะกระตุ้นการทำงานของต่อมไฮโปทาลามัสและพิทูอิทารี ทำให้มีการหลั่ง Adrenocorticotrophic Hormone ไปกระตุ้นต่อมหมวกไต (Adrenal Cortex และ Adrenal Medulla) ทำให้มีการหลั่ง Cortisol, Aldosterone และ Epinephrine สารเหล่านี้จะเพิ่มน้ำตาลในเลือด ช่วยให้การไหลเวียนโลหิตรวดเร็วขึ้น การปรับตัวของร่างกายนี้ช่วยให้ร่างกายสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ในภาวะเครียด

2. ทฤษฎีสะสมของเสีย (Waste Product Accumulation) อธิบายว่าถ้าร่างกายถูกใช้งานมากและนาน ร่างกายจะสะสมของเสียไว้มากเซลล์เสื่อม และมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่าง

3. ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) อธิบายว่าอนุมูลอิสระ คือส่วนประกอบทางเคมีของเซลล์ซึ่งเกิดจากกระบวนการทำงานปกติของเซลล์โดยโมเลกุลของอนุมูลอิสระ เมื่อแตกออกเป็นอิสระจะจับโมเลกุลอื่นที่อยู่ข้างเคียง ทำให้โครงสร้างและหน้าที่ของเซลล์เปลี่ยนแปลงไป อนุมูลอิสระเกิดจากสาเหตุต่างๆ เช่น อาหาร รังสีมลภาวะของอากาศ การสูบบุหรี่ ซึ่งเมื่ออนุมูลอิสระทำปฏิกิริยาก็จะทำลายเนื้อเยื่อและอวัยวะเป็นสาเหตุของความแก่และการสูงอายุนั่นเอง

4. ทฤษฎีการเชื่อมไขว้ (Cross Linkage Theory) ทฤษฎีนี้อธิบายกระบวนการแก่หรือการสูงอายุด้วยกระบวนการเปลี่ยนแปลงในระดับ DNA และส่งผลกระทบต่อการทำงานของร่างกาย Cross Linking เป็นปฏิกิริยาเคมีที่เกิดขึ้นและทำให้ DNA มีการเสื่อมเป็นผลทำให้เซลล์ตาย

ศาสตร์ด้านจิตวิทยา (Psychological View) คำอธิบายด้านจิตวิทยาได้ช่วยอธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งไม่สามารถอธิบายด้วยปัจจัยเพียงอย่างเดียวหนึ่ง ทั้งพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนในแต่ละวัย การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นเรื่องของปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกของบุคคล การศึกษาปัจจัยภายในของบุคคลจะต้องเข้าใจในเรื่องการรับรู้การเรียนรู้และบุคลิกภาพของบุคคล ซึ่งสิ่งเหล่านี้ในผู้สูงอายุจะผันแปรไป

ตามการเปลี่ยนแปลงของโมเลกุลเซลล์อวัยวะและระบบต่างๆ ของร่างกายส่วนการศึกษาปัจจัยภายนอกของบุคคลนั้น ศาสตร์ด้านจิตวิทยาอธิบายว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงของพันธุกรรมของร่างกายกับปฏิสัมพันธ์ที่ร่างกายมีต่อสังคม (Social) และส่วนของสังคมนั้นคือขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม และโครงสร้างสังคม โดยทฤษฎีด้านจิตวิทยาที่ใช้อธิบายกระบวนการสูงอายุในปัจจุบัน (ประนอม โอทกานนท์, 2554 อ้างถึงในวิทมา ธรรมเจริญ, 2555) ได้แก่

1. Jung Theories of Personality ทฤษฎีนี้เน้นการพัฒนาบุคลิกภาพกับการบรรลุความต้องการพื้นฐานของบุคคลในทุกช่วงชีวิต โดยเสนอว่า เมื่อบุคคลมีวัยที่สูงขึ้นบุคลิกภาพของบุคคลอาจจะเปลี่ยนไป คือจากบุคลิกภาพการมีมิตรภาพ ชอบสมาคม เป็นบุคลิกภาพที่ใช้เวลากับตนเอง

2. Developmental Theories of Erikson and Peck อีริกสัน ได้อธิบายพัฒนาการของบุคคลตามพัฒนาการชีวิตตั้งแต่แรกเกิดถึงวัยสูงอายุไว้ทั้งหมด 8 ระยะ ผลลัพธ์ของพัฒนาการ แต่ละระยะอาจมีทั้งสำเร็จก่อให้เกิดความพึงพอใจ และไม่สำเร็จก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจในระยะต่างๆ ของชีวิต โดยเฉพาะ วัยกลางคน หากบุคคลมีพันธกิจทางบวกคือ มีความใจกว้าง เผื่อแผ่ คนอื่นไม่เห็นแก่ตัว (generativist) บุคคลจะเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีความมั่นคงทางจิตใจ เห็นคุณค่าตนเองและไม่สิ้นหวังในชีวิต Peck ได้ขยายแนวคิดของอีริกสัน ระบุพัฒนาการที่ผู้สูงอายุจะต้องทำเพื่อบรรลุถึงความมั่นคงในจิตใจ (ego integrity) ไว้ว่า ในวัยสูงอายุบุคคลจะต้องให้ความสำคัญและแยกตนเองจากการคิดแต่เพียงการเห็นความสำคัญของตนเอง (Ego) สภาพร่างกายที่แปรเปลี่ยนไป (Body) และบทบาทของตนเอง (Role)

3. Maslow's Hierarchy of Human Needs มาสโลว์ อธิบายความต้องการพื้นฐานของมนุษย์เป็น 5 ระดับ คือความต้องการด้านร่างกาย ด้านความปลอดภัย ด้านความรัก ด้านการมีศักดิ์ ของตนเอง และด้านการบรรลุสัจกาลแห่งตน และการที่จะบรรลุความต้องการในขั้นที่สูงที่สุด จะต้องได้รับความต้องการที่พึงพอใจในระดับที่ต่ำกว่าก่อน และความต้องการเหล่านี้จะเป็นแรงขับเคลื่อนของการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์

ศาสตร์ด้านสังคมวิทยา (Sociological View) ประนอม โอทกานนท์ (2554) ได้อธิบายกระบวนการสูงอายุไว้ว่าศาสตร์ ด้านสังคมวิทยาอธิบายการเปลี่ยนแปลงบทบาทและความสัมพันธ์ของบุคคลโดยเน้นกระบวนการปรับตัว ทฤษฎีที่นำมาอธิบายมีดังนี้

1. ทฤษฎีบทบาท (Role Theory) อธิบายว่าบทบาทในสังคมของบุคคล เปลี่ยนไปตามวัยที่เพิ่มขึ้น ความสามารถของบุคคลในการปรับตัวต่อบทบาทที่เปลี่ยนแปลงตามวัยที่สูงขึ้น คือตัวพยากรณ์การปรับตัวต่อการเข้าสู่วัยสูงอายุของบุคคลนั้นๆ

2. ทฤษฎีการถอยห่าง (Disengagement Theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่าบุคคล จะอยู่ในสังคม ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาความสมดุลทั้งร่างกาย จิตใจและอารมณ์ต่อบทบาทของคน จะลดลงและปฏิสัมพันธ์กับสังคมจะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น คือจะปรับตัวค่อยๆ ถอยห่างจากสังคม มีการสนใจตนเองมากขึ้น การถอยหนีจากสังคมช่วยให้ผู้สูงอายุประหยัดพลังงานของตนเองและยังเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้อาวุโสเหนื่อยกว่าได้แสดงบทบาทในสังคมมากขึ้น

3. ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) กิจกรรมในทฤษฎีนี้ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติต่อเพื่อนฝูง ต่อครอบครัวและต่อสังคม กิจกรรมเหล่านี้เมื่อมีการปฏิบัติจะทำให้ผู้สูงอายุยังรู้สึกว่าคุณค่า ตนเองยังเป็นประโยชน์และยังมีบทบาทต่อสังคมอยู่ทุกๆ ที่ภาวะร่างกายทำให้มีการถอยห่างออกจากสังคม ทฤษฎีนี้อธิบายได้ว่าการมีกิจกรรมต่อสังคมของผู้สูงอายุจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิต

4. ทฤษฎีการต่อเนื่อง (Continuity Theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่าผู้สูงอายุยังต้องการแสดงบทบาทในสังคม แม้ว่าสังคมจะมีการเปลี่ยนแปลงไป

5. ทฤษฎีต่างยุค (Age-Stratification Theory) ทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีใหม่ คำนึงถึงบุคคลในฐานะโครงสร้างของสังคม ผู้มีวัยในยุคสังคมต่างกัน ย่อมมีประสบการณ์ต่างกัน ทฤษฎีช่วยให้เข้าใจและนิยามการสูงอายุในบริบทของสังคม วัฒนธรรม เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละยุครวมทั้งความแตกต่างกันในภาคส่วนต่างๆ ของโลก

6. ทฤษฎีการแลกเปลี่ยนทางสังคม (Social Exchange Theory) ทฤษฎีนี้มีพื้นฐานมาจากการพิจารณา Cost-Benefit Model ของการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมและยังมีพื้นฐานมาจากการแลกเปลี่ยนในลักษณะสมดุลในคุณค่าของการแลกเปลี่ยนจะของสถานภาพทางสังคมของผู้แลกเปลี่ยน บทบาทและทักษะของบุคคลอาจใช้เป็นตัวแลกเปลี่ยนในสถานการณ์ที่สังคมนั้นมีความต้องการ เช่น พ่อ แม่มีคุณค่าทำหน้าที่เลี้ยงดูหลานเพื่อตอบแทนให้คนหนุ่มสาวสามารถประกอบภารกิจในชีวิต การงานได้ เป็นต้น

7. ทฤษฎีความทันสมัย (Modernization Theory) ทฤษฎีนี้ได้อธิบายสภาพ สังคมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเทคโนโลยีที่ทันสมัย สังคมและบทบาทของคนมีการเปลี่ยนแปลง ทันสมัยขึ้น ผู้สูงอายุก้าวไม่ทันและถูกมองว่า ไม่มีคุณค่าอย่างไรก็ตามมีผู้ให้สังเกตในทฤษฎีนี้ว่าในบางสังคม เช่น ประเทศญี่ปุ่นซึ่งมีความเจริญมากยังคงไว้ซึ่งการยกย่องนับถือผู้สูงอายุอย่างในอดีต

จากทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุสรุปได้ 3 ศาสตร์ซึ่งแต่ละศาสตร์มองกระบวนการสูงอายุแตกต่างกันโดย

1. ศาสตร์ด้านชีวภาพ มองความสูงอายุ โดยพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างหน้าที่ของเซลล์ที่เปลี่ยนแปลงไป รวมถึงอวัยวะต่างๆ ในร่างกายที่เปลี่ยนแปลง ไม่ว่าจะเป็น การถดถอยของเซลล์ การทำงานของต่อมไร้ท่อลดลง ภูมิคุ้มกันลดลง รวมถึงภาวะเครียด ที่เป็นสาเหตุของความแก่และการสูงอายุ

2. ศาสตร์ด้านจิตวิทยา สรุปได้ว่าผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปโดยพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นเรื่องของปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอกของบุคคล ซึ่งปัจจัยภายในจะเป็นการพัฒนาและปรับตัวของความนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ เป็นต้น ส่วนการศึกษาปัจจัยภายนอก เป็นการเปลี่ยนแปลงของพันธุกรรมของร่างกายกับปฏิสัมพันธ์ที่ร่างกายมีต่อสังคม คือ ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรมและโครงสร้างสังคม ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุจะมีความสุขนั้น ขึ้นอยู่กับภูมิหลังและการพัฒนาทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ เช่น การมีครอบครัวอบอุ่น สภาวะทางอารมณ์มีความรักต่อผู้อื่น มีการค้นหาความรู้สม่ำเสมอ เป็นต้น

3. ศาสตร์ด้านสังคมวิทยา กล่าวถึงบทบาท สัมพันธภาพและการปรับตัวในสังคมของผู้สูงอายุ รวมถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีสถานภาพทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปรวมทั้งพยายามที่จะช่วยแนะนำให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ การเป็นอาสาสมัคร ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจและมีความสุขในชีวิตมากขึ้น ผู้สูงอายุจะมีการลดบทบาทของตนเองลง ยอมรับบทบาทใหม่ๆ ได้ ซึ่งผู้สูงอายุที่มียุคสังคมวัฒนธรรมและเหตุการณ์ต่างกัน ย่อมมีประสบการณ์ต่างกัน

จากทฤษฎีข้างต้นสิ่งที่เห็นได้ชัดในการเป็นผู้สูงอายุคือ การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งในร่างกายของแต่ละคนจะเกิดขึ้นไม่เท่ากัน สำหรับผู้สูงอายุเซลล์ต่างๆ ภายในร่างกายส่วนใหญ่ทำงานลดลงและมีจำนวนน้อยลง ขนาดของเซลล์ที่เหลือจะใหญ่ขึ้นเพราะมีไขมันมาสะสมมากขึ้น แคลเซียม

สลายออกจากกระดูกมากขึ้น ทำให้น้ำหนักกระดูกลดลงและผุ่ย ปริมาณน้ำภายในเซลล์ลดลงแต่ปริมาณน้ำภายนอกเซลล์ยังคงเดิมหรือลดลงเพียงเล็กน้อย จึงทำให้ปริมาณน้ำทั้งหมดในร่างกายลดลง ผู้สูงอายุจึงเกิดภาวะขาดน้ำได้ง่าย (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549) การเปลี่ยนแปลงต่างๆ เหล่านี้มีผลทำให้น้ำหนักของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายลดลงซึ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของแต่ละระบบในร่างกาย (ละเอียด แจ่มจันทร์ และสุรี ชันธรักษ์วงศ์, 2549) ดังนี้

1. ระบบผิวหนัง ผิวหนังของผู้สูงอายุจะเหี่ยว เนื่องจากน้ำและไขมันใต้ผิวหนังลดลงผิวหนังบางลง ความชุ่มชื้น การยืดหยุ่นลดลง ผิวหนังจะแห้งแตกง่าย จึงเกิดแผลได้ง่าย นอกจากนี้ผิวหนังของผู้สูงอายุจะมีความทนทานต่อความร้อนและความเย็นลดลง เนื่องจากการทำงานของตัวรับการกระตุ้นที่ผิวหนังและการไหลเวียนโลหิตลดลง ต่อมเหงื่อมีจำนวนและขนาดลดลงทำให้การขับเหงื่อไม่ดีเท่าที่ควร ผมและขนมีจำนวนน้อยลง สีมจางลงจนกลายเป็นสีขาว ผมร่วงและขาดง่าย เนื่องจากการไหลเวียนโลหิตไปยังปริมณหนังศีรษะลดลง

2. ระบบประสาท เซลล์สมองและเซลล์ประสาทมีจำนวนลดลง ประสิทธิภาพการทำงานของสมองและประสาทอัตโนมัติลดลง ทำให้ความไวต่อความรู้สึกและการตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่างๆ ลดลง การเคลื่อนไหวเชิงซ้ำคิดซ้ำความจำในเรื่องราวใหม่ๆ ไม่ดีเท่ากับเรื่องราวในอดีต ความสามารถในการคำนวณ การคิดวิเคราะห์ลดลง อวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวทำงานไม่สัมพันธ์กันซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านประสาทสัมผัสต่างๆ มีดังนี้

2.1 การมองเห็นลูกตามีขนาดเล็กลง หนึ่งตาตก รูม่านตาเล็กลง ปฏิกิริยาในการตอบสนองต่อแสงของรูม่านตาลดลง ทำให้การปรับตัวต่อที่มืดไม่ดี ความสามารถในการแยกสีแดง ส้ม และเหลือง ดีกว่าสีน้ำเงิน ม่วง และเขียว กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อมลง ทำให้สายตายาวขึ้นมองเห็นภาพใกล้ๆ ไม่ชัดเจน ลานสายตาแคบลง ความไวในการมองตามภาพลดลง ตาแห้งการผลิตน้ำตาลดลง และบางรายอาจมีการอุดตันของท่อน้ำตา

2.2 การได้ยิน การได้ยินลดลง มีการหูตึงเนื่องจากการเสื่อมของหูชั้นใน เยื่อแก้วหูและอวัยวะในหูชั้นกลางแข็งตัวมากขึ้น ทำให้สูญเสียการได้ยินระดับเสียงสูงมากกว่าระดับเสียงต่ำร่างกายจะผลิตซีหูลดลง แต่จะมีการสะสมในช่องหูเพิ่มขึ้น

2.3 การรับรส การรับรสชาติเสียไป เนื่องจากต่อมรับรสที่ลิ้นมีจำนวนลดลงและส่วนที่เหลือมีการฝ่อลีบลง ผู้สูงอายุจะสูญเสียการรับรสบานก่อนรสเปรี้ยว รสขม และรสเค็ม เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารรสเค็มมากขึ้น

2.4 การรับกลิ่น ความสามารถในการจำแนกกลิ่นลดลง เนื่องจากการเสื่อมของเยื่อบุโพรงจมูก ทำให้ผู้สูงอายุไม่รับรู้กลิ่นอาหาร และไม่สามารถจำแนกกลิ่นที่อาจก่อให้เกิดอันตรายได้ เช่น กลิ่นแก๊สรั่ว และไฟไหม้ เป็นต้น

3. ระบบต่อมไร้ท่อ ต่อมใต้สมองเสื่อมหน้าที่ลง การหลั่งฮอร์โมนจึงลดลง เป็นเหตุทำให้ผู้สูงอายุเบื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลีย และรูปร่างผอมลง ต่อมอื่นซึ่งมีหน้าที่สร้างอินซูลินเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในร่างกายให้อยู่ในสภาพสมดุลจะฝ่อลีบลง ทำให้ระดับน้ำตาลของผู้สูงอายุสูงขึ้นมากกว่าคนหนุ่มสาว จึงพบโรคเบาหวานได้มากขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

4. ระบบหัวใจและหลอดเลือด หัวใจมีการหดตัวและการคลายตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง อัตราการเต้นของหัวใจลดลง หลอดเลือดแข็งตัวหนาขึ้นยืดหยุ่นน้อยลงประกอบกับมีแคลเซียมและไขมันมาเกาะหลอดเลือดเพิ่มขึ้น จึงเกิดหลอดเลือดอุดตันได้ง่าย การไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือดหัวใจ

น้อยลงจึงได้รับออกซิเจนน้อยลงไป ร่วมกับการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจมีประสิทธิภาพลดลงจึงพบภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุขึ้นได้

5. ระบบทางเดินหายใจ เนื้อปอดจะมีความยืดหยุ่นลดน้อยลง การหดและขยายตัวไม่ดีเยื่อหุ้มปอดแห้ง ทรวงอกแข็ง เวลาหายใจทรวงอกขยายไม่ดี กล้ามเนื้อทรวงอกก็เสื่อมจึงมีการหายใจลำบาก ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงผู้สูงอายุจะมีโอกาสเกิดโรคปอดได้ง่าย และมักมีอาการหลอดลมอักเสบเรื้อรังและถุงลมโป่งพอง เยื่อจมูกบวม เวลาหายใจต้องหายใจทางปากผู้สูงอายุจึงมีปากแห้งอยู่เสมอ

6. ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ กระดูกเปราะบางและหักง่าย เนื่องจากการสลายของแคลเซียมออกจากกระดูก ความยาวของกระดูกสั้นลงหลังสิ้นลง เพราะหมอนรองกระดูกบางลง ทำให้หลังค่อมกระดูกอ่อนบริเวณข้อต่างๆ บางและเสื่อมลง น้ำในไขข้อลดลง การเคลื่อนไหวของข้อไม่สะดวก ข้อติดแข็ง ปวดตามข้อ ข้ออักเสบและติดเชื้อง่าย เซลล์กล้ามเนื้อในแต่ละมัดลดน้อยลงจากความเสื่อมและมีเยื่อพังผืดเกิดขึ้นแทน ส่งผลให้กล้ามเนื้อหดและออกแรงทำงานหนักไม่ได้ความคล่องแคล่วลดลง การเดิน การเปลี่ยนอิริยาบถเชื่องช้าและเคลื่อนไหวได้ลำบาก

7. ระบบทางเดินอาหาร การย่อยและการดูดซึมอาหาร รวมทั้งการหลั่งน้ำย่อยต่างๆ ลดลงระบบการทำงานของเอนไซม์ลดลง เป็นเหตุให้การย่อย ดูดซึมสารอาหารลดน้อยลงตามไปด้วยการขับถ่ายน้อยลงมีอาการท้องผูก ท้องอืด ทำให้ไม่สบายท้องหลังการรับประทานอาหารซึ่งทำให้เกิดการเบื่ออาหารและความอยากรับประทานอาหารลดลง ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในที่สุด

8. ระบบขับถ่าย ความจุและความตึงตัวของกระเพาะปัสสาวะลดลง กล้ามเนื้อบริเวณอุ้งเชิงกรานและกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังลง ทำให้มีปัสสาวะค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะมากภายหลังการขับปัสสาวะ ทำให้รู้สึกปวดปัสสาวะบ่อย ในเพศชายจะมีปัญหาเรื่องต่อมลูกหมากโต ทำให้มีปัสสาวะขัด ปัสสาวะลำบาก การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง การย่อยการดูดซึมและการเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ไม่ดี ทำให้เกิดภาวะท้องผูกได้ง่ายกล้ามเนื้อหูรูดชั้นนอกที่ทวารหนักหย่อนตัว ทำให้ไม่สามารถกลั้นอุจจาระได้

9. ระบบสืบพันธุ์ ในเพศหญิงรังไข่จะฝ่อเล็กลง ไข่รังไข่ชืดขาวและเย็นมากขึ้น ปีกมดลูกเหี่ยว มดลูกมีขนาดเล็กลง ไม่มีเมือกหล่อลื่น ช่องคลอดแคบและตีบ ความยืดหยุ่นของช่องคลอดลดลง ทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บในระหว่างร่วมเพศ ช่องคลอดมีสภาวะเป็นต่างมากขึ้น ทำให้เกิดการอักเสบและติดเชื้อง่าย อวัยวะเพศภายนอกเหี่ยวยุบ เพราะไขมันใต้ผิวหนังลดลง ในเพศชายลูกอัณฑะจะเหี่ยวเล็กลงและผลิตเชื้ออสุจิได้น้อยลง ขนาดและรูปร่างของเชื้ออสุจิเปลี่ยนแปลงและมีความสามารถในการผสมกับไข่ลดลง แต่ยังสามารถผสมกับไข่ได้จนอายุ 80 ปี ความหนืดของน้ำเชื้อลดลง ไขมันบริเวณใต้หัวเหินาและขนลดลงทั้งสองเพศ

สรุปผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในหลายระบบของร่างกาย ผู้สูงอายุและผู้ใกล้ชิดต้องทำความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อประโยชน์ในการดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข และช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีจนกว่าจะสิ้นอายุขัย

2.2 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ภาวะสุขภาพ คือ การมีสุขภาพที่ดีไม่ใช่แต่ร่างกายเท่านั้นที่แข็งแรง แต่รวมทั้งจิตใจและสังคม นั่นคือ การมีร่างกายที่สมบูรณ์ มีจิตใจที่แจ่มใส ทำตามบทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบของตนเองและ

การมีความสัมพันธ์ที่ดีทั้งกับครอบครัวและผู้อื่น (Orem, 1991 ; Orem, 2001 ; Pender, 2011) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีใหม่ ด้านสุขภาพที่กล่าวว่า คำว่าสุขภาพที่ดีคือการมีคุณภาพ ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม โดยรู้จักที่จะเรียนรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพ หาทางเลือกอื่นในการรักษา ไม่ใช่พึ่งพาแต่เทคโนโลยี (ประเวศ วะสี, 2547) สุขภาพกายของผู้สูงอายุนั้นเป็นเรื่องที่สังเกตง่ายไม่ว่าจะเป็น สายตา ที่เมื่ออายุมากขึ้น สายตาจะยาวออก มองเห็น ไม่ชัดเจน หู มักจะหูหนวกหูตึง การได้ยินจึงไม่ชัดเจน ฟัน ยังมีอายุมากขึ้นโอกาสเกิดฟันผุหรือหลุดนั้นย่อมมีมาก ซึ่งการสูญเสียฟันอาจทำให้ต้องใส่ฟันปลอม ระบบขับถ่าย เสื่อมถอยซึ่งเกิดจากการเสื่อมสภาพของกล้ามเนื้อหูรูด (บรรลุ ศิริพานิช, 2543) เมื่อร่างกายเกิดความเสื่อมถอยย่อมส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุลดลง จากสามารถทำได้ด้วยตนเอง มาเป็นทำได้แต่ต้องใช้คนหรืออุปกรณ์ช่วยหรือไม่ สามารถทำเลย เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานยา รับประทานอาหาร การเดินทางคนเดียว การนั่งยองๆ เป็นต้น (กรมการแพทย์, 2557) สำหรับ สุขภาพทางจิตนั้นเป็นสิ่งที่สังเกตได้ยากกว่าและมีความสำคัญต่อสุขภาพกาย การที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีย่อมส่งผลดีต่อร่างกาย เห็นได้จากเมื่อบุคคลมีสุขภาพจิตที่ไม่ดี มักจะมีอารมณ์เศร้าหมอง กังวล เบื่อหน่าย ท้อแท้ ย่อมส่งผลให้ร่างกายทรุดโทรม เบื่ออาหาร (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554)

การมีสุขภาพที่ดี มีอายุยืนยาวอย่างแข็งแรงในวัยสูงอายุ จะต้องเรียนรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพ โดยต้องมีแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดมาตรฐานผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, ม.ป.ป. อ้างถึงใน นาฏสินี ชัยแก้ว, ณัฐพร ม่วงแดง และพรทิพย์ สิงห์ชัย (2560)) ไว้ 4 ประการ คือ มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ มีฟันใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. มีสุขภาพกายและจิตใจดีตามที่พึงประสงค์

1.1 มีสุขภาพกายที่พึงประสงค์ คือปราศจากประวัติและอาการของโรคต่างๆ ดังนี้

1.1.1 โรคที่สามารถควบคุมได้ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา

1.1.1.1 หัวใจขาดเลือด

1.1.1.2 โรคมะเร็ง

1.1.1.3 โรคเส้นเลือดในสมองอุดตัน

1.1.1.4 โรคข้อเสื่อม

1.1.1.5 โรคเอดส์

1.1.1.6 วัณโรค

1.1.2 โรคที่สามารถควบคุมได้ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา

1.1.2.1 โรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมได้ ให้อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่า 150/90 mm/hg

1.1.2.1 โรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ให้อยู่ระดับต่ำกว่า 150 mg

1.2 สุขภาพจิต เกณฑ์สุขภาพด้านจิตใจ

1.2.1 เข้าร่วมกิจกรรมกับครอบครัวและหรือเพื่อนบ้านเป็นประจำ

1.2.2 ไม่มี หรือมีปัญหาด้านอารมณ์และจิตที่ไม่ต้องปรึกษาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่
สาธารณสุข

1.2.3 รู้สึกว่าตนเองมีค่า (รู้ด้วยตัวเอง)

1.2.4 รู้สึกว่าตนเองไม่ได้ถูกทอดทิ้ง

ตั้งเกณฑ์ (ไม่จำกัดว่าจะขาดข้อใดข้อหนึ่งใน 4 ข้อ)

4 ดีมาก

3 ดี

2 พอใช้

1 ไม่พอใช้

นอกจากนี้กรมสุขภาพจิต (2559) มีแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) มีข้อคำถาม
2 ข้อ ดังนี้

ข้อที่ 1 ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง หรือไม่

ข้อที่ 2 ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่

เกณฑ์การประเมินถ้าตอบ “ไม่มี” ทั้ง 2 ข้อ ถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า

ถ้าคำตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใดๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง
“เป็นผู้มีความเสี่ยง” หรือ “มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า”

2. มีฟันการที่ใช้งานได้น้อย 20 ซี่ ฟันการที่ใช้งานได้ คือฟันที่อยู่ในสภาพดีสามารถใช้งาน
ได้และไม่เป็นโรคจนไม่สามารถเก็บรักษาได้ ได้แก่

2.1 ตัวฟันต้องไม่เหลือน้อยจนไม่สามารถบูรณะใช้งานได้

2.2 ฟันต้องไม่ผุลุกลามทะลุโพรงประสาทฟัน จนไม่สามารถรักษาลงรากฟัน

2.3 ฟันต้องไม่ผุจนเหลือแต่ราก

2.4 ฟันต้องไม่โยกจากโรคปริทันต์จนเก็บรักษาไว้ไม่ได้

3. ดัชนีมวลกาย นิยม ดัชนีมวลกาย (Body mass index: BMI) เป็นมาตรการที่ใช้ประเมินภาวะ
อ้วน ผอมในผู้ใหญ่ ตั้งแต่อายุ 20 ปีขึ้นไป ทุกคนสามารถกระทำได้ด้วยตนเอง โดยการ ชั่งน้ำหนักตัว
เป็นกิโลกรัมและวัดส่วนสูงเป็นเมตร และนำมาคำนวณดัชนีมวลกาย ดังนั้น ดัชนีมวลกายจึงมีหน่วยเป็น
กิโลกรัม/ตารางเมตร (กก./ม²)

โดยสามารถแปลผลค่า BMI ได้ดังนี้

ค่า BMI < 18.5	แสดงถึง	อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักน้อยหรือผอม
ค่า BMI 18.5 – 22.90	แสดงถึง	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
ค่า BMI 23 – 24.90	แสดงถึง	น้ำหนักเกิน
ค่า BMI 25 – 29.90	แสดงถึง	โรคอ้วน
ค่า BMI 30 ขึ้นไป	แสดงถึง	โรคอ้วนอันตราย

นอกจากนี้ สำนักผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2559) ได้มีสมุดบันทึกสุขภาพ
ผู้สูงอายุ ที่ผู้สูงอายุสามารถประเมินพฤติกรรมสุขภาพและสภาวะสุขภาพด้วยตนเอง และประเมินโดย
อาสาสมัครที่ผ่านการอบรมหรือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ดังนี้

การประเมินด้วยตนเองหรือครอบครัว

การประเมินพฤติกรรมบริโภคอาหาร สอบถามความถี่ของการปฏิบัติ ประกอบด้วย 20 ข้อ ดังนี้

1. กินอาหารครบ 5 หมู่
2. กินอาหารหลากหลาย,ไม่ซ้ำซาก
3. กินข้าวซ้อมมือหรือข้าวกล้อง
4. กินผัก
5. กินผลไม้
6. กินปลา
7. กินเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน
8. ดื่มนม
9. กินอาหารที่ปรุงสุกใหม่
10. ล้างมือทุกครั้งก่อนกินอาหาร
11. ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และวัดเส้นรอบเอว
12. ตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
13. กินอาหารที่มีไขมันหรือน้ำมัน
14. กินอาหารประเภททอดและผัด
15. กินอาหารประเภทที่มีรสหวาน
16. ดื่มน้ำอัดลม หรือเครื่องดื่มที่มีรสหวาน
17. เติมน้ำตาลทุกครั้งที่ยากินอาหาร
18. กินอาหารรสเค็ม
19. เติมน้ำปลาหรือเกลือทุกครั้งที่ยากินอาหาร
20. กินอาหารที่ใส่สีผสมธรรมชาติ

โดย 1. พฤติกรรมการกินตามข้อ 1 - 12 เป็นพฤติกรรมที่ดี ต้องปฏิบัติเป็นประจำ ส่วนพฤติกรรมการกินตามข้อ 13 - 20 เป็นพฤติกรรมที่จะต้องปรับปรุง ต้องไม่ปฏิบัติเลย

การคัดกรองภาวะกลั้นปัสสาวะ เป็นการประเมินตนเองดูว่า มีภาวะ “ปัสสาวะเล็ด” หรือ “ปัสสาวะรด” จนทำให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน หากมีควรไปพบแพทย์

การประเมินปัญหาการนอน เป็นการประเมินปัญหา นอนไม่หลับ นอนมากไป นอนกรน นอนละเมอ หรืออื่นๆ รวมถึงระยะเวลาการนอน และอาการง่วงนอนตอนกลางวัน

การตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง ควรทำเป็นกิจวัตรหลังแปรงฟันเสร็จแล้ว โดยอ้าปากส่องกระจกในที่แสงสว่างเพียงพอ และอาจใช้กระจกเงาบานเล็กๆ ช่วยสะท้อนในปากตรงบางมุมที่ยาก โดยตรวจ 4 ข้อดังนี้

1. แปรงฟันได้สะอาดทั่วถึงหรือไม่ ยังมีเศษอาหาร คราบจุลินทรีย์ (ขี้ฟัน) ตกค้างหรือไม่
2. ตัวฟันและรากฟัน มีลักษณะผิดปกติ มีรอยดำ เป็นรูผุสี เป็นหลุมหรือไม่
3. เหงือกมีการอักเสบ บวมแดง ขอบเหงือกมีหินปูน หรือฟันโยกหรือไม่
4. มีแผล หรือก้อนทึบ บริเวณเหงือก ข้างแก้ม เพดาน ลิ้น ริมฝีปาก นานมากกว่า 2 สัปดาห์ หรือไม่

การตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีวิธีการตรวจเต้านม ดังนี้

ขั้นที่ 1 ดูด้วยตา (Look for Change) ยืนส่องกระจก

1.1 ปล่อยแขนข้างลำตัวตามสบาย ดูว่าเต้านมทั้งสองข้างมีการเปลี่ยนแปลงจากปกติหรือไม่ และหัวนมมีการเปลี่ยนสีหรือมีของเหลวออกจากหัวนมหรือไม่

1.2 ยกมือขึ้นเหนือศีรษะ เพื่อดูด้านหน้าและด้านข้างของเต้านมว่ามีความผิดปกติ เช่น รอยยุบหรือรอยบวมหรือไม่

1.3 เอามือเท้าเอว ยืนตรงเกร็งหน้าอก โค้งตัวมาข้างหน้า ปล่อยแขนตามสบาย สังเกตการเปลี่ยนแปลงของเต้านมในท่ายืนตรง ในท่าโค้งตัวดูเต้านมที่ห้อยมาข้างหน้าว่าผิดปกติหรือไม่ และหัวนมบิดเบี้ยวหรือไม่

ขั้นที่ 2 แล้วคลำด้วยมือ (Feel for Change) นอนหงายในท่าสบาย

2.1 สอดฝ่าขนหนูม้วนใต้ไหล่ข้างที่จะตรวจโดยให้แขนตั้งฉากกับไหล่

2.2 ใช้กึ่งกลางนิ้วส่วนบน 3 นิ้ว (นิ้วชี้ นิ้วกลาง นิ้วก้อย) กดเป็นวงกลมขนาดเท่าเหรียญสิบบาทแล้วเคลื่อนนิ้วให้ทั่วบริเวณเต้านม โดยไม่ยกนิ้ว โดยกด 3 ระดับ คือ เบา กลาง หนัก คลำจากบริเวณใต้ราวนมจนถึงกระดูกไหปลาร้าในแนวขึ้นลงจนทั่วบริเวณ เต้านมถึงบริเวณใต้ท้องแขนโดยใช้วิธีเคลื่อนนิ้วเช่นเดียวกัน

2.3 ตรวจเต้านมอีกข้างในแบบเดียวกัน หากตรวจแล้วมีข้อสงสัยโปรดไปพบ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

การประเมินอาการเตือนของโรคมะเร็ง เป็นการประเมิน สัญญาณอันตราย 7 ประการ ของมะเร็ง ดังนี้

1. การมีแผลเรื้อรัง นานเกินกว่า 2 สัปดาห์
2. การมีตุ่ม ไต ก้อนแข็ง เกิดขึ้นในที่ปกติไม่ควรมี โดยเฉพาะที่เต้านม ในช่องท้อง บริเวณคอ รักแร้ ขาหนีบ
3. มีอาการผิดปกติเรื้อรังของระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องอืด ท้องเฟ้อ กลืนอาหารไม่ลง ท้องผูกสลับกับท้องเสียอยู่เรื่อย ถ่ายเป็นมูกปนเลือดเรื้อรัง
4. มีอาการไอเรื้อรังโดยหาสาเหตุไม่ได้ หรือเสียงแหบแห้งอยู่นาน
5. มีการเปลี่ยนแปลงของหูด ฝ้า ปาน ที่เคยมีอยู่ก่อน เช่น เปลี่ยนสีไปจากเดิม หรือมีขนาดที่โตขึ้นผิดปกติ
6. มีอาการผิดปกติของประจำเดือนในผู้หญิง เช่น มีประจำเดือนกะปริดกะปรอย
7. มีน้ำเหลืองหรือเลือดหรือสิ่งผิดปกติอื่นๆ ออกจากตา หู จมูก เต้านม ช่องคลอด ทวารหนัก

การประเมินด้วยอาสาสมัคร หรือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) จำนวน 10 ข้อ ดังนี้

1. รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสารไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า
 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นเล็กลงไว้ล่วงหน้า
 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ
2. ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา

0. ต้องการความช่วยเหลือ
 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
3. ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้
 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
 3. ทำได้เอง
4. 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 หรือต้องให้คนสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง
6. การสวมใส่เสื้อผ้า
 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย
 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น
 0. ไม่สามารถทำได้
 1. ต้องการคนช่วย
 2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)
8. การอาบน้ำ
 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
 1. อาบน้ำเองได้
9. การกลั่นกรองถ่ายอุจจาระในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)

2. กลับได้เป็นปกติ
10. การกลับปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
 0. กลับไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
 1. กลับไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
 2. กลับได้เป็นปกติ

ผลการประเมิน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัด หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 -4 คะแนน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2559) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายความว่า ผู้สูงอายุหรือบุคคลอื่นที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง

กลุ่มที่ 2 เหมือนกลุ่มที่ 1 แต่มีภาวะสับสนทางสมอง

กลุ่มที่ 3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง

กลุ่มที่ 4 เหมือนกลุ่มที่ 3 และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2553) การส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม ด้านสุขภาพและด้านสังคม ดังนี้

1. กลุ่มที่พึ่งตนเองได้ เป้าประสงค์ได้แก่การสนับสนุนการพึ่งตนเอง สนับสนุนคลังสมองและพัฒนาศักยภาพชุมชนผู้สูงอายุ รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้ที่เกี่ยวข้องจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ทั้งการตรวจสุขภาพประจำปี การส่งเสริมสุขภาพ ส่งเสริมจิตอาสาและพัฒนาความเข้มแข็งของคลังสมองในชุมชนผู้สูงอายุ

2. ผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้บ้าง กิจกรรมที่ควรได้รับได้แก่ การตรวจสุขภาพประจำปี การเยี่ยมบ้านการดูแลที่บ้าน การส่งเสริมสุขภาพเฉพาะโรคและการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวชุมชน วัด และชุมชน เพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพสุขภาพผู้สูงอายุ การเพิ่มศักยภาพภาคีเครือข่าย และบริการความสัมพันธ์ภาคีเครือข่าย

3. ผู้สูงอายุที่พึ่งพิงผู้อื่น ยังคงจุดมุ่งหมายของการพัฒนาระบบบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และการเพิ่มศักยภาพและการผลิตพัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรมเนื่องจากยังมีช่องว่างแห่งความรู้ที่ต้องศึกษาอีกมาก สำหรับกิจกรรมสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุที่พึ่งพาผู้อื่น ได้แก่ การประเมินพฤติกรรมสุขภาพและการตรวจสุขภาพประจำปี การเยี่ยมบ้าน การดูแลที่บ้าน การส่งเสริม

สุขภาพเฉพาะโรค การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุรูปแบบฟื้นฟูสภาพในชุมชน และรูปแบบสถาน
บริหารในชุมชน

การประเมินภาวะหกล้ม

ให้ผู้สูงอายุลุกขึ้นจากเก้าอี้ที่มีที่เท้าแขนและจับเวลาโดยให้เดินเป็นเส้นตรงระยะทาง 3 เมตร
หมุนตัวและเดินกลับมานั่งที่เดิม โดยมีเกณฑ์การตัดสิน ดังนี้

- ผู้สูงอายุใช้เวลาในการเดินน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 วินาที ถือว่า ปกติ
- ผู้สูงอายุใช้เวลาในการเดินตั้งแต่ 30 วินาทีขึ้นไป ถือว่า มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม ควร

ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ และป้องกันภาวะหกล้ม

การประเมินข้อเข่าเสื่อม

เป็นการประเมินลักษณะอาการ แล้วให้คะแนน 4 (ไม่มีปัญหา/อาการ) – 0 (มีอาการ) ดังนี้

1. ลักษณะอาการเจ็บปวดเข่า
2. มีปัญหาเรื่องเข่าในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองหรือไม่เช่น การยืนอาบน้ำ เป็น
ต้น

3. มีปัญหาเรื่องเข่า เมื่อก้าวขึ้นลงรถ หรือรถประจำทาง
4. ระยะเวลาานานเท่าไรที่ท่านเดินได้มากที่สุดก่อนที่จะมีอาการปวดเข่า
5. อาการเข่าหลังทานอาหารเสร็จ ในขณะที่ลุกจากเก้าอี้
6. เดินโยกตัว (เดินกระเผลกกระเผลก) เพราะอาการที่เกิดจากเข่า
7. สามารถนั่งลงคุกเข่าและลุกขึ้นได้
8. มีปัญหาปวดเข่า ในขณะที่นอนกลางคืน
9. มีอาการปวดเข่าขณะทำงาน/ทำงานบ้าน
10. มีความรู้สึกลัวว่าเข่าของท่านทรุดลงทันทีหรือหมดแรงทันทีจนตัวทรุดลง
11. สามารถไปซื้อของใช้ต่างๆ ได้ด้วยตัวเอง
12. สามารถเดินลงบันไดได้

ผลการประเมิน

- เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรง (0 – 19 คะแนน) ควรรับการรักษาจาก
ศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกระดูกและข้อทันที

- มีอาการโรคข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลาง (20 – 29 คะแนน) ควรปรึกษา
ศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกระดูกและข้อเพื่อรับการตรวจรักษา

- เริ่มมีอาการข้อเข่าเสื่อม (30 – 39 คะแนน) ควรได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทาง
การแพทย์และการทำกิจกรรมอย่างเหมาะสมยังไม่พบอาการผิดปกติ (40 – 48 คะแนน) ควรตรวจ
ร่างกายเป็นประจำทุกปี

การประเมินภาวะสมองเสื่อม

เป็นการประเมินสมรรถภาพสมองด้านการรับรู้และความจำสำหรับผู้สูงอายุไทยที่ไม่มีปัญหาด้าน
การสื่อสาร โดยให้ผู้สูงอายุดูภาพ รถยนต์ เสือ เก้าอี้ แล้วพูดทวนชื่อสิ่งของทั้ง 3 คือ รถยนต์ เสือ
เก้าอี้ เพียง 1 ครั้ง และให้ผู้สูงอายุจำของ 3 สิ่งไว้ เพราะสักครู่ผู้ประเมินจะกลับมาถามใหม่

ข้อคำถาม

1. ให้ผู้สูงอายุคำนวณ 20 – 3 ไปเรื่อยๆ 3 ครั้ง (ในแต่ละครั้งที่ตอบถูกใช้เวลาคิดในแต่ละช่วงคำตอบไม่เกิน 1 นาที หลังจบคำถาม) ถ้าผู้สูงอายุตอบคำถามที่ 1 ไม่ได้ ให้ตั้งเลข ต่อไปคือ 17 – 3 จากนั้นให้คำนวณในครั้งต่อไป ตามลำดับให้เลขไปเรื่อยๆ จนครบ 1 นาที

2. ให้กลับมาถามถึงสิ่งของ 3 อย่างที่ฝากให้จำในครั้งแรก (ต้องไม่ให้เห็นภาพ เพราะต้องการทดสอบเรื่องความจำของผู้สูงอายุ และต้องพูดถูกทั้ง 3 ภาพ ห้ามขาดภาพใดภาพหนึ่ง โดยอาจไม่เรียงลำดับของภาพก็ได้ จึงจะถือว่าผู้สูงอายุตอบได้ถูกต้อง)

การแปลผล ตอบถูกทั้ง 2 ข้อ ถือว่าปกติ กรณีที่ผิด 1 หรือ 2 ข้อ อาจมีปัญหาเรื่องความจำ ให้ส่งต่อ รพ.สต. โรงพยาบาล หรือสถานบริการของรัฐ

นอกจากนี้ยังมีการประเมินสภาพสมอง : Abbreviated Mental Test (AMT) กรมสุขภาพจิต (2559) มีข้อคำถามดังนี้

1. อายุเท่าไร
2. ขณะนี้เวลาอะไร
3. ที่อยู่ปัจจุบันของท่านคือ
4. ปีนี้ ปีอะไร
5. สถานที่ตรงนี้เรียกว่า
6. คนนี้ (คนถาม) คือใคร และคนใกล้ๆ (ญาติ) คือใคร
7. วันเดือนปีเกิด ของท่านคือ
8. เหตุการณ์ 14 ตุลา หรือวันมหาวิปโยค เกิด พ.ศ. อะไร
9. พระมหากษัตริย์องค์ปัจจุบันมีพระนามว่าอะไร
10. ให้นับถอยหลัง 20 จนถึง 1

การพิจารณา รู้คิดปกติ (ตอบถูก ตั้งแต่ 8 ข้อขึ้นไป) และรู้คิดผิดปกติ (ตอบถูก <7 ข้อ)

การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มีวิธีการประเมิน

1. เลือกตารางว่าเป็นโรคเบาหวานหรือไม่
2. เลือกเพศชาย หรือหญิง
3. เลือกการสูบบุหรี่ ว่าสูบหรือไม่สูบ
4. เลือกช่วงอายุ
5. เลือกค่า systolic blood pressure
6. ค่า cholesterol



ภาพที่ 1 ตารางประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

การแปลผลระดับโอกาสเสี่ยง

แถบสีจะบอกถึงโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) และโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต (stroke) ใน 10 ปี ข้างหน้า

สีเขียว	< 10%	ต่ำ
สีเหลือง	10-< 20%	ปานกลาง
สีส้ม	20-< 30%	สูง
สีแดง	30-< 40%	สูงมาก
สีแดงเข้ม	> 40%	สูงอันตราย

การคัดกรองสุขภาพทางตา

เป็นการคัดกรองปัญหาการมองเห็น (ระยะไกล-ใกล้) ที่มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันและลักษณะการมองเห็นผิดปกติที่เป็นปัญหาและพบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ ต้อกระจก ต้อหิน และจอตาเสื่อมเนื่องจากอายุ

1. นับนิ้วในระยะ 3 เมตรได้ถูกต้องน้อยกว่า 3 ใน 4 ครั้ง
2. อ่านหนังสือพิมพ์หน้าหนึ่งในระยะ 1 ฟุตไม่ได้
3. ปิดตาดูที่ละข้างพบว่า ตามัว คล้ายมี หมอกบัง
4. ปิดตาดูที่ละข้างพบว่า มองเห็นชัดแต่ตรงกลาง ไม่เห็นรอบข้าง หรือมักเดินชนประตู
สิ่งของบ่อยๆ
5. ปิดตาดูที่ละข้างพบว่ามองเห็นจุดดำกลางภาพหรือเห็นภาพบิดเบี้ยว

การพิจารณา ถ้าตอบ “ใช่” ข้อใดข้อหนึ่งแสดงว่า มีปัญหาการมองเห็นส่งต่อบุคลากรทางสุขภาพเพื่อทำการประเมินด้วยแผ่นป้ายสเนลเลน (Snellen Chart) หรือส่งต่อแพทย์ตรวจวินิจฉัยเพื่อยืนยันผลและทำการรักษา

การศึกษาครั้งนี้ ศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ประเมินโดยการประเมินด้วยอาสาสมัคร หรือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่ ประกอบด้วยความสามารถในการประกอบกิจวัตร ภาวะฟังฟัง ภาวะการมองเห็น ภาวะสมองเสื่อม ภาวะโภชนาการ ภาวะอ้วนลงพุง ภาวะซึมเศร้า และภาวะการหกล้ม

2.3 พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

พฤติกรรมสุขภาพเป็นการกระทำที่มุ่งเพิ่มระดับความผาสุก และความสำเร็จของบุคคล และกลุ่ม โดยมุ่งที่การใช้ความพยายามปฏิบัติหรือให้เกิดสุขภาพดีและมีความผาสุกยิ่งขึ้น ผลลัพธ์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี คือ จำกัดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ลดอัตราการตายและรอดชีวิตเพิ่มขึ้น ลดความเจ็บป่วยรวมทั้งความพิการที่จะเกิดขึ้น และเพิ่มคุณภาพชีวิตร่วมกับการมีชีวิตที่ยืนยาว (วนิดา ดวงสงค์, 2550) พฤติกรรมสุขภาพเป็นกลวิธีหลักในการลดอัตราการความเจ็บป่วย ทำให้มีภาวะสุขภาพที่ดีตลอดจนป้องกันการเจ็บป่วย (Walker S.N. and others, 1988)

อรชร โททวี (2548) ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่า หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลกระทำหรือปฏิบัติด้วยตนเองจนเป็นลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยมีเป้าหมายเพื่อ ส่งเสริมสุขภาพ ผดุงรักษาภาวะสุขภาพและการป้องกันโรค ทำให้ตนเองมีสุขภาพแข็งแรงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วยพฤติกรรม 4 ด้าน คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมกาปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย และพฤติกรรมกาจัดการความเครียด

ทรรศณีย์ โกศยทิพย์ (2553) ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่า หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ ปราศจากการเจ็บป่วยและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข กระทำจนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด

ธาริณี กาญจนวัลย์ (2551) พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติตนของบุคคลนั้นๆ ที่ทำให้ตนเองมีสุขภาพดี แข็งแรงและหลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ เพื่อให้ปราศจากความเจ็บป่วยและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

เพนเดอร์ (Pender. 1996) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลตามแนวทางของตนเอง เพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของตนไว้

พฤติกรรมสุขภาพตามแนวความคิดของ เพนเดอร์ (Pender, 2006) ได้แบ่งด้านออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้

1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ
2. ด้านการออกกำลังกาย
3. ด้านโภชนาการ
4. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล
5. ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ

6. ด้านการจัดการกับความเครียด

ธนวรรณ อัมสมบุญ, (2528) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ 2 นัยยะ คือ

1. พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพทั้งของตนเอง ครอบครัว และสังคม สิ่งแวดล้อม

2. พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะที่เจ็บป่วยหรือรู้สึกว่าเป็นโรคของตนเอง เจ็บป่วย กล่าวโดยสรุปคือ สำคัญในความหมายของคำว่า พฤติกรรมสุขภาพ มีอย่างน้อย 2 ประการ คือ

2.1 เป็นการกระทำของมนุษย์ เพื่อส่งเสริมและป้องกันโรคในระดับที่มนุษย์มีสุขภาพอนามัยที่ดี ไม่มีอาการเจ็บป่วยได้ง่าย

2.2 เป็นการกระทำของมนุษย์ที่อยู่ในสภาวะของความเจ็บป่วยที่มุ่งค้นหาสาเหตุของการเจ็บไข้ได้ป่วย เพื่อที่จะทำการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพให้หายหรือบรรเทาจากการเป็นโรค ซึ่งในที่นี้ขึ้นอยู่กับความรู้และมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง

โอเร็ม (Orem, 1991 อ้างถึงใน นลินี มิ่งมณี. 2549) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง เมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปถึงขีดสูงสุด การที่บุคคลจะสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมนั้น ต้องริเริ่มและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. มีความชำนาญ ความรู้ และความรับผิดชอบในตนเอง
2. มีแรงจูงใจที่จะกระทำและความพยายามอย่างต่อเนื่องจนได้รับผลสำเร็จ
3. ให้ความสำคัญกับการมีสุขภาพที่ดี
4. รับรู้ว่าการดูแลตนเอง ช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้
5. ทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอโดยลืมน้อยที่สุด จนบรรลุผลสำเร็จตามต้องการ
6. มีกำลังใจและความตั้งใจสูง ตั้งแต่ริเริ่มกระทำจนกระทั่งเสร็จสิ้น

ประภาพร สุวรรณ และสรวง สุวรรณ, (2534) ได้กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) หมายถึงกิจกรรมต่างๆ ของร่างกายที่แสดงออกมาเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอก (Covert and overt behavior) ที่คาดหวังให้บุคคลนั้นมีสุขภาพอนามัยที่ดี ไม่เป็นโรคหรืออยู่ในสภาวะที่ไม่ทำให้เกิดโรคได้ง่าย ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพนั้นจะเป็นกิจกรรมที่สังเกตเห็นได้หรือไม่สามารถสังเกตเห็นได้แต่สามารถวินิจฉัยได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ มีหรือไม่มี โดยใช้วิธีการหรือเครื่องมือทางด้านจิตวิทยา ปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติของบุคคล

สมจิต หนูเจริญกุล (2537) กล่าวว่า การดูแลตนเอง เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตของบุคคล ที่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมได้ด้วยตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion)
2. การป้องกันโรค (Disease prevention)
3. การบำบัดรักษาด้วยตนเอง (Self treatment)
4. การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ (Rehabilitation) การหลังการเจ็บป่วย

นอกจากนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) ยังได้กล่าวอีกว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสามารถแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ

ลักษณะที่ 1 การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ (Universal Self Care)

1. คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ อาหารที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายและไม่เกิดโทษ
2. คงไว้ซึ่งการขับถ่ายของเสียให้เป็นไปตามปกติและสม่ำเสมอ
3. คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรม และการพักผ่อนร่างกาย
4. คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นโดยในบางครั้งมนุษย์ก็ต้องการความเป็นส่วนตัว อยากอยู่คนเดียว และจะทำอะไรด้วยความสามารถของตนเองบ้าง ส่วนความสัมพันธ์กับผู้อื่น รู้จักการสร้างมิตร ให้ความรักเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน มีความผูกพันกับคนรอบข้าง
5. ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ มีส่วนร่วมการป้องกันแก้ไขปัญหาต่างๆ ในสังคมและผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม
6. ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการ ให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตน รู้จักพัฒนาและรักษาบุคลิกภาพที่ดีของตนเอง

ลักษณะที่ 2 การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self Care) เป็นการดูแลตนเองโดยทั่วไป ที่ดัดแปลงให้มีลักษณะเฉพาะกับระดับพัฒนาการหรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างระยะของวงจรชีวิต ได้แก่

1. พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่ภาวะ
2. ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยขจัดผลที่เกิดจากการไม่ได้รับการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางสังคม ความเจ็บปวด ความพิการ การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต

ลักษณะที่ 3 การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะเจ็บป่วย หรือมีการพิการเกิดขึ้น (Health Deviation Self Care) ความต้องการของบุคคลในรณะนี้ คือ

1. ความช่วยเหลือและแสวงหาช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น แพทย์
2. รับรู้ สนใจ เกี่ยวกับความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเอง
3. ยอมรับและปฏิบัติตามแผนการรักษาความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่
4. รับรู้ถึงข้อดีข้อเสียการแทรกซ้อน หรือผลจากการบำบัดรักษาที่ได้รับ
5. ทำใจหรือยอมรับได้ว่าตนเองสุขภาพผดถอย และสามารถที่จะเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่เท่าที่ศักยภาพของตนเองจะเป็นไปได้

ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งได้ 3 ประเภท คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลในการป้องกันโรค
2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีร่างกายมีอาการผิดปกติหรือเมื่อมีอาการเจ็บป่วย
3. พฤติกรรมบทบาทของการเจ็บป่วย หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากได้ทราบผลการวินิจฉัยโรคนี้

เฉลิมพล ต้นสกุล (2541) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. พฤติกรรมที่พึงประสงค์ หรือพฤติกรรมเชิงบวก (Positive Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้ว ส่งผลดีต่อสุขภาพของตนเอง เป็นพฤติกรรมที่ควรส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติต่อไป และเพิ่มความถี่ขึ้น เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ การแปรงฟัน เป็นต้น

2. พฤติกรรมที่ไม่พึงปฏิบัติ หรือพฤติกรรมเชิงลบ (Negative Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้ว จะส่งผลเสียต่อสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่ไม่ถึงประสงค์ เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารจำพวกแป้ง ไขมันมากเกินไปจนความจำเป็น การบริโภคอาหารที่ปรุงไม่สุก เป็นต้น

องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 พฤติกรรม ดังนี้

1. พฤติกรรมสุขภาพที่แสดงออกในรูปของการดูแลแก้ไขปัญา เมื่อตนเองหรือบุคคลในครอบครัว เจ็บป่วยเรียกว่า พฤติกรรมเจ็บป่วย เช่น การรับรู้ เมื่อคนในครอบครัวเจ็บป่วยการแสวงหาการรักษา การดูแลพึ่งพาเมื่อเจ็บป่วย

2. พฤติกรรมสุขภาพที่แสดงออกในรูปของการป้องกันตนเองหรือบุคคลอื่นมิให้เจ็บป่วย เรียกว่า พฤติกรรมการป้องกันโรค

3. พฤติกรรมสุขภาพที่แสดงออกในรูปของการกระทำหรือการปฏิบัติร่วมกับบุคคลอื่นๆ ในชุมชน เพื่อการแก้ปัญหาสาธารณสุขของชุมชนร่วมกัน เรียกว่า พฤติกรรมการมีส่วนร่วม

พฤติกรรมสุขภาพมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย และมีแนวทางการปฏิบัติที่แตกต่างกัน โดยมีอิทธิพลจากองค์ประกอบ 5 องค์ประกอบ คือ

องค์ประกอบที่ 1 องค์ประกอบด้านจิตวิทยา เป็นองค์ประกอบที่อยู่ภายในจิตใจของบุคคล ที่มีผลต่อการเกิดและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติประกอบด้วยวุฒิภาวะ ด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ ประกอบด้วยวุฒิภาวะ การรับรู้ ความต้องการ ความคับข้องใจ องค์ประกอบด้านนี้มีอยู่ในบุคคลทุกคน แต่จะแตกต่างกันไปตามลักษณะความมากน้อย สิ่งเหล่านี้ล้วนมีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมของบุคคลทั้งในยามปกติและเจ็บป่วย

องค์ประกอบที่ 2 องค์ประกอบด้านสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มบุคคลในสังคม สภาพสังคม วัฒนธรรมและศาสนา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนแต่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้การพัฒนาคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติทางด้านสุขภาพของบุคคล

1. ครอบครัว พฤติกรรมสุขภาพบางอย่างมีอิทธิพลมาจากครอบครัว บางครอบครัวปลูกฝังในเรื่องการรับประทานอาหารบางอย่าง และไม่รับประทานอาหารบางอย่าง เช่น ไม่รับประทานเนื้อสัตว์ ไม่รับประทานผัก หรือรับประทาน สุกๆ ดิบๆ และพฤติกรรมปฏิบัติด้านอื่นๆ เช่น การนอน การพักผ่อน การออกกำลังกาย เป็นต้น การปฏิบัติของบิดา มารดา จะมีผลอย่างมากต่อพฤติกรรมสุขภาพสมาชิกในครอบครัว

2. กลุ่มบุคคลในสังคม มีอิทธิพลต่อสุขภาพได้มา ในกลุ่มเด็กที่มีอายุรุ่นราวคราวเดียวกัน มักจะมีความคิด ความเชื่อ ปฏิบัติคล้ายๆกัน โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น พฤติกรรมที่ยึดถือมีทั้งผลดีและผลเสียต่อสุขภาพ อิทธิพลของกลุ่มจะมีมากมีน้อย ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ภาพ หรือการยึดถือของกลุ่ม มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทั้งในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติมากขึ้นเท่านั้น

3. สภาพทางสังคม ได้แก่ สภาพทางสังคมที่แตกต่างกัน ได้แก่ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา ระดับเศรษฐกิจ ของแต่ละบุคคลที่มีต่อสภาพสังคมที่แตกต่างกัน ย่อมทำให้พฤติกรรมสุขภาพแตกต่าง

กันด้วย เช่น บุคคลที่มีตำแหน่งการงานสูงในชุมชน มักจะมีความรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรค และการรักษาโรคดีกว่าคนทั่วไป

4. วัฒนธรรม วัฒนธรรมแสดงออกวิถีชีวิตของมนุษย์ในสังคม วัฒนธรรมของแต่ละกลุ่มมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพนี้มีหลายอย่าง เช่น ชาวเขาไม่นิยมอาบน้ำเพราะกลัวเครื่องแต่งกายเครื่องประดับเก่าเร็ว การงดของแสลง ประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือไม่ให้กินข้าวมากงดอาหารปกติทุกชนิดในคนป่วย ข้อห้ามเหล่านี้มีผลเสียต่อสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

5. ศาสนา มีอิทธิพลอย่างมากต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน คำสอนพุทธศาสนาที่กล่าวถึง การรับประทานอาหารแต่พอสมควร ไม่ให้น้อยเกินไป หรืออ้วนเกินไป ข้อปฏิบัติศาสนาอิสลามก่อนทำละหมาด ต้องมีการชำระล้างร่างกายให้สะอาด จะเห็นว่าคำสอนและข้อปฏิบัติมีผลดีต่อสุขภาพ

องค์ประกอบที่ 3 องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจ เศรษฐกิจของประชาชนมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาซึ่งขณะเดียวกันก็มีผลต่อสุขภาพด้วย เศรษฐกิจของประชาชนไม่ดีมักจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องกับสุขภาพ ในทางตรงกันข้าม ถ้าเศรษฐกิจของประชาชนดี โอกาสจะได้รับการศึกษาที่จะมีมาก การศึกษาช่วยให้บุคคลมีความรู้ และการปฏิบัติสุขภาพที่ถูกต้องซึ่งมีผลให้เขามีสุขภาพดี

องค์ประกอบที่ 4 องค์ประกอบด้านการศึกษาที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ การศึกษาของประชาชนแตกต่างกัน มีผลต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางสุขภาพของประชาชน ประชาชนมีการศึกษาดำ มักจะมีความรู้เจตคติ และการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องกว่าประชาชนที่มีการศึกษาสูง

องค์ประกอบที่ 5 องค์ประกอบทางการเมือง นโยบายทางการเมืองของประเทศ มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ทั้งด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เพราะนโยบายของประเทศจะชี้ให้เห็นว่าจำนวนและความเพียงพอของการบริการ การรักษาพยาบาล กิจกรรมทางสุขภาพที่จัดให้กับประชาชนกฎหมาย หรือข้อบังคับจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพบางอย่าง (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2534)

จากแนวคิดที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุนั้น จะสะท้อนให้เห็นถึงการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ซึ่งจะแสดงออกมาให้เห็นทางสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นการดูแลสุขภาพร่างกาย การรับประทานอาหาร วิธีการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ นอกจากนี้สภาพทางจิตใจ และการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัวก็เช่นเดียวกันที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2556) ได้มีการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในวัยสูงอายุ เพื่อให้เป็นไปตามยุทธศาสตร์ที่ 1 มาตราการที่ 4 คือ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ในแผนผู้สูงอายุฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2546) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ.2552 โดยครอบคลุม 5 พฤติกรรม ดังนี้

1. พฤติกรรมการออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ครั้งละ 15-30 นาที เพราะการออกกำลังกายเป็นการเพิ่มความสามารถทางร่างกายของผู้สูงอายุ เพื่อดำรงไว้ซึ่งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ คลายความตึงเครียด กระตุ้นการทำงานของปอดและระบบไหลเวียนของโลหิตให้มีประสิทธิภาพข้อต่อของร่างกายมีความยืดหยุ่นและมีภาวะร่างกายสมบูรณ์ ซึ่งกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุแต่ละคน แตกต่างกันไปตามเหมาะสมกับความสามารถของแต่ละคน ความเข้มข้นและ

ชนิดหรือวิธีของการออกกำลังกายต้องอยู่ในขอบข่ายความสามารถทางร่างกายของผู้สูงอายุที่จะทนได้ ซึ่งวิธีการออกกำลังกายควรเป็นประโยชน์โดยตรงต่อร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ อย่างน้อยต้องทำให้เกิดความกระฉับกระเฉงขึ้นในตัวผู้สูงอายุ วิธีการออกกำลังกายที่ดีและมีความสุขในวัยสูงอายุ ควรปฏิบัติ 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 การกินผักควรกินทั้งชนิดดิบและสุกใบเขียวและใบเหลือง โดยเฉพาะผักที่ให้วิตามินเอและซีซึ่งต้องกินมากขึ้น สำหรับวิตามินซีควรกินจากผักสด เพราะการต้มเปื่อยจะทำให้สูญเสียวิตามินไป นอกจากนี้ผักยังให้แร่ธาตุเหล็ก แคลเซียมและอื่นๆ ด้วย ดังนั้น ผู้สูงอายุควรกินผักใบเขียวและผลไม้ต่างๆ ให้มาก เพื่อให้ระบบขับถ่ายเป็นปกติและลดอาการท้องผูกอีกด้วย

3. พฤติกรรมการดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว หรือมากกว่า ผู้สูงอายุต้องดื่มน้ำให้มากพอ น้ำเป็นส่วนประกอบของร่างกายกว่า ร้อยละ 66 หรือประมาณ 2 ใน 3 ของน้ำหนักตัว ทำหน้าที่ควบคุมสภาพปฏิกิริยาทางเคมีในร่างกาย และเป็นตัวจักษ์สำคัญในการขับถ่ายของเสียออกทางปัสสาวะป้องกันท้องผูก จำนวนน้ำที่ดื่มแต่ละวันจึงควรมากพออย่างน้อยวันละ 6-8 แก้วหรือประมาณ 1,500-2,500 ซีซี ดังนั้น น้ำจึงมีความจำเป็นต่อร่างกาย เพราะน้ำทำหน้าที่สำคัญ ดังนี้ ควบคุมอุณหภูมิของร่างกายให้สมดุล ถ้าอากาศร้อนก็จะกระหายให้ดื่มน้ำ แต่ถ้าอากาศเย็นมาก ร่างกายจะต้องการน้ำน้อยลง น้ำยังสร้างความชุ่มชื้นให้กับตา ไซนัสหลัง สมองและข้อรวมถึงน้ำช่วยหล่อลื่นเยื่อต่างๆ ทำให้เคลื่อนไหวได้ดี หากร่างกายต้องสูญเสียน้ำมากกว่าภาวะปกติ เช่น อาเจียนท้องเดินอย่างรุนแรง ถ้าได้น้ำไปทดแทนไม่เพียงพอจะตรวจพบอาการผิดปกติหลายอย่าง เช่น ผิวหนังและเยื่อปากแห้ง น้ำหนักตัวลด ปัสสาวะน้อยลงหรือไม่ปัสสาวะ ถ้ายังแก้ไขไม่ถูกต้องอาจถึงแก่ความตายได้ ดังนั้น น้ำจึงมีความสำคัญกับชีวิตมนุษย์ เช่นเดียวกับอาหาร หากร่างกายขาดน้ำจะส่งผลให้เกิดความผิดปกติของระบบย่อยอาหารการไหลเวียนของกระแสเลือด การรักษาอุณหภูมิในร่างกาย เป็นต้น จึงสมควรอย่างยิ่งที่จะต้องดื่มน้ำในปริมาณวันละไม่ต่ำกว่า 6-8 แก้ว

4. พฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่/ไม่สูบบุหรี่ เนื่องจากสารพิษจากบุหรี่อาจทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ถุงลมโป่งพองและมะเร็งปอด เป็นต้น ซึ่งการสูบบุหรี่มิได้มีผลแต่เฉพาะ ผู้สูบบุหรี่เท่านั้น แต่ผู้อยู่ข้างเคียงที่ได้รับควันบุหรี่ขณะที่การสูบกี้จะได้รับสารพิษเหล่านี้ไปด้วย ดังนั้นเพื่อสุขภาพของตนเองและผู้อยู่ข้างเคียง ควรลดหรืองดสูบบุหรี่ จะเป็นการถนอมสุขภาพของตนเองและสร้างประโยชน์ให้กับสังคมด้วย

5. พฤติกรรมการไม่ดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาโดง เหล้า เนื่องจากเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์มีผลกระทบต่อระบบส่วนกลาง เมื่อดื่มเข้าไปมากๆ จะทำให้มีอาการมึนเมา เพราะการสะสมของแอลกอฮอล์ที่ดูดซึมเข้าทางกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก ยังส่งผลต่อการสะสมของแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดมากขึ้นตามลำดับ มีพิษต่อระบบประสาทส่วนกลาง

ทำให้ควบคุมสติและการแสดงออกไม่ได้ อีกทั้งอันตรายต่อผู้สูงอายุทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ อีกด้วย ซึ่งการงดดื่มได้จะเป็นวิธีการของการดูแลสุขภาพที่ดีที่สุด

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ สำนักผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2559) ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตัว ดังนี้

1. มีกิจกรรมทางกาย/ออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน ครั้งละ 30 นาที หรือมีกิจกรรมทางกายสะสม 150 นาที / สัปดาห์

2. รับประทานผัก ผลไม้สด เป็นประจำทุกวัน

3. ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว

4. ไม่สูบบุหรี่ / ไม่สูบบุหรี่

5. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาแดงเหล้า

หากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตัวทั้ง 5 ข้อ ถือว่า ผ่านการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

ข้อ 1, 2 และ 5.3 ทำเป็นประจำถือว่าผ่านการประเมิน

ข้อ 4 ไม่สูบบุหรี่ถือว่าผ่านการประเมิน

ข้อ 5 ไม่ดื่มถือว่าผ่านการประเมิน

กิจกรรมทางกายคือการเคลื่อนไหวของร่างกายเกิดจากการทำงานของกล้ามเนื้อและทำให้ร่างกายมีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้นจากขณะพัก ประกอบด้วย การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น การทำงานบ้าน การทำงานอาชีพที่ต้องใช้แรงกาย การเดินทางด้วยจักรยานหรือเดินทาง เดินขึ้นบันได และกิจกรรมยามว่าง เช่น ออกกำลังกาย เล่นกีฬา วิ่ง ปั่นจักรยาน และการท่องเที่ยว

รับประทานผัก เป็นประจำ (ผัก 1 ส่วน หมายถึง ผักสุก 1 ถ้วย ผักสด 2 ถ้วย)

รับประทานผลไม้สด เป็นประจำ (ผลไม้ 1 ส่วน หมายถึง ผลไม้ 6 - 8 ชิ้นคำ)

2.4 กลุ่มชาติพันธุ์

กลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทยตามของแผนแม่บทการพัฒนาชนกลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พ.ศ.2558-2560 (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2558) มีดังนี้

1. กลุ่มชาติพันธุ์ เป็นกลุ่มชนที่มีความสืบเนื่องทางประวัติศาสตร์กับสังคมไทยมาตั้งแต่อดีตมากกว่า ร้อยปี มีความแตกต่างจากกลุ่มชนอื่นๆ และมีวัฒนธรรมประเพณีของตนเอง โดยอาศัยตั้งถิ่นฐานกระจายอยู่ตาม ภูมิภาคต่างๆ ใน 67 จังหวัด จำนวน 56 กลุ่ม มีประชากรรวมประมาณ 6,100,000 คน หรือร้อยละ 9.68 ของ ประชากรประเทศ จำแนกพื้นที่ตามลักษณะการตั้งถิ่นฐานได้ 4 ลักษณะ คือ กลุ่มตั้งถิ่นฐานบนพื้นที่สูงหรือ ชนชาวเขา กลุ่มตั้งถิ่นฐานบนพื้นที่ราบ กลุ่มชาวเลและกลุ่มอาศัยในป่า วิถีชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทยมีความหลากหลาย มีวิถีชีวิตที่คล้ายคลึงและแตกต่างกันไป โดยสภาพเศรษฐกิจ-สังคม ตามจารีตประเพณีเป็นการปรับตัวเข้ากับฐานทรัพยากรธรรมชาติและสภาพภูมิประเทศ สังคมที่ตั้งถิ่นฐานอยู่โดย “กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง” หรือชนชาวเขาจะตั้งถิ่นฐานตามแนวเทือกเขาบนพื้นที่สูง ทางภาคเหนือ เป็นสังคมเกษตรกรรมที่พึ่งอาศัยป่าเป็นหลัก “กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่ราบ” เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ กลุ่มใหญ่ที่มีวิถีการดำรงชีวิตกลมกลืนกับคนไทยทั่วไป มีอาชีพ

เกษตรกรรมเป็นหลัก โดยมีแนวโน้มนำไปสู่วัฒนธรรมเมืองมากขึ้นแต่ยังคงอัตลักษณ์และวัฒนธรรมของตนเองอยู่ สำหรับ “กลุ่มชาติพันธุ์ที่ตั้งถิ่นฐานตามหุบเขาหรือชายฝั่งทะเล” เรียกว่าชาวเล มีวิถีชีวิตอยู่ทั้งบนเกาะและในท้องทะเล มีอาชีพประมง เป็นหลัก นอกจากนี้ยังมีกลุ่มชาติพันธุ์กลุ่มเล็กที่ชอบอาศัยในป่า ดำรงชีวิตด้วยการล่าสัตว์และเก็บของป่า

2. การพัฒนากลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทย ตลอดระยะเวลากว่า 50 ปีที่ผ่านมาเริ่มจากการพัฒนากลุ่มชาติพันธุ์ที่ตั้งถิ่นฐานบนพื้นที่สูง คือ “ชนชาวเขา” ด้วยสาเหตุสำคัญคือ ความมั่นคงบริเวณพื้นที่ชายแดน การแก้ไขปัญหายาเสพติด ปัญหาการตัดไม้ทำลายป่า การทำไร่เลื่อนลอย และการลดอัตราประชากร โดยใช้ “นโยบายรวมพวก” เป็นหลัก เพื่อให้ชนชาวเขาเป็นพลเมืองไทยที่ดีและสามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีการตั้ง “คณะกรรมการสงเคราะห์ชาวเขา” ในปี 2502 และต่อมาได้บรรจุเป็นแนวทางการพัฒนาประเทศ ครั้งแรกในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ.2525-2529) ในการพัฒนากลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงเรียกชนชาวเขาว่า “เป็นคนไทยแต่อยู่บนเขา” พระองค์ได้พระราชทานความช่วยเหลือในการสงเคราะห์และพัฒนาในด้าน การศึกษาตั้งแต่ปี 2506 เป็นต้นมา และในปี 2512 มีพระราชดำริให้จัดตั้ง “โครงการหลวง” ขึ้น เพื่อช่วยเหลือ ชนชาวเขาในด้านมนุษยธรรม แก้ไขปัญหายาเสพติด การส่งเสริมการทำเกษตรที่ถูกต้องและเพื่อการจัดตั้ง ถิ่นฐานถาวรเป็นหลักแหล่งและช่วยรักษาป่า ต่อมาได้มีกิจกรรมดำเนินงานพัฒนาช่วยเหลือชนชาวเขาและกลุ่มชาติพันธุ์อื่นๆ ตามแนวพระราชดำริอีกหลายโครงการกระจายอยู่ทั่วทุกภูมิภาคของประเทศถึงปัจจุบัน การพัฒนากลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงของรัฐ ได้มีการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมเมื่อคณะรัฐมนตรีได้มี มติเมื่อวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2532 และวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2535 เรื่อง นโยบายแก้ไขความมั่นคงของชาติ เกี่ยวกับชาวเขาและการปลูกพืชเสพติด มุ่งเน้นในการจัดตั้งถิ่นฐานถาวร การสำรวจสถานะบุคคล การพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมโดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาส การอนุรักษ์และพัฒนาทรัพยากรธรรมชาติ และการแก้ไขปัญหา ยาเสพติด โดยมีการตั้ง คณะกรรมการระดับชาติขึ้นรับผิดชอบ มีการสำรวจข้อมูลชุมชนพื้นที่สูงตามมติ คณะรัฐมนตรีในปี 2536 จัดทำแผนแม่บทในระดับชาติและระดับจังหวัด และมีการดำเนินงานร่วมกันของ หน่วยงานต่างๆ ส่งผลให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จในระดับหนึ่ง แต่จากการปฏิรูประบอบราชการในปี 2545 โครงสร้างงานบริหารงานของหน่วยงานต่างๆเปลี่ยนแปลงไป ขาดหน่วยงานรับผิดชอบที่ชัดเจน การพัฒนา กลุ่มชาติพันธุ์มีลักษณะเป็นงานประจำปกติ ในขณะที่การแก้ไขปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของชาติ โดยรวมยังไม่หมดไปทำให้กลุ่มชาติพันธุ์รวมตัวกันเรียกร้องเรื่องสัญชาติ การย้ายถิ่นและการแก้ไขปัญหา ยาเสพติดตามปฏิญญาสหประชาชาติว่าด้วยสิทธิชนพื้นเมือง พ.ศ.2550 ผลการพัฒนา กลุ่มชาติพันธุ์โดยรวมในระยะที่ผ่านมา แม้ว่าจะส่งผลให้ความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิต ของประชาชนกลุ่มชาติพันธุ์ดีขึ้น แต่การเปลี่ยนแปลงสภาพเศรษฐกิจ สังคม การปกครองและสภาพภูมิอากาศ รวมทั้งการบริหารจัดการที่หลากหลายขาดความชัดเจน ปัญหาต่างๆ ของกลุ่มชาติพันธุ์จึงยังคงอยู่โดยเฉพาะเรื่องกำหนดสถานะบุคคล การจัดตั้งถิ่นฐานถาวรและการได้รับการยอมรับรวมทั้งยุทธศาสตร์ แนวทาง การพัฒนาที่หน่วยต่างๆ กำหนดขึ้นยังหลากหลายขาดการกำหนดจุดมุ่งหมายในการดำเนินงานร่วมกัน อย่างเป็นรูปธรรม

กลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทย “กลุ่มชาติพันธุ์” หมายถึง กลุ่มชนที่มีความสืบเนื่องทางประวัติศาสตร์กับสังคมไทยมาตั้งแต่อดีต มีความแตกต่างด้านต่างๆ และมีวัฒนธรรมประเพณีของตนเอง โดยเป็นกลุ่มชนที่ประชากรมีพันธะเกี่ยวข้องกัน มีลักษณะทางเชื้อชาติ วัฒนธรรมประเพณีและภาษาพูด

เดียวกัน รวมตัวเป็นพหุวัฒนธรรม มุ่งมั่นในการอนุรักษ์ พัฒนาและสืบทอดฐานดินแดนของบรรพบุรุษ และอัตลักษณ์ทางชาติพันธุ์ของคนสู่คนรุ่นอนาคต นับตั้งแต่อดีตมากกว่าร้อยปีกลุ่มชาติพันธุ์มีความหลากหลายและกระจายตัวอยู่ในภาคต่างๆ ของประเทศไทย โดยข้อมูลของสถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเพื่อการพัฒนาชนบท มหาวิทยาลัยมหิดลได้ปี 2547 และข้อมูลของกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ปี 2555 มีกลุ่มชาติพันธุ์ตั้งถิ่นฐานกระจายอยู่ในจังหวัดต่างๆ ของประเทศไทย จำนวน 67 จังหวัด 56 กลุ่ม มีประชากรรวมประมาณ 6,100,000 คน จำแนกพื้นที่ตาม ลักษณะการตั้งถิ่นฐานได้ 4 ลักษณะ คือ

1. กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง หรือ “ชนชาวเขา” จำนวน 13 กลุ่ม ได้แก่ กะเหรี่ยง ม้ง(แม้ว) เย้า(เมี่ยน) ลีซู(ลีซอ) ลาหู่(มูเซอ) อาข่า(อิก้อ) ลัวะ ถิ่น ขมุ จินฮ่อ ตองซุ คณะฉิน และปะหล่อง(ดาลาอั้ง)
2. กลุ่มชาติพันธุ์ตั้งถิ่นฐานในพื้นที่ราบ จำนวน 38 กลุ่ม ได้แก่ มอญ ไทยลื้อ ไทยทรงดำ ไทยใหญ่ ไทยจีน ไทยยอง ไทยหม่า ไทยยวน ภูไท ลาวครั่ง ลาวแง้ว ลาวกา ลาวตี้ ลาวเวียง แสก เซเรปรัง บรู(โซ) โซ่ง โซ ทะวิง อิมปี ก่อง กุลา ซอโอจ(ซอจ) กูย(ส่วย) ญ้อกรู(ชาวบน) ญ้อ ไย๋ เขมรถิ่นไทย เวียดนาม(ญวน) ญอ หมี่ซอ(ปี่ซอ) ของ กระซอง มลายู กะเลิงและลาวโซ่ง(ไทยดำ)
3. กลุ่มชาติพันธุ์ที่ตั้งถิ่นฐานในทะเล หรือ “ชาวเล” จำนวน 3 กลุ่ม ได้แก่ มอแกน มอกลน และอูรักละโว้ย
4. กลุ่มชาติพันธุ์ที่อาศัยอยู่ในป่า จำนวน 2 กลุ่ม ได้แก่ มลาบรี(ตองเหลือง) และชาไก (มันนิ)

วิถีชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์ กลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทยมีความหลากหลายมีวิถีชีวิตที่คล้ายคลึงและแตกต่างกันไปโดยสภาพ เศรษฐกิจ-สังคม ตามจารีตประเพณีเป็นการปรับตัวเข้ากับฐานทรัพยากรธรรมชาติและสภาพภูมิสังคมที่ตั้งถิ่นฐานอยู่โดย “กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง”หรือชนชาวเขาจะตั้งถิ่นฐานตามแนวเทือกเขาบนพื้นที่สูง ที่สลับซับซ้อน มีลักษณะเป็นสังคมเกษตร ด้วยการทำไร่ ทำนา เลี้ยงสัตว์ และพึ่งพิงอาศัยป่าและสายน้ำในลำห้วยเป็นวิถีชีวิตที่พึ่งพิงธรรมชาติและอาศัยผลผลิตจากป่าเป็นหลัก “กลุ่มชาติพันธุ์ตั้งถิ่นฐานบนพื้นที่ราบ” ส่วนใหญ่มีวิถีการดำรงชีวิตที่กลมกลืนกับคนไทยทั่วไปโดยมีอาชีพเกษตรกรรม ทำนา ทำสวน เลี้ยงสัตว์ แต่ยังพึ่งพิงใช้ประโยชน์จากป่าโดยมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปสู่ สังคมเมืองมากขึ้นแต่ยังคงอัตลักษณ์และวัฒนธรรมของตนเองอยู่ สำหรับ “กลุ่มชาติพันธุ์ที่ตั้งถิ่นฐานตาม หมู่เกาะหรือชายฝั่งทะเล” ดำรงชีวิตอยู่ทั้งบนบกและในทะเล ประกอบอาชีพประมงเป็นหลัก เรียกว่า ชาวเล นอกจากนี้ยังมีกลุ่มชาติพันธุ์กลุ่มเล็กๆ ดำรงชีวิตด้วยการล่าสัตว์และเก็บของป่า ได้แก่ มลาบรี (ตองเหลือง) ทางภาคเหนือและชาไก (มันนิ) ทางภาคใต้ เป็นกลุ่มที่มีชีวิตผูกผันอยู่กับป่าอย่างใกล้ชิด ในภาพรวมวิถีชีวิตและจารีตประเพณีของกลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทยประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลักโดยมีความเป็นอยู่ที่เกี่ยวพันและพึ่งพิงป่า ทรัพยากรธรรมชาติจึงมีความสำคัญต่อวิถีชีวิตของพวกเขา ชนชาติพันธุ์กลุ่มต่างๆ เหล่านี้มีโครงสร้างทางสังคมที่หลากหลายมีวัฒนธรรม ประเพณีและภาษาของตน มีความเชื่อตามศาสนาสากลทั้งพุทธ คริสต์ และอิสลาม และยังยึดถือความเชื่อตามประเพณีโดยมีการประกอบ พิธีกรรมต่างๆ ทั้งพิธีกรรมที่เกี่ยวกับชีวิตสุขภาพอนามัยและการทำมาหากินที่อาศัยธรรมชาติ นอกจากนี้กลุ่ม ชาติพันธุ์จะมีลักษณะพิเศษ คือ มีความสามารถในการหัตถกรรมและงานช่างฝีมือโดยเฉพาะการทอผ้า เย็บผ้า เย็บปักประดิษฐ์และการตีเหล็ก ซึ่งมีลักษณะเด่นที่สะท้อนอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ของตน ด้วยเหตุนี้แต่ละกลุ่มจึงมีเครื่องแต่งกาย ประจำเผ่าของตนเองที่มีรูปแบบสีสันที่สวยงาม มีเครื่องประดับ อันแสดงอัตลักษณ์เฉพาะตัว มี

ศิลปะการแสดงต่างๆ เป็นอัตลักษณ์เฉพาะกลุ่มทั้งการร้อง-รำ และดนตรี ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นทุนทางวัฒนธรรมที่มีคุณค่า

กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง

กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2559) กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มชาติพันธุ์ชาวเขาที่พักอาศัยและดำรงชีพอยู่ในพื้นที่สูง หรือเรียกว่า “ชนชาวเขา” ประกอบด้วย 13 กลุ่ม ได้แก่ กะเหรี่ยง ม้ง(แม้ว) เย้า(เมี่ยน) ลีซู(ลีซอ) ลาหู่(มูเซอ) อาข่า(เอ็กโก) ลัวะ ถิ่น ขมุ จินฮ่อ ตองซุ คะฉิ่น และปะหล่อง(ดาลาอั้ง) จังหวัดที่มีกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง 20 จังหวัดได้แก่

ภาคเหนือ จำนวน 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงราย จังหวัดแม่ฮ่องสอน จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดพะเยา จังหวัดลำปาง จังหวัดลำพูน จังหวัดน่าน จังหวัดแพร่

ภาคตะวันตก จำนวน 3 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดตาก จังหวัดกาญจนบุรี จังหวัดเพชรบุรี

ภาคกลาง จำนวน 6 จังหวัด จังหวัดสุโขทัย จังหวัดพิษณุโลก จังหวัดเพชรบูรณ์ จังหวัดกำแพงเพชร จังหวัดอุทัยธานี จังหวัดสุพรรณบุรี

ภาคตะวันออก จำนวน 2 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดตราด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 1 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเลย

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ธัญชลี เข้มเพชร (2551) ทำการศึกษาวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุชาวเขาเผ่าลีซอที่มีอายุยืนยาว เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการศึกษาย้อนหลังวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบัน โดยกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยกลุ่มผู้สูงอายุชาวเขาเผ่าลีซอชายที่มีอายุตั้งแต่ 68 ปีขึ้นไป และผู้สูงอายุชาวเขาเผ่าลีซอหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 76 ปีขึ้นไป ในตำบลสบป่อง อำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การวิเคราะห์และตรวจสอบข้อมูลกระทำควบคู่ไปกับการเก็บข้อมูลภาคสนาม จากนั้นนำข้อมูลที่วิเคราะห์แล้วมาจัดหมวดหมู่ ตีความ เชื่อมโยงข้อมูลและสร้างข้อสรุป ผลการศึกษาด้านวิถีชีวิตพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ ในการอาบน้ำ สระผม แปรงฟันด้วยวิธีการใช้มือหรือผ้าขัดถูฟัน แต่กลับไม่พบปัญหาฟันผุ สามารถเคลื่อนไหวเพื่อทำกิจวัตรต่างๆ ได้คล่องแคล่ว มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาช่วยในท้องส้วมแทนการขับถ่ายในป่า กลุ่มตัวอย่างนิยมปรุงอาหารด้วยวิธีการแกงและปิ้งย่าง รับประทานอาหารครบทั้ง 3 มื้อ นิยมดื่มชา วัตถุประสงค์ในการปรุงอาหารซื้อมาจากตลาดมากกว่ามาจากในท้องถิ่น กลุ่มตัวอย่างในอดีตส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายโดยการทำไร่ ปัจจุบันออกกำลังกายโดยการทำงานบ้านและเดินเล่น เข้านอนตั้งแต่หัวค่ำ ตื่นนอนแต่เช้าตรู่นอนพักหลังมือเที่ยง ปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างมีความเครียดมากขึ้นจากการที่ไม่มีเงินและกลัวลูกหลานทอดทิ้ง แต่ก็มีแนวทางการลดความเครียดของตนเอง ความสัมพันธ์ในระดับครอบครัว และเครือญาติค่อนข้างแน่นแฟ้น ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน รักษาอาการเจ็บป่วยด้วยสมุนไพรและหมอผี แต่ปัจจุบันหันมานิยมการรักษาแผนปัจจุบันและหมอผีผลการศึกษาสังแวดล้อมพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายมีการปฏิบัติตามขนบธรรมเนียมและประเพณีในด้านต่างๆ ที่สำคัญอย่างเคร่งครัด เชื่อในเรื่องผีหรือวิญญาณ การเลือกพื้นที่ตั้งชุมชนตามหลักความเชื่อให้มีความมั่นคงปลอดภัย อาศัยอยู่ใน

พื้นที่ที่มีลักษณะอากาศที่บริสุทธิ์ ปราศจากมลภาวะ ระบบสาธารณสุขปลอดภัยไม่ค่อยติ่งนักแต่ก็สามารถปรับตัวได้ ในอดีตมีผู้นำตามธรรมชาติทำหน้าที่ปกครอง แต่ในปัจจุบันชุมชนมีการปกครอง 2 ลักษณะผสมผสานกัน คือผู้นำอย่างเป็นทางการและผู้นำตามธรรมชาติ

เฉลิม ใบจิว (2556) ทำการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง ตำบลฮอด อำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมสุขภาพด้านสุขภาพจิตและการจัดการความเครียด พฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย มีค่าเฉลี่ย 1.62 , 2.07 , 2.35 และ 2.40 ตามลำดับ ผู้สูงอายุเพศชาย หญิงและจำนวนสมาชิกในครอบครัวต่างกัมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี และอายุระหว่าง 70-79 ปี มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมแตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวและมีโรคประจำตัว มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพ รายได้และระดับการศึกษา กับพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุกับความพอเพียงของรายได้ แหล่งที่มาของรายได้และสถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กัน ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพ รายได้ ความพอเพียงของรายได้ และระดับการศึกษา กับพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำมาก ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุกับแหล่งที่มาของรายได้และสถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กัน ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพ รายได้และความพอเพียงของรายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส กับพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตนในภาวะปกติและเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กัน ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพ รายได้และความพอเพียงของรายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส กับพฤติกรรมสุขภาพด้านสุขภาพจิตและการจัดการความเครียดของผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กัน

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2556) ได้สำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ โดยสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุจำนวน 13,642 คน จาก 28 จังหวัดเป็นตัวแทนครอบคลุมทั้ง 12 เครือข่ายบริการสุขภาพ และสำรวจระบบการให้บริการของสถานพยาบาล จำนวน 181 แห่ง ผลการศึกษามีดังนี้

1. ผู้สูงอายุไทยร้อยละ 26 มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ร้อยละ 30 ทั้งนี้พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ที่ผู้สูงอายุไทยปฏิบัติตัวได้น้อยที่สุดเรียงตามลำดับ ได้แก่ การออกกำลังกาย สัปดาห์ละ 3 วันวันละ 15-30 นาทีเป็นประจำ (ร้อยละ 57) ดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่าเป็นประจำ (ร้อยละ 65) รับประทานผักผลไม้เป็นประจำ (ร้อยละ 66) ไม่ดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 83) และ ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 84)

2. ปัจจัยสัมพันธ์เชิงบวกที่สำคัญต่อการที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ครบทั้ง 5 ประการ ได้แก่ การจัดกิจกรรมทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ (OR=1.4 95%CI: 1.1-1.9) หรือการเข้าร่วมกิจกรรมในหมู่บ้าน/ชุมชนเป็นประจำ (OR=2.0 95%CI: 1.6-4.6) มีและใช้สมุด

คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (OR=1.1 95%CI: 1.4-2.7) รวมถึงผู้สูงอายุมีฟันใช้งานมากกว่า 20 ซี่ หรือ 4 คู่สบ (OR=1.1 95%CI: 1.4-2.3)

3. การที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ส่งผลให้ผู้สูงอายุไทยมีปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพหลายประการที่สำคัญที่สุด คือ ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน การสำรวจนี้พบความชุกสูงถึงร้อยละ 43 ในเพศชายและร้อยละ 50 ในเพศหญิง โดยปัจจัยป้องกันที่สำคัญ ได้แก่ การออกกำลังกายเป็นประจำ (OR=0.895% CI: 0.7-0.9)

4. ผู้สูงอายุไทยเพียงร้อยละ 5 มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ขณะที่ส่วนใหญ่ คือร้อยละ 95 มีความเจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งดังต่อไปนี้ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 18) โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 41) ข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ 9) โรคซึมเศร้า (ร้อยละ 1) เป็นผู้พิการ (ร้อยละ 6) และผู้ป่วยนอนติดเตียง (ร้อยละ 1)

5. อย่างไรก็ตามจำนวนผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยข้างต้นอาจมีจำนวนน้อยกว่านี้ หากผู้สูงอายุเข้าถึงการคัดกรองโรคเหล่านั้นได้อย่างถ้วนหน้า โดยในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการคัดกรองโรคเบาหวานร้อยละ 73 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 80 ข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 9 และซึมเศร้า ร้อยละ 33

6. นอกเหนือจากการเพิ่มการเข้าถึงบริการคัดกรองโรค คุณภาพของการคัดกรองโรคเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่ควรได้รับการดูแลเอาใจใส่ การสำรวจนี้พบว่าผู้สูงอายุที่มีผลการคัดกรองโรคเบาหวานผิดปกติ ถึงร้อยละ 37 ไม่ทราบว่าตนเองอาจมีความเสี่ยงเป็นโรคเบาหวาน และผู้สูงอายุที่มีผลการคัดกรองโรคความดันโลหิตผิดปกติร้อยละ 43 ไม่ทราบว่าตนเองอาจมีความเสี่ยงเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่มีผลการคัดกรองผิดปกติเหล่านั้น จึงกลายเป็นผู้เสียโอกาสในการดูแลรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสมอย่างทันท่วงที ทั้งที่ได้รับการคัดกรองโรคแล้ว

7. การคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอย่างถ้วนหน้าและมีคุณภาพจะช่วยลดปัญหาผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคแทรกซ้อนจากเบาหวานและความดัน ลดภาระของระบบสุขภาพในการดูแลโรคแทรกซ้อนเหล่านั้น ในปัจจุบันพบว่าผู้สูงอายุถึงร้อยละ 18 มีโรคแทรกซ้อนจากเบาหวานและร้อยละ 13 มีโรคแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง

8. คุณภาพการรักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ควรได้รับการดูแลเอาใจใส่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้เพราะถึงแม้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่จะได้รับการติดตาม รักษาโรค (ร้อยละ 94 ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และร้อยละ 97 ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง) แต่ยังมีผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 55 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และร้อยละ 43 ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต โดยปัจจัยสัมพันธ์เชิงลบต่อการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ได้แก่ มีดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กก./เมตร 2 (OR=1.2 95%CI: 1.0-1.6) มีรอบเอวมากกว่าปกติ (OR=1.2 95%CI: 1.0-1.6) เป็นโรคเบาหวานมากกว่า 5 ปี (OR=1.4 95%CI: 1.1-1.9) ดื่มสุราบางครั้งและเป็นประจำ (OR=2.795%CI: 1.1-6.7, OR=3.1 95%CI: 1.2-8.3) นอกจากนั้นผู้มีสิทธิ์สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเป็นปัจจัยสัมพันธ์เชิงบวกที่ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่า (OR=0.7 95%CI: 0.5-0.9) ด้านปัจจัยสัมพันธ์เชิงลบต่อการไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต ได้แก่ มีดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กก./เมตร 2 (OR=1.4 95%CI: 1.1-2.2) ดื่มสุราเป็นประจำ (OR=3.5 95%CI: 1.3-12.9) นอกจากนั้นพบว่า ภาคใต้ ผู้มีสิทธิ์สวัสดิการข้าราชการ มีและใช้สมุดคู่มือฯ และเป็นโรคความดันโลหิตสูงระยะเวลา 1-2 ปีและ 3-4 ปี เป็นปัจจัยสัมพันธ์เชิงบวกในการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (OR=0.6

95%CI: 0.4-0.9, OR=0.5 95%CI: 0.3-0.8, OR=0.5 95%CI: 0.3-0.9, OR=0.595%CI: 0.3-0.9, OR=0.6 95%CI: 0.4-0.9)

9. โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์ทั้งหมดมีโครงสร้างที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ร้อยละ 13 ไม่มีส่วนนั่งราบห้อยขา นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 13 ไม่ได้ปรับปรุงห้องส้วมให้มีราวจับเพื่อช่วงพยุง และไม่ปรับพื้นห้องน้ำเพื่อป้องกันการลื่นหกล้ม

10. จำนวนพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมถึงแพทย์ มีสัดส่วนบุคลากรต่อการดูแลผู้สูงอายุดีกว่าบุคลากรด้านอื่นๆ ได้แก่ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ทันตแพทย์ รวมทั้งแพทย์แผนไทย

ชนิษฐา บุรณพินศักดิ์ และจุไรรัตน์ เพ็ญวิบุตร (2557) ได้ทำการศึกษา เรื่อง ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี ความเจ็บป่วยส่วนใหญ่ที่พบในสามอันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเส้นเลือด และข้อเสื่อม / เกาต์ / RA ปวดข้อ ร้อยละ 37.8, 28.0 และ 22.0 ตามลำดับ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ ร้อยละ 76.4 ซึ่งเป็นประเภทแว่นตา ร้อยละ 96.3 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 95.3 ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 88.1 ด้านภาวะสุขภาพทางกาย จิต เศรษฐกิจ และสังคมในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ พบว่า ด้านสุขภาพทางกายส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้มาก ร้อยละ 99.7 ด้านสุขภาพทางจิต ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 97.2 ด้านสุขภาพทางเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่มีรายรับกับรายจ่ายเพียงพอ ร้อยละ 66.3 ไม่มีหนี้สิน ร้อยละ 66.3 ด้านสุขภาพทางสังคมส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดี ร้อยละ 86.6 ได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายในเรื่องค่าปรึกษาจาก อสม.และอบต./เทศบาล ร้อยละ 45.9 และ 41.5 ตามลำดับ กำลังใจจากเพื่อนบ้าน ร้อยละ 28.0 สิ่งของ/เงินจากบุตร ร้อยละ 16.1 และผู้สูงอายุมีความต้องการในระดับมากที่สุดคือ การเข้าถึงโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว ค่าเฉลี่ย 4.39

ศูนย์พัฒนานามัยพื้นที่สูง (2557) ได้สำรวจสภาวะสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมชาวไทยภูเขาในหมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ จังหวัดแม่ฮ่องสอน เชียงใหม่ และตาก ผลการสำรวจผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่า ผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาส่วนใหญ่ที่มีสถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 65.1 หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ ร้อยละ 32.7 มีว่างงานร้อยละ 32.3 รายได้ส่วนใหญ่ มาจากการทำอาชีพหลัก (ทำไร่, ทำนา, ทำสวน และรับจ้าง) ร้อยละ 45 ผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาจะพักอาศัยกับครอบครัว ร้อยละ 95.4 มีเพียงร้อยละ 4.6 ที่อยู่คนเดียว เคยได้รับการตรวจสุขภาพ ร้อยละ 73.2 จากผู้ได้รับการตรวจมีความผิดปกติมากถึงร้อยละ 60 โรคประจำตัวผู้สูงอายุที่เป็นมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตมากถึง ร้อยละ 53.4 รองลงมา คือ โรคข้อต่อ กระดูก ร้อยละ 13.7 โรคเบาหวานร้อยละ 9.8 และโรคหัวใจร้อยละ 2.5 การเกิดอุบัติเหตุของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาพบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยเกิดอุบัติเหตุ ร้อยละ 90 และเคยเกิดอุบัติเหตุ ร้อยละ 10 ส่วนใหญ่เกิดอุบัติเหตุลื่นล้ม ร้อยละ 70.4 รองลงมาคือ ตกจากที่สูง ร้อยละ 14.8 และมอเตอร์ไซด์ล้ม ร้อยละ 11.1 เมื่อทำการประเมินข้อมูลผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) พบว่าส่วนใหญ่ทำได้ด้วยตนเองโดยไม่มีใครช่วยเหลือ ร้อยละ 88.5 แบ่งเป็นเพศชาย ร้อยละ 39.8 เพศหญิง ร้อยละ 48.7 ทำได้ด้วยตนเอง แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือในบางครั้ง

ร้อยละ 10 แบ่งเป็นเพศชาย ร้อยละ 3.3 เพศหญิง ร้อยละ 6.7 ไม่สามารถทำได้ตนเองร้อยละ 1.1 แบ่งเป็นเพศชาย ร้อยละ 0.7 เพศหญิง ร้อยละ 0.4

อุมาพร เคนสิลา นิตยากร ลุนพรหม และมานพ คณะโต (2558) ทำการศึกษาเรื่องการดูแลผู้สูงอายุชาวเขาเผ่าปกากะญอ : กรณีศึกษาบ้านแม่หลุ ตำบลกองแขก อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ ชาวเขาเผ่าปกากะญอ เป็นกลุ่มหนึ่งที่มีระบบภูมิปัญญาที่น่าสนใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมถึงการดูแลสุขภาพสมาชิกภายในครอบครัวโดยใช้วิธีการผสมผสานภูมิปัญญาและความเชื่อที่สืบทอดต่อกันมาตั้งแต่บรรพบุรุษ วัดอุปประสงค์เพื่อศึกษาการดูแลผู้สูงอายุชาวเขาเผ่าปกากะญอ บ้านแม่หลุ ตำบลกองแขก อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ วิธีการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก จากผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 12 คน ที่มีประสบการณ์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากกว่า 1 ปี และมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างในการเก็บรวบรวมข้อมูล และมีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่าประเด็นของการดูแลผู้สูงอายุชาวเขาเผ่าปกากะญอ สามารถแบ่งออกเป็น 4 ประเด็น ได้แก่ การดูแลและตนเองของผู้สูงอายุ วัฒนธรรมการพึ่งพิงของชาวเขาเผ่าปกากะญอ บทบาทของผู้สูงอายุ และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งวัฒนธรรมการพึ่งพิงของชาวเขาเผ่าปกากะญอ ในชุมชนบ้านแม่หลุ ชาวบ้านในชุมชนมีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ซึ่งส่วนใหญ่ลูกหลานจะเป็นผู้ดูแลหลัก และคนในชุมชนก็ช่วยกันช่วยกันดูแลผู้สูงอายุในชุมชน สรุปการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ทำให้เข้าใจวิถีชีวิต ทศนคติ ความเชื่อและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุชาวเขาเผ่าปกากะญอ ซึ่งวัฒนธรรมการพึ่งพิงนั้นส่วนมากจะพึ่งตัวเองเป็นอันดับแรก และนอกจากนี้ลูกหลานในครอบครัวยังดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ซึ่งผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ซึ่งทุกคนในครอบครัวรักเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ดูแลซึ่งกันและกันเป็นอย่างดี และคนในชุมชนต่างพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันด้วยความเต็มใจ

นางสุสินี ชัยแก้ว, ณัฐพร ม่วงแดง, พรทิพย์ สิงห์ชัย (2560) ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 3 ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 83.7 ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 69.3 โรคประจำตัวที่พบในผู้สูงอายุ มากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 49 ไขมันในเส้นเลือดสูงร้อยละ 30.4 โรคเบาหวาน ร้อยละ 17.3 ตามลำดับ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 45.5 มีการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มการเงินมากที่สุด รองลงมา เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 40.1 และส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีความสนใจเข้าร่วม กิจกรรมกลุ่มการเงินมากกว่าการเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ ภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีฟันใช้งานมากกว่า 20 ซี่ ขึ้นไป พบร้อยละ 33.7 เมื่อพิจารณาน้ำหนักของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีดัชนีมวลกาย (Body mass of index: BMI) อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 33.7 มีน้ำหนักเกิน ร้อยละ 17.5 มีภาวะโรคอ้วน สูงถึงร้อยละ 30.8 และพบว่ามีโรคอ้วนที่เป็นอันตราย ร้อยละ 9 ภาวะอ้วนลงพุง ผู้ชายรอบเอวมากกว่าหรือเท่ากับ 90 ซม. ร้อยละ 30 ผู้หญิงมีภาวะอ้วนลงพุง (รอบเอวมากกว่าหรือเท่ากับ 80 ซม.) สูงถึงร้อยละ 67 ซึ่งมากกว่าเพศชายเป็น 2 เท่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ทั้ง 5 ด้านเพียงร้อยละ 37.6 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมาย พฤติกรรมที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุที่ปฏิบัติได้น้อยเมื่อเทียบกับพฤติกรรมด้านอื่นคือ การออกกำลังกาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง มีภาวะปัญหาสุขภาพช่องปาก มีพฤติกรรมการออกกำลังกายน้อย จาก

การประเมินสุขภาพจิต พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 9.5 โดยจังหวัดที่มีผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าสูงสุด คือ จังหวัดกำแพงเพชร ร้อยละ 30.2 ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ดีกว่าผู้สูงอายุไม่เป็นโรคเรื้อรัง เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ผ่าน ทั้ง 5 ข้อ มากกว่าผู้ที่ไม่มโรคประจำตัว ข้อเสนอเชิงนโยบายระดับเขต อาทิ กำหนดนโยบายและวางแผนกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการระดับเขตสุขภาพ และพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับพื้นที่โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

พริสตันต์ ปั่นก้อง (2560) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 259 คน คิดเป็นร้อยละ 64.8 สถานะสุขภาพ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้จำนวน 248 คน คิดเป็นร้อยละ 62.0 2) กลุ่มผู้สูงอายุ ที่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้างเรื่องและต้องการพึ่งพาผู้อื่นบางเรื่องจำนวน 143 คน คิดเป็นร้อยละ 35.7 3) กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 2.2 ผู้สูงอายุส่วนมากเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 213 คน คิดเป็นร้อยละ 53.2 โรคเบาหวานจำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 22.2 มีปัญหาทางด้านการเคลื่อนไหวลำบากจากข้อเข่าเสื่อม จำนวน 150 คน คิดเป็นร้อยละ 37.5 และปัญหาด้านจิตใจพบว่า ปัญหาการนอนหลับไม่สนิท จำนวน 350 คน คิดเป็นร้อยละ 87.5 ด้านความต้องการในการดูแลด้านสุขภาพของสูงอายุมีความต้องการ การตรวจสุขภาพ การเพิ่มเบี้ยยังชีพ การดูแลจากลูกหลานสิ่งอำนวยความสะดวกในชุมชน และการได้รับการยอมรับจากครอบครัว สังคม ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่เหมาะสมต่อไป

จิตติมา ทาสวรรณอินทร์ และคณะ (2561) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชาติพันธุ์จังหวัดเชียงราย การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชาติพันธุ์ จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุชาติพันธุ์ จำนวน 408 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทย และการสนทนากลุ่ม ระหว่างเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2559 ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2560 วิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพชีวิตด้วย สถิติพรรณนา ส่วนข้อมูลนำมา วิเคราะห์โดยใช้กระบวนการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.10) และมีอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 75.7) มีระดับคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (= 85.47, S.D.= 11.63) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านร่างกาย อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในทางเสื่อมถอย เช่น ประสิทธิภาพการทำงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อลดลง ลงทำให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง ร่วมกับประสาทสัมผัสต่างๆ ทำงานลดลง เกิดการพลัดตกหกล้มได้ง่าย ร่วมกับระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายทำงานลดลง จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้ง่ายกว่าวัยอื่นๆ ด้านจิตใจพบระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่าเมื่อสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทในทางเสื่อมถอย ทำให้ความสามารถในการจำเรื่องราวใหม่ๆ ลดลงตามไปด้วย รวมถึงการมีโรคเรื้อรัง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกวิตกกังวลกลัวการเป็นภาระแก่ลูกหลาน ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง

วัยผู้สูงอายุจะรู้สึกมีความสุข เมื่อได้ทำกิจกรรมเดิมๆ แต่เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงบทบาท หน้าที่ภาระหน้าที่ต่างๆจะน้อยลง ทำให้สัมพันธภาพทางสังคมลดลงตามไปด้วย และด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลางเช่นกันผู้สูงอายุชาติพันธุ์ไม่เคยย้ายถิ่นฐาน และอาศัยอยู่ในชุมชนนี้ตั้งแต่เกิด โดยอาศัยอยู่ในบ้านชั้นเดียวติดดิน ห้องน้ำแยกออกมาจากตัวบ้าน ทำให้รู้สึกไม่สะดวกเมื่อต้องเข้าห้องน้ำในเวลากลางคืน โดยผลการศึกษาดังกล่าวสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชาติพันธุ์ จังหวัดเชียงราย เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

พุทธิพร พิธานธนากุล (2561) ได้ทำการศึกษาเรื่องภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลหล้าปล่อง อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ ผลการวิจัยพบว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในด้าน 1) สุขภาพกาย พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีพื้นที่ใช้งานมากกว่า 20 ซี่ ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับดี รับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพเท่ากับบุคคลวัยเดียวกัน ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว โดยโรคประจำตัว 3 อันดับแรกที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 34.6 โรคเบาหวาน ร้อยละ 14.9 และโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 12.6 ปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุพบว่าส่วนใหญ่มีปัญหาการนอนหลับ การมองเห็น การเคลื่อนไหว และปัญหาการกลืนปัสสาวะได้ ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพาน้อย รวมทั้งด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพาสุขภาพจิต พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า สุขภาพทางสังคม พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับบุตรสาว มีผู้ดูแลหลักคือบุตร แหล่งช่วยเหลือทางการเงินส่วนใหญ่ผู้สูงอายุได้รับเงินจากบุตร สามารถจัดการกับค่ารักษาพยาบาลได้เมื่อเจ็บป่วย และไม่มี ความกังวลเรื่องเงิน แหล่งสนับสนุนด้านจิตสังคม ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีบุคคลที่ไว้วางใจ และมีบุคคลที่สามารถพูดคุยด้วยเมื่อกังวลใจ ผลการศึกษาคครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ และการจัดทำโครงการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในมิติต่างๆ

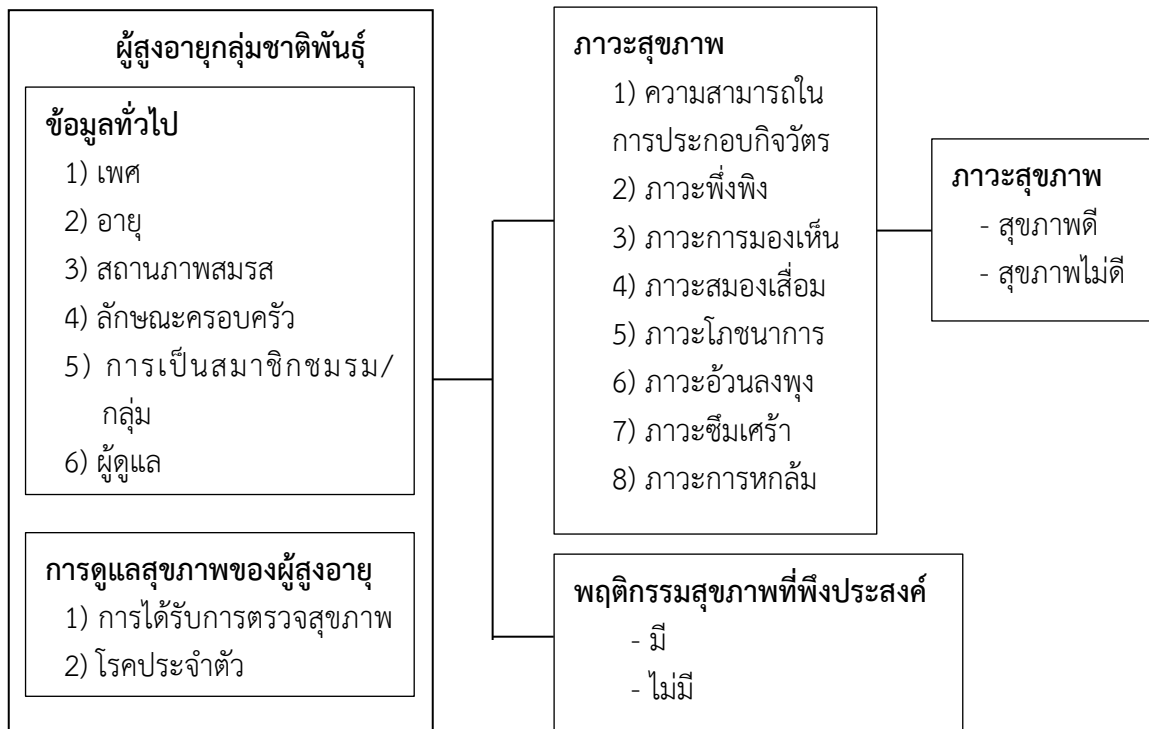
สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2561) ได้สำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560 ผลการสำรวจพบว่า (1) มีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 16.7 ของประชากรทั้งประเทศ เป็นชาย ร้อยละ 15.4 และหญิง ร้อยละ 18 แบ่งกลุ่มอายุของผู้สูงอายุ เป็น 3 ช่วงวัย คือ วัยต้น (อายุ 60 - 69 ปี) ร้อยละ 57.4 วัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) ร้อยละ 29.0 และวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 13.6 เมื่อเมื่อพิจารณาการกระจายตัวของผู้สูงอายุตามเขต การปกครองหรือเขตที่อยู่อาศัยและภาค พบว่า ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในเขตเทศบาล ร้อยละ 41.2 และนอกเขตเทศบาล ร้อยละ 58.8 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 31.6 รองลงมา คือภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคใต้ (ร้อยละ 25.8 21.2 และ 11.8 ตามลำดับ) สำหรับกรุงเทพมหานคร มีจำนวนผู้สูงอายุน้อยที่สุด ร้อยละ 9.6 ของผู้สูงอายุทั้งหมด สถานภาพสมรส ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.9) เป็นผู้ที่สมรส ในจำนวนนี้ ร้อยละ 60.0 เป็นผู้ที่สมรสอยู่ด้วยกันในครัวเรือน มีเพียงร้อยละ 2.9 ที่คู่สมรสไม่ได้อยู่ด้วย ผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย หย่า แยกกันอยู่ เคยสมรสแต่ไม่ทราบสถานภาพ มีร้อยละ 32.4 ส่วนผู้สูงอายุที่เป็นโสด มีร้อยละ 4.7 ระดับการศึกษาที่สำเร็จ และการอ่านออกเขียนได้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 72.6 จบการศึกษาประถมศึกษาและต่ำกว่า มีเพียงร้อยละ 13.9 ที่จบสูงกว่าระดับประถมศึกษา ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษา หรือไม่เคยเรียน มีร้อยละ 9.9 ผู้สูงอายุ

ส่วนใหญ่ ร้อยละ 83.7 เป็นผู้อ่านออกเขียนได้ ส่วนผู้ที่ไม่สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้หรือเป็นผู้ที่ไม่รู้หนังสือ มีร้อยละ 16.3 (2) ลักษณะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 35.1 ยังคงทำงานอยู่ โดยมีแหล่งรายได้หลักร้อยละ 34.7 คือรายได้จากบุตร รองลงมา คือรายได้ จากการทำงาน ร้อยละ 31.0 เบี้ยยังชีพจากทางราชการ ร้อยละ 20.0 เงินบำเหน็จ/บำนาญ ร้อยละ 5.9 คู่สมรส ร้อยละ 4.6 (3) ภาวะสุขภาพ พบว่า ภาวะสุขภาพโดยรวม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 43.2 ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพปานกลาง รองลงมา มีสุขภาพดี ร้อยละ 39.3 มีสุขภาพดีมาก ร้อยละ 2.4 ส่วนผู้สูงอายุที่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพไม่มีและไม่ดีมาก ๆ เพียงร้อยละ 13.5 และ 1.6 ตามลำดับ ด้านความสามารถในการมองเห็น พบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 51.4 สามารถมองเห็นได้ชัดเจนโดยไม่ต้องใส่แว่นหรือเลนส์ตา ร้อยละ 33.1 มองเห็นได้ชัดเจนแต่ต้องใส่แว่นหรือเลนส์ตา ร้อยละ 15.2 มองเห็นไม่ชัดเจน และมองเห็นไม่ชัดเจนมีเพียงร้อยละ 0.3 ด้านการได้ยิน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 84.6 ได้ยินเสียงชัดเจนโดยไม่ต้องใส่เครื่องช่วยฟัง รองลงมาได้ยินไม่ชัดเจน และได้ยินชัดเจนแต่ต้องใส่เครื่องช่วยฟัง ร้อยละ 12.7 และ 2.4 ตามลำดับ มีเพียงร้อยละ 0.3 เป็นผู้ไม่ได้ยินเสียงเลย ความสามารถในการกลืนปัสสาวะ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 82 กลืนปัสสาวะได้ ร้อยละ 13.5 กลืนไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์) และร้อยละ 4.2 กลืนปัสสาวะไม่ได้ หรือต้องการสวนปัสสาวะอยู่เสมอ สำหรับความสามารถในการกลืนอุจจาระ พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 86.5 ยังสามารถกลืนได้ ร้อยละ 9.7 กลืนไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์) และร้อยละ 3.8 กลืนไม่ได้หรือต้องการสวนอุจจาระอยู่เสมอ การใส่ฟันปลอม พบว่าผู้สูงอายุใส่ฟันปลอม ร้อยละ 22.8 การหกล้ม พบว่ามีผู้สูงอายุร้อยละ 6.6 เคยหกล้มในระหว่าง 6 เดือนก่อนสัมภาษณ์ เมื่อพิจารณาความถี่หรือจำนวนครั้งที่หกล้มพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 69.7 เคยหกล้ม 1 ครั้ง รองลงมาหกล้ม 2-3 ครั้ง และมากกว่า 3 ครั้ง ขึ้นไป ร้อยละ 23.9 และ 6.4 ตามลำดับ ซึ่งสาเหตุการหกล้ม พบว่าลื่นมากที่สุด ร้อยละ 39.0 รองลงมาคือสะดุด ร้อยละ 36.6 เกิดอาการหน้ามืด/วิงเวียน ร้อยละ 9.3 มีสาเหตุมาจากพื้นต่างระดับ ร้อยละ 8.7 มองเห็นไม่ชัด/แสงสว่างไม่พอ ร้อยละ 2.6 หกล้มเนื่องจากตกบันได มีร้อยละ 1.1 และจากสาเหตุอื่นๆ เช่น ขาอ่อนแรง ตกจากเตียงนอน เก้าอี้ หรือต้นไม้ ฯลฯ ร้อยละ 2.7 โดยสถานที่หกล้มครั้งสุดท้าย พบว่า หกล้มภายในบ้านมากที่สุด ร้อยละ 36.8 รองลงมาบริเวณตัวบ้าน และนอกบริเวณบ้าน ร้อยละ 32.4 และ 30.8 ตามลำดับ ด้านพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 26.5 การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 67.7 การกินผักผลไม้เป็นประจำ และร้อยละ 59.8 การดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้ว หรือมากกว่าเป็นประจำ ผู้สูงอายุ ร้อยละ 7.3 สูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 2.3 ดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ (4) การดูแลสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 56.2 มีผู้ดูแล/คนทำกิจวัตรประจำวัน เมื่อพิจารณาการก่อหนี้ทางการเงินที่ผู้สูงอายุ ได้รับจากบุตรที่อยู่นอกครัวเรือนสูงกว่า บุตรในครัวเรือน (ร้อยละ 79.1 และ 64.6 ตามลำดับ ส่วนใหญ่อยู่ในระหว่าง 1,000 จากบุตรในครัวเรือนเดียวกัน นอกครัวเรือน ร้อยละ 33.8 และได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุตร เกินกว่าร้อยละ 90 (5) ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ พบว่ามีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวร้อยละ 10.8 และอาศัยอยู่กับสมาชิกอื่นๆ ในครัวเรือน มีร้อยละ 89.2 เมื่อพิจารณาถึงการเป็นเจ้าของบ้านที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 81.0 เป็นเจ้าของผู้สูงอายุเองและหรือคู่สมรส (6) การมีส่วนร่วมในสังคม การรับรู้ข่าวสาร ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 33.7

ศรียรรณ ทาวงศ์มา และสิริภา ภาคชนะภา (2561) ได้ทำการศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยง พื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนตามแนวทางพระราชทานพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ จังหวัดแม่ฮ่องสอน การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยง พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงและประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยง เลือกพื้นที่แบบเฉพาะเจาะจงกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป บ้านเมื่อน้อย อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน จำนวน 70 คน ที่เข้าร่วมกิจกรรมเป็นระยะเวลา 6 เดือน ระหว่างเดือนมกราคม-มิถุนายน พ.ศ. 2559 และได้รับการกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงที่พัฒนาโดยผู้วิจัยพัฒนาจากสภาพปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยง แนวทางในการเสริมสร้างสมรรถภาพทั้งร่างกายและจิตใจ แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender, Murdaugh and Parsons และปัจจัยของการมีสุขภาพดีในผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ย ความรู้และพฤติกรรมก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มเดียวกัน ใช้ Paired Sample t-test ผลการศึกษา ภายหลังกลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งเสริมสุขภาพของชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยง 8 กิจกรรม ได้แก่กิจกรรมที่ 1 ชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินการวิจัยและสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัย ผู้สูงอายุและเครือข่าย กิจกรรมที่ 2 เรื่อง “สู่งวัย ปากะญอสุขภาพดี” พบว่าผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยง มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง เข้าใจความหมาย อาการและปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่จะทำให้เกิดโรคในผู้สูงอายุ กิจกรรมที่ 3 เรื่อง “ข้าวเบือะ ล้า ล้า” พบว่าผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงมีความสุขคิดอาหารที่ผสมผสานกับภูมิปัญญาชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยง กิจกรรมที่ 4 เรื่อง “สุขภาพดีวิถีปากะญอ” พบว่าผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงออกกำลังกายทุกวันในตอนเช้า เวลาประมาณ 05.00 น. ด้วยการยืดเหยียดร่างกายโดยใช้ผ้าโพกศีรษะ และเดินเร็ว กิจกรรมที่ 5 เรื่อง “ผู้เฒ่าปากะญอ สบายใจ” การไหว้พระ ทำสมาธิ ก่อนนอนทุกวัน และไปวัดทุกวันพระเพื่อสวดมนต์ ทำบุญและฟังธรรม กิจกรรมที่ 6 เรื่อง “ฮวมกัน อู้กัน ฮักกัน” โดยมีการจัดเวทีประชุมเพื่อวางแผนการดำเนินงาน และจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ บ้านเมื่อน้อย มีการเข้าร่วมกลุ่มเพื่อจัดกิจกรรมตามที่ชอบหรือถนัด เช่น กลุ่มจักสาน กลุ่มสมุนไพร กลุ่มทอดผ้า และกลุ่มประเพณีวัฒนธรรม ตลอดจนแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กิจกรรมที่ 7 เรื่อง “ปี๋กันยามแลง” โดยภาคีเครือข่ายและชุมชนเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุที่บ้านทุกวัน กิจกรรมที่ 8 สรุปผลการเข้าร่วมพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยง พบว่า (1) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้หลังการทดลองใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 (2) คะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 ดังนั้น รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยง ที่สร้างขึ้นสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงในพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างได้

2.6 กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารอบแนวคิดของการวิจัยเพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ดังต่อไปนี้



บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

3.2 ประชากร และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

3.2.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่บนชุมชนพื้นที่สูง ในประเทศไทย จำนวน 145,002 คน (กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2559)

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 2,040 คน ซึ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของทาโร่ ยามาเน่ (Taro Yamane, 1973) ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

เมื่อ n แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N แทน ขนาดของประชากร

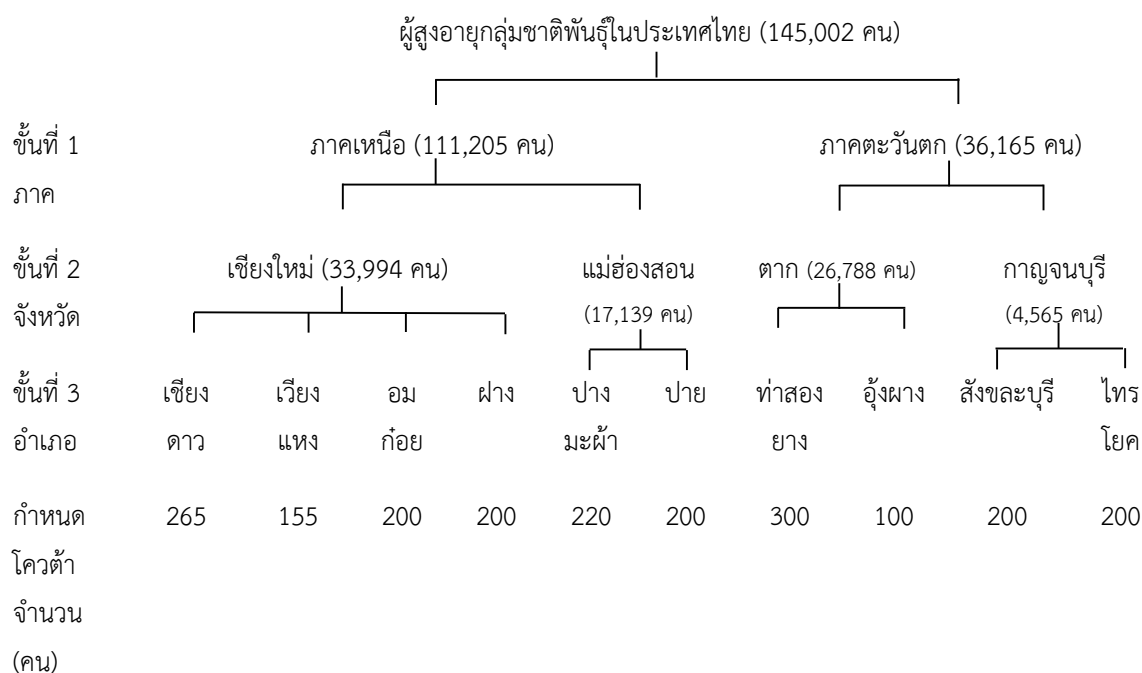
e แทน ค่าความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง (0.03)

เมื่อแทนค่า จะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

$$n = \frac{145,002}{1 + 145,002(0.03)^2} = 1,103$$

สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,103 คน เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการเก็บรวบรวมข้อมูลจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 85 % ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้มีจำนวน 2,040 คน

สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) โดยแต่ละขั้นตอนคัดเลือกพื้นที่ในการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นการคัดเลือกเฉพาะเจาะจง โดยคัดเลือกจากพื้นที่ที่มีประชากรกลุ่มชาติพันธุ์อาศัยอยู่มากที่สุด ดังนี้



เก็บข้อมูลโดยการสุ่มอย่างง่ายในการศึกษานี้เก็บข้อมูลได้จำนวน 2,037 คน

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป สื่อสารโดยใช้ภาษาชนเผ่าของตนเองได้ หรือสามารถสื่อสาร และตอบคำถาม ภาษาไทยได้ในระดับดี และเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่ตามทำเนียบชุมชนบนพื้นที่สูงเท่านั้น (กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2559)

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสัมภาษณ์ และแบบประเมินร่างกาย โดยได้ดัดแปลงแบบสัมภาษณ์จาก นาฏสินี ชัยแก้ว, ณัฐพร ม่วงแดง, พรทิพย์ สิงห์ชัย (2560) ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ และได้ปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ตามเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว การเป็นสมาชิกชมรม/กลุ่ม และผู้ดูแล
2. การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 2 ข้อ ประกอบด้วย การได้รับการตรวจสุขภาพ และโรคประจำตัว
3. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย
 - 1) ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)
 - 2) ภาวะพึ่งพิง
 - 3) ภาวะการมองเห็น
 - 4) ภาวะสมองเสื่อม
 - 5) ภาวะโภชนาการ
 - 6) ภาวะอ้วนลงพุง

7) ภาวะซึมเศร้า

8) ภาวะการหกล้ม

เกณฑ์การแปลผลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนี้

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	การแปลผล (ผ่าน)
1) ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)	กลุ่มติดสังคม (12 คะแนนขึ้นไป)
2) ภาวะการมองเห็น	มองเห็นชัดเจนด้วยตาเปล่า
3) ภาวะสมองเสื่อม	รู้คิดปกติ (ตอบถูก ตั้งแต่ 8 ข้อขึ้นไป)
4) ภาวะโภชนาการ	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
5) ภาวะอ้วนลงพุง	ไม่เกิน (รอบเอวชาย < 90 ซม., หญิง < 80 ซม.)
6) ภาวะซึมเศร้า	ปกติ
7) ภาวะการหกล้ม	ไม่เคยหกล้ม

การแปลผลภาวะสุขภาพ ใช้ตามนิยามความหมายในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ (2550) “สุขภาพ” หมายความว่า ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้จึงแปลผลภาวะสุขภาพดังนี้

ผ่านทั้ง 7 ข้อ	แปลผล	สุขภาพดี
ไม่ผ่าน 7 ข้อ	แปลผล	สุขภาพไม่ดี

4. พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 5 ข้อ

โดยการแปลผลพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 5 ข้อ มีดังนี้

พฤติกรรม	การแปลผล
1. ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันครั้งละ 15-30 นาที เป็นประจำ	ผ่าน
2. รับประทานผัก ผลไม้ ต่อสัปดาห์ เป็นประจำทุกวัน	ผ่าน
3. ดื่มน้ำอย่างน้อย วันละ 8 แก้ว เป็นประจำ	ผ่าน
4. ไม่สูบบุหรี่ / สูบยาเส้น	ผ่าน
5. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์	ผ่าน

การแปลผลพฤติกรรมที่พึงประสงค์

ผ่านทั้ง 5 ข้อ	แปลผล	มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
ไม่ผ่าน 5 ข้อ	แปลผล	ไม่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

ข้อจำกัดของเครื่องมือ

เครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์ และแบบประเมินร่างกาย ที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบสัมภาษณ์ และได้ปรับปรุงตามเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่ใช้ข้อคำถามตามเกณฑ์การประเมินตามแนวทางการดำเนินงานที่เป็นมาตรฐานในระดับประเทศ ได้แก่ สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ สำนักผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2559) ที่เป็นเหมือนสมุดประจำตัวของผู้สูงอายุ และเป็นการคัดกรองและประเมินสุขภาพขั้นพื้นฐานด้านตนเอง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน การประเมินสภาพสมอง กรมสุขภาพจิต (2559) และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ สำนักผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2559) ซึ่งข้อคำถามจะเป็นข้อคำถามที่

เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโดยทั่วไป บางข้อคำถามอาจจะไม่เหมาะสมกับบริบทและพื้นที่ของกลุ่มชาติพันธุ์โดยตรง ทำให้บางคำถามอาจจะได้คำตอบที่ไม่สมบูรณ์ ที่เกิดจากไม่มีข้อคำถามที่ตรงกับบริบทของพื้นที่ได้ ส่งผลให้การวิเคราะห์ผลในบางประเด็นคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงได้ เช่น การเป็นสมาชิก/เข้าร่วมกิจกรรมชมรม/กลุ่ม

3.3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน จังหวัดตาก และจังหวัดกาญจนบุรี
2. ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล ถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภออมก๋อย อำเภอฝาง อำเภอปาย อำเภอสองยาง อำเภออู่ผาง สังขละบุรี และไทรโยค และเข้าประสานงานชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย แบบสัมภาษณ์ ให้กับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุประจำสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
3. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่
4. ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล
5. นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนก่อนนำสู่การวิเคราะห์ทางสถิติ

3.4 แนวการวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

ผู้วิจัยวิเคราะห์ผลการศึกษาดังกล่าวด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้สถิติสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.5 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างสามารถไม่ให้ข้อมูลต่อ หากเกิดข้อกังวลใจ หรือไม่สะดวกในการให้ข้อมูล โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอข้อมูลทางวิชาการในภาพรวมที่นำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

3.6 สถานที่ที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และรวบรวมข้อมูล

- 3.6.1 อำเภอเชียงดาว อำเภอเวียงแหง อำเภออมก๋อย และอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่
- 3.6.2 อำเภอปาย อำเภอแม่ฮ่องสอน
- 3.6.3 อำเภอสองยาง อำเภออู่ผาง จังหวัดตาก
- 3.6.4 อำเภอสังขละบุรี และอำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี

3.7 ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย

ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาเรื่อง ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

- 4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์
- 4.2 การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์
- 4.3 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์
- 4.4 พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์กลุ่มชาติพันธุ์

4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ของข้อมูลทั่วไปผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=2,037)	ร้อยละ
1. กลุ่มชาติพันธุ์ (เผ่า)		
กะเหรี่ยง	942	46.2
จีนฮ่อ	113	5.5
ทวาย	2	0.1
ไทใหญ่	298	14.6
ปะหล่อง	15	0.7
มอญ	148	7.3
มูเซอ	93	4.6
ลาหู่	282	13.8
ลีซู	132	6.5
อาข่า	12	0.6
2. เพศ		
ชาย	967	47.5
หญิง	1,070	52.5
3. อายุ (ปี)		
60 – 69	1,326	65.1
70 – 79	519	25.5
80 ขึ้นไป	192	9.4
(Mean = 68.67 , S.D. = 7.07 ,Min = 60, Max = 102)		
4. สถานภาพสมรส		
โสด	40	2.0
คู่อยู่ด้วยกัน	1,500	73.6
คู่แยกกันอยู่	29	1.4
หย่า	33	1.6
หม้าย	435	21.4
5. ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	1,364	67.0
ครอบครัวขยาย	673	33.0

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลทั่วไปผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=2,037)	ร้อยละ
6. การเป็นสมาชิก/ร่วมกิจกรรมชมรม/กลุ่ม		
ไม่ได้เป็นสมาชิก	1,509	74.1
กลุ่มการเงิน	323	15.9
กลุ่มออกกำลังกาย (รำกระบอง รำวงย้อนยุค)	54	2.5
กลุ่มอาชีพ (หัตถกรรมพื้นบ้าน)	40	2.0
กลุ่มผู้สูงอายุ	34	1.7
กลุ่มปฏิบัติธรรม	77	3.8
7. ผู้ดูแล		
ดูแลตนเองได้	1,696	83.3
ลูกหลานดูแล	334	16.4
ญาติดูแล	7	0.3

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์เผ่ากะเหรี่ยง ร้อยละ 46.2 รองลงมาเป็นเผ่าไทใหญ่ ร้อยละ 14.6 และเผ่าลาหู่ ร้อยละ 13.8 ซึ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.5 รองลงมาเป็นเพศชาย ร้อยละ 47.5 ส่วนใหญ่อายุ 60 - 69 ปี ร้อยละ 65.1 รองลงมาอายุ 70 - 79 ปี ร้อยละ 25.5 มีอายุเฉลี่ยที่อายุ 68.67 และอายุมากที่สุดที่ 102 ปี ด้านสถานภาพสมรสส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 73.6 รองลงมาคือหม้าย ร้อยละ 21.4 ลักษณะของครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 67.0 รองลงมาเป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 33.0 จากการสอบถามด้านการเป็นสมาชิก/ร่วมกิจกรรม ชมรม/กลุ่ม พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 74.1 ไม่ได้เป็นสมาชิกกลุ่มใดในชุมชน รองลงมาเป็นสมาชิกกลุ่มการเงิน ร้อยละ 15.9 ส่วนการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ดูแลตนเองได้ ร้อยละ 83.3 รองลงมาลูกหลานดูแล ร้อยละ 16.4

4.2 การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์

การดูแลสุขภาพ	จำนวน (n=2,037)	ร้อยละ
การตรวจสุขภาพประจำปี		
ไม่ได้ตรวจ	694	34.1
ตรวจ	1,343	65.9
โรคประจำตัวที่วินิจฉัยโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
ไม่มี	1,551	76.1
มี (ตอบได้หลายข้อ)	486	23.9
โรคความดันโลหิตสูง	271	55.7
โรคเบาหวาน	214	44.1
โรคกระดูกและข้อเสื่อม	120	24.7
ไขมันในเส้นเลือด	81	16.7
กระดูกพรุน	14	2.8
โรคถุงลมปอดโป่งพอง	74	15.3
โรคหลอดเลือดสมอง	4	0.9
โรคหัวใจ	3	0.7
โรคมะเร็ง	2	0.5
โรคหอบหืด	2	0.5
การดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาสุขภาพ		
พบแพทย์ตามนัด	413	85.0
รักษาโดยวิธีแพทย์แผนไทย	35	7.2
ซื้อยากินเอง	10	2.1
รักษาโดยแพทย์พื้นบ้าน	21	4.3
รักษาเอง	7	1.4

การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ โดยส่วนใหญ่ตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 65.9 ไม่ได้ตรวจร้อยละ 34.1 โรคประจำตัว พบว่าผู้สูงอายุไม่มีโรคประจำตัวที่วินิจฉัยโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 76.1 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 23.9 โดยโรคประจำตัวที่เป็นส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 55.7 รองลงมาโรคเบาหวานร้อยละ 44.1 และโรคกระดูกและข้อเสื่อม ร้อยละ 24.7 ซึ่งเมื่อพบปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่พบแพทย์ตามร้อยละ 85

4.3 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์

ภาวะสุขภาพ	จำนวน (n=2,037)	ร้อยละ
1. การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)		
กลุ่มติดสังคม (12 คะแนนขึ้นไป)	1,954	95.9
กลุ่มติดบ้าน (5-11 คะแนน)	77	3.8
กลุ่มติดเตียง (0-4 คะแนน)	7	0.3
2. ประเภทผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง		
กลุ่ม 1 เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกินหรือ ขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง	44	52.4
กลุ่ม 2 เหมือนกลุ่ม 1 แต่มีภาวะสับสนทางสมอง	23	27.4
กลุ่ม 3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมีปัญหาการกินหรือ การขับถ่ายหรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง	13	15.5
กลุ่ม 4 เหมือนกลุ่ม 3 และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรือ อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต	4	4.7
3. ภาวะการมองเห็น		
มองเห็นชัดเจนด้วยตาเปล่า	1,515	74.4
มองเห็นชัดเจนโดยใช้อุปกรณ์ช่วย	158	7.8
มองเห็นไม่ชัดเจน พร่ามัว	359	17.6
มองไม่เห็น	4	0.2
4. แบบทดสอบสมอง (AMT)		
การรู้คิดปกติ (ตอบถูก 7 ข้อขึ้นไป)	1,500	73.6
การรู้คิดผิดปกติ (ตอบถูก < 7 ข้อ)	537	26.4
5. ภาวะโภชนาการ		
ผอม (BMI < 18.5)	301	14.8
ปกติ (BMI 18.5-22.9)	932	45.8
น้ำหนักเกิน (BMI 23.0-24.9)	378	18.6
โรคอ้วน (BMI 25.0-29.9)	350	17.2
โรคอ้วนอันตราย (BMI ≥30.0)	76	3.7
6. ภาวะอ้วนลงพุง		
เกิน	437	21.5
ไม่เกิน (รอบเอวชาย < 90 ซม., หญิง < 80 ซม.)	1,600	78.5

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ (ต่อ)

การประเมินภาวะสุขภาพ	จำนวน (n=2,037)	ร้อยละ
7. ภาวะซึมเศร้า		
ปกติ	1,912	93.9
เสี่ยง	125	6.1
8. ปัญหาการหกล้มในรอบปี		
ไม่เคย	1,886	92.6
เคย	151	7.4
8.1 จำนวนครั้งในการหกล้ม		
1 ครั้ง	103	68.3
2 ครั้ง	35	23.2
3 ครั้ง	11	7.3
4 ครั้ง	2	1.2
8.2 สถานที่ที่หกล้ม		
บริเวณภายในบ้าน	111	73.2
ไร่ สวน ที่นา	24	12.2
ห้องน้ำ	13	8.5
หน้าบ้าน	4	2.4
ที่ทำงาน	2	1.2
แม่น้ำ	2	1.2
หน้าเทศบาล	2	1.2
8.3 ช่วงเวลาที่ล้ม		
กลางวัน	127	84.1
กลางคืน	24	15.9
9. ภาวะสุขภาพ		
สุขภาพดี (ผ่านทั้ง 7 ข้อ)	437	21.5
สุขภาพไม่ดี (ไม่ผ่านทั้ง 7 ข้อ)	1,600	78.5

การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ อยู่กลุ่มติดสังคม (12 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 95.9 ประเภทผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้าน (5-11 คะแนน) ร้อยละ 3.8 และ กลุ่มติดเตียง (0-4 คะแนน) ร้อยละ 0.3 ตามลำดับ ส่วนผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง (คะแนนต่ำกว่า 11 คะแนน) ส่วนใหญ่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่ม 1 เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกินหรือขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง ร้อยละ 52.4 รองลงมา กลุ่ม 2 เหมือนกลุ่ม 1 แต่มีภาวะสับสนทางสมอง ร้อยละ 27.4 ภาวะมองเห็น ส่วนใหญ่มองเห็นชัดเจนด้วยตาเปล่า ร้อยละ 74.4 รองลงมา มองเห็นไม่ชัดเจน พร่ามัว ร้อยละ 17.6 การทดสอบภาวะสมองเสื่อม (Abbreviated Mental Test: AMT) ส่วนใหญ่การรู้คิดปกติ (ตอบถูก 7 ข้อขึ้นไป)

ร้อยละ 73.6 แต่ยังคงมีการรู้คิดผิดปกติ (ตอบถูก < 7 ข้อ) ถึงร้อยละ 24.6 ภาวะโภชนาการส่วนใหญ่ BMI ปกติ (BMI 18.5-22.9) ร้อยละ 45.8 รองลงมา น้ำหนักเกิน (BMI 23.0-24.9) ร้อยละ 18.6 โรคอ้วน (BMI 25.0-29.9) ร้อยละ 17.2 ผอม (BMI < 18.5) ร้อยละ 14.8 โรคอ้วนอันตราย ร้อยละ 3.7 ตามลำดับ ด้านภาวะอ้วนลงพุง ส่วนใหญ่มีรอบเอวไม่เกิน (รอบเอวชาย < 90 ซม., หญิง < 80 ซม) ร้อยละ 78.5 ด้านภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่ปกติ ร้อยละ 93.9 แต่ยังคงพบเสียง ร้อยละ 6.1 ภาวะการหกล้มในรอบปีส่วนใหญ่ ไม่เคยหกล้ม ร้อยละ 92.6 และหกล้มร้อยละ 7.4 ในคนที่เคยหกล้มมีจำนวนการหกล้มมากที่สุด 1 ครั้ง ร้อยละ 68.3 รองลงมาหกล้ม 2 ครั้ง ร้อยละ 23.2 โดยสถานที่หกล้มส่วนใหญ่เป็นบริเวณบ้าน ร้อยละ 73.2 รองลงมา เป็นที่ไร่ ส่วน ที่นา ร้อยละ 12.2 โดยช่วงเวลาที่ล้มมากที่สุดเป็นช่วงกลางวัน ร้อยละ 84.1 โดยจากการประเมินภาวะสุขภาพ พบผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพในภาพรวมดังนี้ สุขภาพดี ร้อยละ 21.5 และสุขภาพที่ไม่ดี ร้อยละ 78.5 ตามลำดับ

4.4 พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์กลุ่มชาติพันธุ์

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของกลุ่มชาติพันธุ์

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	จำนวน (n=2,037)	ร้อยละ
1. ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันครั้ง		
ละ 15-30 นาที		
ไม่เคย	1,065	52.3
บางครั้ง (น้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์)	838	41.1
เป็นประจำ (3-7 วันต่อสัปดาห์)	134	6.6
2. รับประทานผัก ผลไม้ต่อสัปดาห์		
ไม่เคย (1-2 วัน)	280	13.7
บางครั้ง (3-5 วัน)	1,207	59.3
เป็นประจำ (ทุกวัน)	550	27.0
3. ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว		
ไม่เคย	324	15.9
บางครั้ง	1,206	59.2
เป็นประจำ	507	24.9
4. สูบบุหรี่/สูบยาเส้น		
ไม่เคย	1,412	69.3
บางครั้ง	349	17.1
เป็นประจำ	276	13.6
5. ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่เคย	1,392	68.3
บางครั้ง	574	28.2
เป็นประจำ	71	3.5

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของกลุ่มชาติพันธุ์ (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	จำนวน (n=2,037)	ร้อยละ
6. สรุปผลพฤติกรรมที่พึงประสงค์		
มี (มีพฤติกรรมผ่านทั้ง 5 ข้อ)	259	12.7
ไม่มี (พฤติกรรมไม่ผ่านข้อใดข้อหนึ่งหรือมากกว่า 1 ข้อขึ้นไป)	1,778	87.3

การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 5 ข้อ พบว่า ผู้สูงอายุก่อชาติพันธุ์มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในแต่ละข้อดังนี้ ข้อ 1 ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันครั้งละ 15-30 นาที เป็นประจำ (3-7 วันต่อสัปดาห์) เพียงร้อยละ 6.6 ข้อ 2 รับประทานอาหารผัก ผลไม้ต่อสัปดาห์เป็นประจำ (ทุกวัน) ร้อยละ 27.0 ข้อ 3 ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้วเป็นประจำ ร้อยละ 24.9 ข้อ 4 สูบบุหรี่/สูบยาเส้น ผู้สูงอายุไม่เคยสูบ ร้อยละ 69.3 ข้อ 5 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่เคยดื่มร้อยละ 68.3 โดยสรุปผลพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ส่วนใหญ่ไม่มีถึงร้อยละ 87.3 (พฤติกรรมไม่ผ่านข้อใดข้อหนึ่งหรือมากกว่า 1 ข้อขึ้นไป) และมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เพียงร้อยละ 12.7 (มีพฤติกรรมผ่านทั้ง 5 ข้อ)

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษารั้วนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษารั้วนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ และแบบประเมินร่างกาย สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยผลการศึกษารั้วนี้ได้ดังนี้

5.1 สรุปผลการศึกษา

5.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์เผ่ากะเหรี่ยง ร้อยละ 46.2 รองลงมาเป็นเผ่าไทใหญ่ ร้อยละ 14.6 และเผ่าลาหู่ ร้อยละ 13.8 ซึ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.5 รองลงมาเป็นเพศชาย ร้อยละ 47.5 ส่วนใหญ่อายุ 60 - 69 ปี ร้อยละ 65.1 รองลงมาอายุ 70 - 79 ปี ร้อยละ 25.5 มีอายุเฉลี่ยที่อายุ 68.67 และอายุมากที่สุดที่ 102 ปี ด้านสถานภาพสมรสส่วนใหญ่มีสถานภาพอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 73.6 รองลงมาคือหม้าย ร้อยละ 21.4 ลักษณะของครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 67.0 รองลงมาเป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 33.0 จากการสอบถามด้านการเป็นสมาชิก/ร่วมกิจกรรม ชมรม/กลุ่ม พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 74.1 ไม่ได้เป็นสมาชิกกลุ่มใดในชุมชน รองลงมาเป็นสมาชิกกลุ่มการเงิน ร้อยละ 15.9 ซึ่งคำถามด้านการเป็นสมาชิก/ร่วมกิจกรรม ชมรม/กลุ่มที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ตอบไม่ได้เป็นสมาชิกกลุ่มใด อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ที่ข้อความถามเป็นข้อความที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโดยทั่วไป ซึ่งตามวิถีชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์แล้วมีวัฒนธรรมประเพณีและภาษาของตน และยังยึดถือความเชื่อตามประเพณีโดยมีการประกอบพิธีกรรมต่างๆ รวมถึงกิจกรรมศิลปหัตถกรรมและงานช่างฝีมือโดยเฉพาะการทอผ้า เย็บผ้า เย็บปักประดิษฐ์และการตีเหล็ก มีศิลปะการแสดงต่างๆ เป็นอัตลักษณ์เฉพาะกลุ่มทั้งการร้อง-รำ และดนตรี ซึ่งมีลักษณะเด่นที่สะท้อนอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ในแต่ละชนเผ่า (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2558) กิจกรรมที่ทำอาจจะไม่ใช้การรวมกลุ่ม หรือการจัดตั้งชมรมที่เป็นรูปธรรม จึงทำให้ข้อนี้ผู้สูงอายุอาจสับสนในข้อความถามและคำตอบได้ซึ่งจะต้องสำรวจในเชิงรุกต่อไป ส่วนด้านการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ดูแลตนเองได้ ร้อยละ 83.3 รองลงมาลูกหลานดูแล ร้อยละ 16.4

5.1.2 การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์

การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ โดยส่วนใหญ่ตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 65.9 ไม่ได้ตรวจร้อยละ 34.1 โรคประจำตัว พบว่าผู้สูงอายุไม่มีโรคประจำตัวที่วินิจฉัยโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 76.1 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 23.9 โดยโรคประจำตัวที่เป็นส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 55.7 รองลงมาโรคเบาหวานร้อยละ 44.1 และโรคกระดูกและข้อเสื่อม ร้อยละ 24.7 ซึ่งเมื่อพบปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่พบแพทย์ตามร้อยละ 85

5.1.3 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์

การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ อยู่กลุ่มติดสังคม (12 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 95.9 ประเภทผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้าน (5-11 คะแนน) ร้อยละ 3.8 และ กลุ่มติดเตียง (0-4 คะแนน) ร้อยละ 0.3 ตามลำดับ ส่วนผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง (คะแนนต่ำกว่า 11 คะแนน) ส่วนใหญ่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่ม 1 เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกินหรือขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง ร้อยละ 52.4 รองลงมา กลุ่ม 2 เหมือนกลุ่ม 1 แต่มีภาวะสับสนทางสมอง ร้อยละ 27.4 ภาวะมองเห็น ส่วนใหญ่มองเห็นชัดเจนด้วยตาเปล่า ร้อยละ 74.4 รองลงมามองเห็นไม่ชัดเจน พร่ามัว ร้อยละ 17.6 การทดสอบภาวะสมองเสื่อม (Abbreviated Mental Test: AMT) ส่วนใหญ่การรู้คิดปกติ (ตอบถูก 7 ข้อขึ้นไป) ร้อยละ 73.6 แต่ยังคงมีการรู้คิดผิดปกติ (ตอบถูก < 7 ข้อ) ถึงร้อยละ 24.6 ภาวะโภชนาการส่วนใหญ่ BMI ปกติ (BMI 18.5-22.9) ร้อยละ 45.8 รองลงมาน้ำหนักเกิน (BMI 23.0-24.9) ร้อยละ 18.6 โรคอ้วน (BMI 25.0-29.9) ร้อยละ 17.2 ผอม (BMI < 18.5) ร้อยละ 14.8 โรคอ้วนอันตราย ร้อยละ 3.7 ตามลำดับ ด้านภาวะอ้วนลงพุง ส่วนใหญ่มีรอบเอวไม่เกิน (รอบเอวชาย < 90, หญิง < 80 ซม) ร้อยละ 78.5 ด้านภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่ปกติ ร้อยละ 93.9 แต่ยังคงพบเสี่ยง ร้อยละ 6.1 ภาวะการหกล้มในรอบปีส่วนใหญ่ ไม่เคยหกล้ม ร้อยละ 92.6 และหกล้มร้อยละ 7.4 ในคนที่เคยหกล้มมีจำนวนการหกล้มมากที่สุด 1 ครั้ง ร้อยละ 68.3 รองลงมาหกล้ม 2 ครั้ง ร้อยละ 23.2 โดยสถานที่หกล้มส่วนใหญ่เป็นบริเวณบ้าน ร้อยละ 73.2 รองลงมา เป็นที่ไร่ ส่วน ที่นา ร้อยละ 12.2 โดยช่วงเวลาที่ล้มมากที่สุดเป็นช่วงกลางวัน ร้อยละ 84.1 โดยจากการประเมินภาวะสุขภาพ พบผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพในภาพรวมดังนี้ สุขภาพดี ร้อยละ 21.5 และสุขภาพที่ไม่ดี ร้อยละ 78.5 ตามลำดับ

5.1.4 พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์กลุ่มชาติพันธุ์

การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 5 ข้อ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในแต่ละข้อดังนี้ ข้อ 1 ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันครั้งละ 15-30 นาที เป็นประจำ (3-7 วันต่อสัปดาห์) เพียงร้อยละ 6.6 ข้อ 2 รับประทานอาหาร ผลไม้ต่อสัปดาห์เป็นประจำ (ทุกวัน) ร้อยละ 27.0 ข้อ 3 ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้วเป็นประจำ ร้อยละ 24.9 ข้อ 4 สูบบุหรี่/สูบยา เส้น ผู้สูงอายุไม่เคยสูบ ร้อยละ 69.3 ข้อ 5 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่เคยดื่มร้อยละ 68.3 โดยสรุปผลพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ส่วนใหญ่ไม่มีร้อยละ 87.3 (พฤติกรรมไม่ผ่านข้อใดข้อหนึ่งหรือมากกว่า 1 ข้อขึ้นไป) และมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เพียงร้อยละ 12.7 (มีพฤติกรรมผ่านทั้ง 5 ข้อ)

5.2 อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษานี้

1. ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์

การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ อยู่กลุ่มติดสังคม (12 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 95.9 ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี ของชนิษฐา บุรณพันธ์ศักดิ์ และจุไรรัตน์ เพียรวิบุตร (2557) ส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้มาก ร้อยละ 99.7 และมากกว่าการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี ของพิรสันต์ ปั่นก้อง (2560) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ร้อยละ 62.0 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับทำการศึกษาเรื่องภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลห้วยปลอึง อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ ของพุทธิพร พิธานธนากุล (2561) ที่พบว่าด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพา และสอดคล้องกับผลการศึกษารัษฎาธิ์ เข้มเพ็ชร (2551) ที่ทำการศึกษาวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุชาวเขาเผ่าสือที่มีอายุยืนยาวด้านวิถีชีวิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาภาวะสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมชาวไทยภูเขาในหมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ จังหวัดแม่ฮ่องสอน เชียงใหม่ และตาก ศูนย์พัฒนาอนามัยพื้นที่สูง (2557) ที่ผลการประเมินข้อมูลผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) พบว่าส่วนใหญ่ทำได้ด้วยตนเอง โดยผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง (ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน) ส่วนใหญ่กลุ่ม 1 เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกินหรือขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง ร้อยละ 52.4 รองลงมา กลุ่ม 2 เหมือนกลุ่ม 1 แต่มีภาวะสับสนทางสมอง ร้อยละ 27.4 ทั้งนี้จะต้องมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเหล่านี้เข้าถึงระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้ได้รับบริการด้านสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ที่เชื่อมโยงกับบริการทางสังคม โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่มากขึ้น

ภาวะการมองเห็น ส่วนใหญ่มองเห็นชัดเจนด้วยตาเปล่า ร้อยละ 74.4 รองลงมา มองเห็นไม่ชัดเจน พร่ามัว ร้อยละ 17.6 ซึ่งมากกว่าการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2561) ที่พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 51.4 สามารถมองเห็นได้ชัดเจนโดยไม่ต้องใส่แว่นหรือเลนส์ตา และ ร้อยละ 15.2 มองเห็นไม่ชัดเจน ตามลำดับ และมากกว่าการศึกษาเรื่องภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลห้วยปลอึง อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ ของพุทธิพร พิธานธนากุล (2561) ที่พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 12.6 มีปัญหาการมองเห็น

การทดสอบภาวะสมองเสื่อม (Abbreviated Mental Test: AMT) ส่วนใหญ่การรู้คิดปกติ (ตอบถูก 7 ข้อขึ้นไป) ร้อยละ 73.6 แต่ยังคงมีการรู้คิดผิดปกติ (ตอบถูก < 7 ข้อ) ถึงร้อยละ 24.6 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงร่างกายการทำงานของต่อมไร้ท่อผิดปกติ การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดในร่างกาย การขาดสารอาหารวิตามิน รวมถึงผู้สูงอายุบางพื้นที่อยู่ในถิ่นทุรกันดารคำถามบางข้อมีข้อจำกัดในเชิงบริบทและวัฒนธรรม ไม่เหมาะกับผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ ทำให้ไม่สามารถตอบคำถามได้ ทั้งนี้ต้องมีการประเมินในเชิงรุกต่อไป

ด้านภาวะโภชนาการส่วนใหญ่ BMI ปกติ (BMI 18.5-22.9) ร้อยละ 45.8 ซึ่งมากกว่าการศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 3 ของนาฏสินี ชัยแก้ว, ญัฐพร ม่วงแดง, พรทิพย์ สิงห์ชัย (2560) ที่พบว่าผู้สูงอายุมีดัชนีมวลกาย (Body mass of index: BMI) อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 33.7 แต่การศึกษาในครั้งนี้ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์มีแนวโน้มน้ำหนักเกิน และโรคอ้วน ร้อยละ 18.6 ร้อยละ 17.2 ตามลำดับ ด้านภาวะอ้วนลงพุง ส่วนใหญ่มีรอบเอวไม่เกิน (รอบเอวชาย < 90 ซม., หญิง < 80 ซม.) ร้อยละ 78.5 มีผู้สูงอายุที่รอบเอวเกินร้อยละ 21.1 ซึ่งทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุไม่ค่อยคำนึงถึงความสวยงามด้านรูปร่างเท่าเมื่อก่อน และมักนึกถึงสิ่งที่ยากทำเพื่อหาความสุขให้กับตนเองในช่วงวัยนี้มากกว่า โดยเฉพาะการกินที่ รวมถึงสภาพเศรษฐกิจ การคมนาคมในบางพื้นที่ที่ปัจจุบันดีขึ้น พื้นที่อยู่ไม่ห่างไกลจากตัวเมือง จึงทำให้สามารถเข้าถึงแหล่งอาหารได้มากขึ้น ที่ทำให้มีแนวโน้มที่จะทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ภาวะอ้วนได้

ด้านภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่ปกติ ร้อยละ 93.9 ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี ของชนิษฐา บุรณพันธ์ศักดิ์ และจุไรรัตน์ เพ็ญวิบุตร (2557) ที่พบว่าด้านสุขภาพทางจิต ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 97.2 แต่การศึกษานี้ยังคงพบผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าร้อยละ 6.1 ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 3 ของนาฏสินี ชัยแก้ว, ญัฐพร ม่วงแดง, พรทิพย์ สิงห์ชัย (2560) ที่พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 9.5

ปัญหาการหกล้มในรอบปีส่วนใหญ่ ไม่เคยหกล้ม ร้อยละ 92.6 และหกล้มร้อยละ 7.4 ในคนที่เคยหกล้มมีจำนวนการหกล้มมากที่สุด 1 ครั้ง ร้อยละ 68.3 รองลงมาหกล้ม 2 ครั้ง ร้อยละ 23.2 โดยสถานที่หกล้มส่วนใหญ่เป็นบริเวณบ้าน ร้อยละ 73.2 รองลงมา เป็นที่ไร่ ส่วน ที่นา ร้อยละ 12.2 โดยช่วงเวลาที่ล้มมากที่สุดเป็นช่วงกลางวัน ร้อยละ 84.1 ซึ่งมากกว่าการสำรวจสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2561) ที่พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 6.6 เคยหกล้มในระหว่าง 6 เดือนก่อนสัมภาษณ์ แต่เมื่อพิจารณาความถี่หรือจำนวนครั้ง สถานที่หกล้ม พบว่าสอดคล้องกันคือผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 69.7 เคยหกล้ม 1 ครั้ง รองลงมาหกล้ม 2-3 ครั้ง และมากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 23.9 และ 6.4 ตามลำดับ โดยสถานที่หกล้มครั้งสุดท้าย พบว่า หกล้มภายในบ้านมากที่สุด ร้อยละ 36.8 รองลงมาบริเวณตัวบ้าน และนอกบริเวณบ้าน ร้อยละ 32.4 และ 30.8 ตามลำดับ

2. พฤติกรรมที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์

ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ ส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ร้อยละ 87.3 (พฤติกรรมไม่ผ่านข้อใดข้อหนึ่งหรือมากกว่า 1 ข้อขึ้นไป) มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 12.7 (มีพฤติกรรมผ่านทั้ง 5 ข้อ) ทั้งนี้พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ที่ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ปฏิบัติได้แต่ละข้อมีดังนี้ ข้อ 1 ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันครั้งละ 15-30 นาที เป็นประจำ ร้อยละ 6.6 ข้อ 2 รับประทานอาหาร ผลไม้ต่อสัปดาห์เป็นประจำ ร้อยละ 27.0 ข้อ 3 ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้วเป็นประจำ ร้อยละ 24.9 ข้อ 4 ไม่เคยสูบบุหรี่/สุบยา เส่น ร้อยละ 69.3 ข้อ 5 ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 68.3 ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์น้อยกว่าการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2556) ที่ผู้สูงอายุไทยร้อยละ 26 มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ร้อยละ 30 ทั้งนี้พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ที่ผู้สูงอายุไทยปฏิบัติตัวได้น้อยที่สุดเรียงตามลำดับ ได้แก่ การออกกำลังกาย สัปดาห์ละ 3 วันวันละ 15-30 นาทีเป็นประจำ (ร้อยละ 57) ดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่าเป็น

ประจำ (ร้อยละ 65) รับประทานผักผลไม้เป็นประจำ (ร้อยละ 66) ไม่ดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 83) และ ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 84) และน้อยกว่าการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560 ของ สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2561) ที่พบว่า ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุไทย ร้อยละ 26.5 การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 67.7 การกินผักผลไม้เป็นประจำ และร้อยละ 59.8 การดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้ว หรือมากกว่าเป็นประจำ ผู้สูงอายุร้อยละ 7.3 สูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 2.3 ดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์มี โครงสร้างทางสังคมที่หลากหลาย วิถีชีวิต และมีวัฒนธรรม ประเพณี ภาษาเป็นของตนเอง รวมถึงแหล่ง ที่อยู่อาศัย อาหาร ฐานะทางเศรษฐกิจ ที่มีความแตกต่างจากผู้สูงอายุในชุมชนพื้นราบ หรือชุมชนเมือง หลวง

จากผลการวิจัยภาวะสุขภาพและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ พบว่าผู้สูงอายุ ชาติพันธุ์มีสุขภาพดี ร้อยละ 21.5 และสุขภาพที่ไม่ดี ร้อยละ 78.5 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา พฤติกรรมที่พึงประสงค์ที่พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ผ่านเกณฑ์ เพียงร้อยละ ร้อยละ 12.7 และไม่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ถึงร้อยละ 87.3 ซึ่งประเด็นนี้อาจจะต้องมีการหา ความสัมพันธ์ของปัจจัย บริบททางสังคม สภาพแวดล้อม วิถีชีวิต หรือหาสาเหตุเชิงลึกที่เกี่ยวข้องที่มีผล ต่อภาวะสุขภาพ รวมถึงศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุกลุ่ม ชาติพันธุ์ต่อไป

นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ระหว่างผู้สูงอายุกลุ่มชาติ พันธุ์กับผู้สูงอายุทั่วไปในเขตเมือง พบว่า

ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ อยู่กลุ่มติดสังคม (12 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 95.9 ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี ของ ขนิษฐา บุณพันศักดิ์ และจุไรรัตน์ เพ็ญ ธิบุตร (2557) ส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้มาก ร้อยละ 99.7 และมากกว่าการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี ของ พิรสันต์ ปั่นก้อน (2560) ที่พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ร้อยละ 62.0

ภาวะการมองเห็น ส่วนใหญ่มองเห็นชัดเจนด้วยตาเปล่า ร้อยละ 74.4 รองลงมา มองเห็นไม่ ชัดเจน พร่ามัว ร้อยละ 17.6 ซึ่งมากกว่าการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560 ของ สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2561) ที่พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 51.4 สามารถมองเห็นได้ชัดเจนโดยไม่ต้องใส่ แว่นหรือเลนส์ตา และ ร้อยละ 15.2 มองเห็นไม่ชัดเจน ตามลำดับ

ด้านภาวะโภชนาการส่วนใหญ่ BMI ปกติ (BMI 18.5-22.9) ร้อยละ 45.8 ซึ่งมากกว่าการศึกษา ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 3 ของนาฏสินี ชัยแก้ว, ญัฐพร ม่วง แดง, พรทิพย์ สิงห์ชัย (2560) ที่พบว่าผู้สูงอายุมีดัชนีมวลกาย (Body mass of index: BMI) อยู่ใน เกณฑ์ปกติ ร้อยละ 33.7 แต่การศึกษาในครั้งนี้ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์มีแนวโน้มน้ำหนักเกิน และโรคอ้วน ร้อยละ 18.6 ร้อยละ 17.2 ตามลำดับ

ด้านภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่ปกติ ร้อยละ 93.9 น้อยกว่าการศึกษาของขนิษฐา บุณพันศักดิ์ และ จุไรรัตน์ เพ็ญธิบุตร (2557) ได้ทำการศึกษา เรื่อง ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี ส่วน ใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 97.2 และการศึกษาครั้งนี้พบผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ที่เสี่ยงต่อภาวะ ซึมเศร้าร้อยละ 6.1 ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุ เขต

สุขภาพที่ 3 ของนาฏสินี ชัยแก้ว, ณัฐพร ม่วงแดง, พรทิพย์ สิงห์ชัย (2560) ที่พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 9.5

ปัญหาการหกล้มในรอบปีส่วนใหญ่ เคยหกล้มร้อยละ 7.4 ซึ่งมากกว่า การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2561) ที่พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 6.6 เคยหกล้มในระหว่าง 6 เดือนก่อนสัมภาษณ์

พฤติกรรมที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ ส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ร้อยละ 87.3 (พฤติกรรมไม่ผ่านข้อใดข้อหนึ่งหรือมากกว่า 1 ข้อขึ้นไป) มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 12.7 (มีพฤติกรรมผ่านทั้ง 5 ข้อ) ซึ่งน้อยกว่าการสำรวจของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2556) ได้สำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ที่พบว่าผู้สูงอายุไทยร้อยละ 26 มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ แต่ก็ยังพบว่าทั้งผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์และผู้สูงอายุทั่วไปมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ต่ำกว่าเป้าหมายของระดับประเทศที่ที่ตั้งไว้ร้อยละ 30

สรุปเมื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ระหว่างผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์กับผู้สูงอายุทั่วไปในเขตเมือง พบว่าภาวะสุขภาพด้านการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ภาวะมองเห็นชัดเจนด้วยตาเปล่าด้านภาวะโภชนาการส่วนใหญ่ BMI ปกติ ดีกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง แต่ก็ยังพบผู้สูงอายุชาติพันธุ์มีภาวะหกล้ม และเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้าผู้สูงอายุในเขตเมือง และมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์น้อยกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง ทั้งนี้อาจจะต้องมีการคัดกรอง และประเมินในเชิงลึกของกลุ่มชาติพันธุ์แต่ละพื้นที่ เพื่อจะได้ใช้ข้อมูลวางแผนส่งเสริมและป้องกันโรคที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุได้เหมาะสมกับสถานการณ์ของพื้นที่ชาติพันธุ์ต่อไป

5.3 ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทางในการนำผลการศึกษาไปใช้

จากผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถแสดงข้อมูลภาวะสุขภาพพื้นฐานที่สำคัญในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ เพื่อส่งเสริมประสิทธิภาพในการดำเนินงานดังนี้

1. จากการสอบถามด้านการเป็นสมาชิก/ร่วมกิจกรรมชมรม/กลุ่ม พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 74.1 ไม่ได้เป็นสมาชิกกลุ่มใดในชุมชน ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการรวมกลุ่มในชุมชน เน้นให้มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม
2. การทดสอบภาวะสมองเสื่อม (Abbreviated Mental Test: AMT) ส่วนใหญ่การรู้คิดปกติ (ตอบถูก 7 ข้อขึ้นไป) ร้อยละ 73.6 รองลงมาคือการรู้คิดผิดปกติ (ตอบถูก < 7) ข้อร้อยละ 24.6 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ควรคัดกรอง และทดสอบสองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ มากขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการรับบริการ และสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างทั่วถึง และให้คำแนะนำญาติในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและการดูแลสุขภาพตนเองของญาติ/ผู้ดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป
3. ด้านภาวะซึมเศร้า กลุ่มปกติ ร้อยละ 93.9 แต่ยังคงพบความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 6.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ โดยการคัดกรองภาวะ

ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และบูรณาการหาแนวทางการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงภาวะซึมเศร้าร่วมกับหน่วยงานอื่นต่อไป

4. การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 5 ข้อ คือ 1) ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันครั้งละ 15-30 นาที 2) รับประทานอาหาร ผลไม้ต่อสัปดาห์ 3) ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว 4) สูบบุหรี่/สูบบุหรี่ และ 5) ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมที่พึงประสงค์ส่วนใหญ่ไม่ผ่านร้อยละ 87.3 (พฤติกรรมไม่ผ่านข้อใดข้อหนึ่งหรือมากกว่า 1 ข้อขึ้นไป) และมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ผ่านเกณฑ์ เพียงร้อยละ 12.7 (มีพฤติกรรมผ่านทั้ง 5 ข้อ) ดังนั้นควรพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับพื้นที่เฉพาะในกลุ่มชาติพันธุ์ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มสูงขึ้น

5. ผู้สูงอายุในกลุ่มชาติพันธุ์ควรได้รับการคัดกรองสุขภาพและสามารถประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง (Individual wellness plan) จนสามารถวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเองได้ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน กระตุ้นให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว และส่งเสริมให้มีชมรมผู้สูงอายุ แกนนำสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุ เข้ามามีบทบาทในการให้ความรู้การประเมินภาวะสุขภาพตนเอง ให้คำแนะนำช่วยเหลือผู้สูงอายุ ส่งเสริมความเข้มแข็งของชมรมผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ โดยค้นหาต้นทุนทางสังคมบุคคลที่มีศักยภาพในชุมชน กระตุ้นให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ตรงกับปัญหาและความต้องการของพื้นที่ และบริบทของกลุ่มชาติพันธุ์แต่ละเผ่า เพื่อลดความเหลื่อมล้ำและเกิดความยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับกลุ่มชาติพันธุ์
2. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ที่เหมาะสมกับกลุ่มชาติพันธุ์
3. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์
4. ควรมีการศึกษาการเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์ทางด้านสุขภาพหรือการเข้าถึงการคัดกรองภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์
5. ควรมีการศึกษากระบวนการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์

บรรณานุกรม

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดย สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ (2559). **แบบฟอร์มสำหรับคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ(Basic Geriatric Screening: BGS).** สืบค้นเมื่อ 25 ,กุมภาพันธ์, 2561, จาก : http://www.tako.moph.go.th/takmoph2016/file_download/file_20191004152205.pdf
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). **คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ.** กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระทรวงสาธารณสุข.
- กรมพลศึกษา กระทรวงท่องเที่ยวและกีฬา. (2538) **รายงานการวิจัยเรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย Health behaviors of the elderly in Thailand.** กรุงเทพฯ : กลุ่มวิจัย สอนส่งเสริมพลศึกษาสุขภาพและนันทนาการ.
- กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2559). **ทำเนียบชุมชนบนพื้นที่สูง 20 จังหวัดของประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2559.** ม.ป.ท.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). **การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ.** นนทบุรี : โรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2560) **แบบทดสอบด้านสุขภาพจิต.** สืบค้นเมื่อ 25 ,กุมภาพันธ์, 2561, จาก : <https://www.dmh.go.th/test/download/view.asp?id=22>
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2556). **แผนงานยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค(8 Flagship Project).** ,ม.ป.ท.
- กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์. (2554.) **พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546** สืบค้นเมื่อ 25 ,พฤศจิกายน, 2560, จาก :https://www.dop.go.th/download/laws/regulation_th_20152509163042_1.pdf
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2558) **แผนแม่บทการพัฒนากลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทย.** ม.ป.ท.
- กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2546) **สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย.** (พิมพ์ครั้งที่ 2) กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด.
- ชนิษฐา บุณพันศักดิ์ และจุไรรัตน์ เพียรวิบุตร. (2557) **ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี.** งานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ.
- เฉลิม ไบजू. (2556) **พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง ตำบลฮอด อำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่.** (บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.)
- ชมพูนุท พรหมภักดี. (2556). **การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย.** บทความวิชาการ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย (Aging society in Thailand). 3 (16 สิงหาคม 2556)

- ทรงศณีย์ โกศยทิพย์. (2553). **ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย.** (การค้นคว้าแบบอิสระสาขารัฐศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร.)
- ธัญชลี เข้มเพ็ชร. (2551). **วิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุชาวเขาเผ่าลีซอที่มีอายุยืนยาว.** (วิทยานิพนธ์ ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.)
- นาฏสินี ชัยแก้ว วัชรพร ม่วงแดง และพรทิพย์ สิงห์ชัย. (2560). **ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 3. ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์.**
- นลินี มิ่งมณี. (2549). **ปัจจัยทางชีวสังคมและจิตลักษณะบางประการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง.** สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ) . กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2543). **ผู้สูงอายุไทย.** กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- บุญญาภา กันยะ. (2552). **ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพค้าขายในตลาดสด จังหวัดน่าน.** (วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตบัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.)
- ประเวศ วะสี. (2547). **ทฤษฎีใหม่ทางการแพทย์.** กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. พิมพ์ครั้งที่ 2
- พีรสันต์ ปั่นก้อน. (2560). **ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี.** วารสารกรมการแพทย์. 2560;42(6) : 119 -123.
- พุทธิพร พิธานธนากุล. (2561). **ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลห้วยป่าปล้อง อำเภอเมืองจังหวัดศรีสะเกษ.** พยาบาลสาร. 2561;45(1) : 12 – 25.
- พรรณี สุวดี. (2561). **การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ตลอดชีวิตของสังคมผู้สูงวัยกลุ่มชาติพันธุ์ในภาคเหนือตอนบน.** คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2559). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2559.** กรุงเทพฯ : อมรินทร์
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2556). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556.** สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม, 2561, จาก : <https://bit.ly/3lBldQx>
- ละเอียด แจ่มจันทร์ และสุรี ชันธรักษวงศ์. (2549). **สารทบทวนการพยาบาลผู้สูงอายุ.** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี.
- วนิดา ดวงสงค์. (2550). **การสร้างเสริมสุขภาพ : แนวคิด หลักการและการประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล.** พิมพ์ครั้งที่ 2. สมุทรปราการ : สำนักพิมพ์แห่งมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- วิธมา ธรรมเจริญ. (2555). **อิทธิพลของปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในที่มีต่อความสุขของผู้สูงอายุ.** (วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.)
- ศิริพันธุ์ สาสัดย์. (2549). **การพยาบาลผู้สูงอายุ : ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล.**

- กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรียรรณ ทาวงศ์มา และสิริภา ภาคณะภา. (2561) การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชาว
ไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยง พื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดน ตามแนวทาง
พระราชทานพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ จังหวัดแม่ฮ่องสอน. รายงานการวิจัย
ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยพื้นที่สูง กรมอนามัย. (2557). สำนักรวบรวมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมชาวไทยภูเขา
ในหมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ. รายงานการ
สำรวจ
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2537). การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์. (พิมพ์ครั้งที่ 3).
กรุงเทพฯ:วี.เจ.ปรีนติง
- สมนึก กุลสถิตพร. (2549). กายภาพบำบัดในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : ออฟ เซ็ท เพรส.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2550) พระราชบัญญัติสุขภาพ
แห่งชาติ พ.ศ.2550. นนทบุรี:
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2559) สถิติประชากรของประเทศไทย. สืบค้นเมื่อ 20 ตุลาคม, 2560, จาก :
<https://www.nso.go.th/sites/2014>.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2561). รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560.
สืบค้นเมื่อ 25 สิงหาคม, 2561, จาก : <https://bit.ly/3zaFrp7>.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแล
ระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ. (พิมพ์ครั้งที่ 1). ม.ป.ท.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2553) การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว.
กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2556) รายงานการสำรวจภาวะสุขภาพ
ผู้สูงอายุไทยปี 2556 ภายใต้แผนงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ. กรุงเทพฯ :
โรงพิมพ์วัชรินทร์ พี.พี.
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2559).สมุดบันทึกสุขภาพ. เชียงใหม่ : บริษัท
สยามพิมพ์นานา จำกัด
- อุมพร เคนสีลา นิตยากร ลุนพรหม และมานพ คณะโต (2558) การดูแลผู้สูงอายุชาวเขาเผ่า
ปกากะญอ : กรณีศึกษาบ้านแม่หลุ ตำบลกองแขก อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ วารสาร
โรงพยาบาลสกลนคร 2558 ;18(3) : 240 - 246.
- องค์การอนามัยโลก. (2535). สถานการณ์ผู้สูงอายุ 2553. สืบค้นเมื่อ 25 พฤศจิกายน, 2560, จาก :
<http://www.who.int>.
- อรชร โททวี. (2548). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางแพ จังหวัด
ราชบุรี. (วิทยานิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.)

- N.S. Walker and others. (1988). **Health-promoting life styles of older adults : comparisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns.** Advance in Nursing Science, 11(1) 76-90
- Orem, D.E. (2001). **Nursing: Concept of practice 5th ed.** St Louis: Mosby-Year book, Inc.
- Orem, D.E. 1991. **Nursing: Concepts o practice.** 4th ed. St.Louis: Mosby Year Book.
- Pender J Nola. Carolyn L. , Parsons M and Parsons M. (2011). **Health Promotion in Nursing Practice 6th ed.** New Jersey: Pearson Education Inc.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์เลขที่.....

แบบสอบถาม ผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป)

☐ กลุ่มชาติพันธุ์ ระบุ.....
หมู่บ้าน.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
ผู้สัมภาษณ์.....วันเดือนปีที่สัมภาษณ์.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง
2. อายุ.....ปี ☐ 1. 60- 69 ปี ☐ 2. 70-79 ปี ☐ 3. 80 ปีขึ้นไป
3. สถานภาพสมรส
☐ 1. โสด ☐ 2. คู่อยู่ด้วยกัน ☐ 3. คู่แยกกันอยู่
☐ 4. หย่า ☐ 5. หม้าย ☐ 6. อื่นๆระบุ.....
4. ลักษณะครอบครัว ☐ 1. ครอบครัวเดี่ยว ☐ 2. ครอบครัวขยาย
5. ปัจจุบันท่านเป็นสมาชิกชมรม/กลุ่ม และเข้าร่วมกิจกรรมมากที่สุดคือ
☐ 1. กลุ่มออกกำลังกาย (รำกระบอง รำวงย้อนยุค) ☐ 2. กลุ่มอาชีพ (หัตถกรรมพื้นบ้าน)
☐ 3. กลุ่มปฏิบัติธรรม ☐ 4. กลุ่มดนตรี ☐ 5. กลุ่มการเงิน (กลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์)
☐ 6. ไม่ได้เป็นสมาชิกกลุ่ม ☐ 7. อื่นๆระบุ.....
6. ผู้ดูแลท่าน
☐ 1. ดูแลตนเองได้ ☐ 2. ลูกหลานดูแล ☐ 3. ญาติดูแล (ระบุ.....)

ส่วนที่ 2 การดูแลสุขภาพ

2.1 ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาท่านได้ไปรับการตรวจสุขภาพประจำปีบ้างหรือไม่

- ☐ 1. ไม่ได้ตรวจ
☐ 2. ตรวจ (วัดความดันโลหิต ตรวจปัสสาวะ อูจจาระ และเลือดจากเส้นเลือด)

2.2 ท่านมีโรคประจำตัวที่วินิจฉัยโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือไม่

- ☐ 1. ไม่มี
☐ 2. มี (ระบุ)

(1)โรคประจำตัวที่เป็น (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|--|--|
| ☐ 1. ความดันโลหิตสูง | ☐ 5. โรคกระดูกและข้อเสื่อม |
| ☐ 2. เบาหวาน | ☐ 6. กระดูกพรุน |
| ☐ 3. โรคหัวใจ | ☐ 7. ไชมันในเส้นเลือด |
| ☐ 4. มะเร็ง | ☐ 8. อื่น ๆ ระบุ |

(2)ท่านดูแลตนเองอย่างไร

- | | |
|--|--|
| ☐ 1. รักษาโดยวิธีแพทย์แผนไทย | ☐ 3. พบแพทย์ตามนัด |
| ☐ 2. ซื้อยากินเอง | ☐ 4. รักษาโดยแพทย์พื้นบ้าน |
| ☐ 6. รักษาเอง ระบุ..... | ☐ 7. อื่น ๆ ระบุ..... |

ส่วนที่ 3 การประเมินภาวะสุขภาพ

3.1 การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) (สอบถามเจ้าหน้าที่ หรือดูจากสมุดบันทึกสุขภาพ)

- ☐ 1.กลุ่มติดสังคม (ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป) ☐ 2.กลุ่มติดบ้าน (5 -11 คะแนน) ☐ 3.กลุ่มติดเตียง (0 -4 คะแนน)

แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index)

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสารไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)

- ☐ 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
☐ 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นเล็กๆไว้

ล้างหน้า

- ☐ 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 หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
☐ 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพิ่มความปลอดภัย

☐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 หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย

☐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

3.2 ประเภทผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

☐ 1.กลุ่มที่1 เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง

☐ 2.กลุ่มที่2 เหมือนกลุ่มที่ 1 แต่มีภาวะสับสนทางสมอง

☐ 3.กลุ่มที่3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง

☐ 4.กลุ่มที่4 เหมือนกลุ่มที่ 3 และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต

3.3 ภาพการมองเห็น (สอบถาม)

- ☐ 1. มองเห็นชัดเจนด้วยตาเปล่า ☐ 2. มองเห็นชัดเจนโดยใช้อุปกรณ์ช่วย
☐ 3. มองเห็นไม่ชัดเจน พร่ามัว ☐ 4. มองไม่เห็น

3.4 แบบทดสอบสภาพสมอง: Abbreviated Mental Test (AMT)

- ☐ 1. การรู้คิดปกติ (ตอบถูก 7 ข้อขึ้นไป) ☐ 2. การรู้คิดผิดปกติ (ตอบถูก < 7 ข้อ)

คำถาม	คำตอบ	ถูก	ผิด
1. อายุ.....เท่าไร		1.[]	[]
2. ขณะนี้เวลา.....อะไร (คำตอบควรสอดคล้อง เช่น 15.00.น.หรือ บ่ายสาม)		2.[]	[]
3. ที่อยู่ปัจจุบันของท่าน คือ		3.[]	[]
4. ปีนี้.....ปีอะไร (คำตอบ ที่สอดคล้อง เช่น ขวด ฉลุ ขาล เป็นต้น)		4.[]	[]
5. สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร		5.[]	[]
6. คนนี้คือใคร.....(ชี้ที่คนสัมภาษณ์) และ คนนี้คือใคร. . (ชี้ที่คนใกล้ ๆ :ญาติ)		6.[]	[]
7. วันเดือนปีเกิดของท่านคือ.....		7.[]	[]
8. เหตุการณ์ 14 ตุลา หรือวันมหาวิปโยค เกิดในปี พ.ศ.		8.[]	[]
9. พระมหากษัตริย์องค์ปัจจุบันมีพระนามว่าอะไร		9.[]	[]
10. ให้นับถอยหลังจาก 20 จนถึง 1		10.[]	[]
ถ้าตอบ ถูก 8-10 ข้อ แสดงว่า การรู้คิดปกติ	รวมข้อที่ตอบถูก.....ข้อ		
ถ้าตอบ ถูก ≤ 7 ข้อ แสดงว่า การรู้คิดผิดปกติ			

3.5 ภาพโภชนาการ

ชั่งน้ำหนัก.....กิโลกรัม วัดส่วนสูง.....ซม. BMI =

- ☐ 1.ผอม (BMIน้อยกว่า 18.5)
☐ 2.ปกติ (BMI18.5 – 22.9)
☐ 3.น้ำหนักเกิน (BMI23.0 – 24.9)
☐ 4.โรคอ้วน (BMI 25.0 – 29.9)
☐ 5.โรคอ้วนอันตราย (BMI มากกว่า30.0)

3.6 ภาพอ้วนลงพุง รอบเอว.....ซม.

- ☐ 1.เกิน
☐ 2.ไม่เกิน (ชายรอบเอวน้อยกว่า 90 ซม. หญิงรอบเอวน้อยกว่า 80 ซม.)

3.7 ประเมินภาวะซีมเศร้า

- ☐ 1 ปกติ ☐ 2. มีความเสี่ยงภาวะซีมเศร้า (แปลผลตอบข้อ 1 ทั้ง 2 ข้อไม่มีภาวะซีมเศร้า)
(1) ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ท่านรู้สึกหดหู่ เศร้า หรือท้อแท้ สิ้นหวังหรือไม่
☐ 1. ไม่มี ☐ 2. มี

(2) ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ท่านรู้สึกเบื่อทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่

☐ 1. ไม่มี ☐ 2. มี

3.8 ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมาท่านเคยมีปัญหาระการปวดต/หกล้มหรือไม่

☐ ไม่เคย

☐ เคย

จำนวน.....ครั้งในรอบปี

สถานที่.....

ช่วงเวลา ☐ กลางวัน ☐ กลางคืน

ส่วนที่ 4 ด้านพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

4.1 ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันครั้งละ 15-30 นาที

☐ 1. ไม่เคย ☐ 2. บางครั้ง(น้อยกว่า 3 วัน ต่อสัปดาห์) ☐ 3. เป็นประจำ (3-7 วัน ต่อสัปดาห์)

4.2 รับประทานผัก ผลไม้ ต่อสัปดาห์

☐ 1. ไม่เคย (1-2 วัน) ☐ 2. บางครั้ง (3-5 วัน) ☐ 3. เป็นประจำ (ทุกวัน)

4.3 ท่านดื่มน้ำอย่างน้อย วันละ 8 แก้ว

☐ 1. ไม่เคย ☐ 2. บางครั้ง ☐ 3. เป็นประจำ

4.4 ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่ / สูบยาเส้นหรือไม่

☐ 1. ไม่สูบหรือเลิกสูบแล้ว.....ปี ☐ 2. สูบบางครั้ง ☐ 3. สูบเป็นประจำ

4.5 ปัจจุบันท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่นสุรา เบียร์ ยาแดงเหล้าหรือไม่

☐ 1. ไม่เคย ☐ 2. บางครั้ง ☐ 3. เป็นประจำ

สรุปผล พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (ตอบข้อ 1 ทั้ง 5 ข้อ)

☐ ผ่าน (มีพฤติกรรมผ่านทั้ง 5 ข้อ) ☐ ไม่ผ่าน (พฤติกรรมไม่ผ่าน ข้อใดข้อหนึ่งหรือมากกว่า1ข้อขึ้นไป)

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวปวีตรา ไททอง
วัน เดือน ปี เกิด	10 พฤศจิกายน พ.ศ. 2530
ประวัติการศึกษา	
ปีการศึกษา 2553	ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
ปีการศึกษา 2562	ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ประสบการณ์การทำงาน	
ปี 2553 - เมษายน 2559	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง
ปี พฤษภาคม 2559 – มิถุนายน 2563	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ กรมอนามัย
ปี มิถุนายน 2563 – ปัจจุบัน	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ กรมอนามัย