

## บทที่ 1 บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญ

โครงสร้างของประชากรโลกในปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะมีจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางด้านระบบสาธารณสุขทำให้คนไทยมีอายุยืนยาวขึ้น ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมากขึ้น ส่งผลให้อายุขัยโดยเฉลี่ยของประชากรโลกและประชากรไทยยืนยาวขึ้นกว่าเดิม และมีผลต่อการเพิ่มขนาดและสัดส่วนประชากรสูงอายุไทย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรของประเทศไทย ประชากรไทยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปหรือ ผู้สูงอายุมีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการคาดประมาณประชากรเพื่อการวางแผนและกำหนดยุทธศาสตร์รองรับการเปลี่ยนแปลง สัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มจากร้อยละ 7.2 ในปี 2553 เป็นร้อยละ 15.3 ในปี 2563 และในปีพ.ศ. 2568 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น 14.9 ล้านคนหรือคิดเป็น 2 เท่าของปี พ.ศ. 2552 และในปีพ.ศ.2573 เพิ่มขึ้นเป็น 17.8 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 25 ของประชากรทั้งประเทศ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2553, หน้า 1) ซึ่งผู้สูงอายุของประเทศไทยที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปมีมากที่สุด ในอาเซียนคิดเป็นร้อยละ 12 ของประชากรทั้งหมด มีจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไปประมาณ 8.1 ล้านคน และอายุ 80 ปีขึ้นไปประมาณ 8 แสนคน ทำให้ประเทศไทยติดอันดับประเทศที่มีประชากรสูงอายุมาก ที่เป็นเช่นนี้จากความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขของไทยรวมถึงการวางแผนครอบครัว มีผลทำให้อัตราการเกิดหรือเด็กเกิดใหม่ลดลง ประชากรมีอายุยืนยาวมากขึ้น เกิดอัตราส่วนประชากรวัยสูงอายุ เท่ากับ 1 ใน 2 ของประชากรวัยเด็ก ส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพิงทางสังคมมากขึ้น เปรียบเทียบอัตราส่วนการพึ่งพิงกลุ่มประชากรผู้สูงอายุในกลุ่มเออีซี พบว่า ส่วนใหญ่มีแนวโน้มสูงขึ้นต่อเนื่องยกเว้น ลาว และเวียดนาม ที่มีประชากรสูงอายุลดลงเล็กน้อย และไทยมีอัตราส่วนการพึ่งพิงของประชากรสูงอายุที่ร้อยละ 12.8 ตามด้วย สิงคโปร์ เวียดนามและอินโดนีเซีย ส่วนบรูไนและฟิลิปปินส์ มีอัตราการพึ่งพิงน้อยที่สุดในอาเซียน (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล, 2556, หน้า 1) จากข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันของผู้สูงอายุไทยที่ว่า เดินผ่านคนไทย 10 คน จะพบว่า มีผู้สูงอายุ 1 คน และในอีก 20 ปีข้างหน้า คาดว่าเดินผ่านคนไทย 4 คน จะมีผู้สูงอายุ 1 คน ซึ่งประเทศไทยมีอัตราการเข้าสู่ภาวะสูงอายุ โดยเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2553 และเป็นสังคมผู้สูงอายุเต็มตัวในปี พ.ศ.2573 จะเห็นได้จากการเปลี่ยนแปลงในขนาดและสัดส่วนของประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทางองค์การสหประชาชาติได้แสดงว่าระหว่างปี พ.ศ. 2533 ถึง พ.ศ. 2593 เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนประชากรไทยทั้งหมดในปี พ.ศ. 2523 ร้อยละการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุคิดเป็นร้อยละ 47 ในปี พ.ศ. 2533 และเพิ่มขึ้นเป็นประมาณร้อยละ 77 ในปี พ.ศ. 2593 (จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, วิทยาลัยประชากรศาสตร์, 2556, หน้า 1) จากข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องบทความวิชาการของชมพูนุท พรหมภักดี (2556, หน้า 1) เรื่องการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยว่า ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) หากพิจารณาจากคำจำกัด ความที่ว่าสังคมผู้สูงอายุคือสังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไปมากกว่า 10% หรือมีประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป

มากกว่า 7% ประเทศไทยก็เป็นสังคมผู้สูงอายุแล้วตั้งแต่ปี 2548 เพราะมีประชากรตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 10.4% และยังคงคาดการณ์ว่าในอีก 20 ปีข้างหน้า สังคมไทยจะเป็นสังคม ผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) โดยพิจารณาจากจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า 20% หรือมีประชากรที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไปเกินกว่า 14% คาดว่าในปี 2571 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุเกิน 60 ปี 23.5% กล่าวโดยรวม คือ ประเทศไทยจะก้าวจากสังคมผู้สูงอายุ เป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ในเวลาเพียง 20 กว่าปีเท่านั้น ซึ่งถือว่าใช้เวลาสั้น ในขณะที่ยังมีกลุ่มประเทศที่เป็นระลอกแรกของสังคมผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว ใช้เวลาค่อนข้างมาก เช่น ฝรั่งเศส ใช้เวลา 115 ปี สวีเดน 85 ปี ออสเตรเลีย 73 ปี สหรัฐอเมริกา 69 ปี เป็นต้น ทำให้ประเทศเหล่านี้มีเวลาปรับตัว ปรับโครงสร้างทางเศรษฐกิจ และสังคมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ ขณะที่กลุ่มประเทศที่เป็นคลื่นลูกที่สอง ซึ่งส่วนใหญ่ เป็นประเทศกำลังพัฒนา ใช้เวลาสั้นกว่ามาก เช่น ชิลี ในเวลา 27 ปี จีน 26 ปี ไทย 22 ปี สิงคโปร์ 19 ปี เป็นต้น ทำให้มีเวลาเตรียมตัวรับสถานการณ์ผู้สูงอายุน้อย

ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) แสดงให้เห็นว่า สถานการณ์และแนวโน้มของสังคมไทย โครงสร้างประชากรไทยเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่าง สมบูรณ์เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 โดยปี 2557 ประชากรวัยแรงงานจะมีจำนวนสูงสุดและเริ่ม ลดลงอย่างต่อเนื่อง คุณภาพคนไทยทุกกลุ่มวัยยังมีปัญหา คุณภาพการศึกษาและการเรียนรู้ของคน ไทยยังอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ขณะที่คนไทยมีแนวโน้มเป็นโรคไม่ติดต่อมากขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของ การเสียชีวิต รวมถึงปัญหาด้านสุขภาพในวัยผู้สูงอายุจะส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายภาครัฐ (กระทรวง สาธารณสุข, คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12, 2560, หน้า 8 - 9) ซึ่งสถานการณ์เช่นนี้จึงได้ส่งผลกระทบต่ออัตราการเกิด และอัตราการตายที่มีแนวโน้มลดลงอย่าง ต่อเนื่องและมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรสูงอายุในปัจจุบันที่แตกต่างจากอดีต ค่อนข้างมาก ในช่วงเวลาที่ผ่านมามีประเทศไทยมีอัตราการตายลดลง ซึ่งเป็นผลมาจากความก้าวหน้า ทางการแพทย์และการสาธารณสุขรวมถึงการพัฒนาทางด้านสังคม จากรายงานเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุทั่วโลกใช้ชื่อว่า ดัชนีผู้สูงอายุทั่วโลก Global Age Watch Index ประจำปี 2556 เป็น การตรวจสอบคุณภาพของชีวิตผู้สูงอายุ 91 ประเทศ สวีเดนเป็นประเทศที่น่าอยู่ที่สุดในโลกสำหรับผู้ สูงอายุ ตามด้วยนอร์เวย์ อันดับ 2 เยอรมนี อันดับ 3 เนเธอร์แลนด์ อันดับ 4 และสวิตเซอร์แลนด์ อันดับ 5 ขณะที่สหรัฐอยู่ในอันดับ 8 และญี่ปุ่นอันดับ 10 ส่วนอังกฤษจัดอยู่ที่อันดับ 13 ฝรั่งเศส อันดับ 18 จีน อันดับ 35 และอินเดีย อันดับ 73 ส่วนไทยติดอันดับ 42 (คมชัดลึกออนไลน์, 2556, หน้า 1) จากลำดับการรายงานเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั่วโลกทำให้เห็นว่า ประเทศไทยมีผล การดำเนินงานทางสาธารณสุข มีการขยายการรองรับการดูแลประชากรทางด้านสาธารณสุข ได้มี การศึกษา การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข พบว่า มีการขยายการบริการและขยายพื้นที่การ ให้บริการครอบคลุมมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการเพิ่มจำนวนศูนย์บริการสาธารณสุขทั้งในระดับจังหวัด และระดับอำเภอ มีการสร้างโรงพยาบาลของรัฐและโรงพยาบาลของเอกชนเกือบทุกจังหวัดของ ประเทศเพื่อรองรับการดำเนินงานด้านสาธารณสุข

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีผลกระทบต่อการใช้ ทรัพยากรต่าง ๆ ทั้งในด้านสังคม เศรษฐกิจและสุขภาพ ในขณะที่ระบบสวัสดิการทางสังคม เปลี่ยนแปลงไม่ทันต่อสภาพความเป็นจริง การบริการรองรับผู้สูงอายุที่มีจำนวนมากขึ้น ทั้งในด้าน

การดำรงชีวิต คุณภาพชีวิต การรักษาพยาบาล การเอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุใช้ศักยภาพของตนเอง ให้เป็นประโยชน์ต่อสังคม ซึ่งเดิมระบบบริการด้านสังคมและสวัสดิการสังคม มีหน่วยงานภาครัฐ เป็นหน่วยงานหลักในการรับผิดชอบ เป็นการให้บริการในลักษณะการสงเคราะห์ เมื่อมีผู้ประสบ ความทุกข์ยากหรือได้รับภัยพิบัติ หน่วยงานรัฐทำหน้าที่หลัก ต่อมาในปี พ.ศ. 2546 ได้มีการใช้ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุซึ่งมีผลบังคับใช้ และให้หน่วยงานภาครัฐและเอกชนเข้ามาร่วมดำเนินการใน การให้บริการด้านสังคมและสวัสดิการสังคมในรูปแบบต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุ ด้วยเหตุผลที่ผู้สูงอายุไทย ส่วนใหญ่มีฐานะยากจน บริการทางสังคมและสวัสดิการสังคมต่าง ๆ ที่แต่ละหน่วยงานจัดให้มีจุด มุ่งเน้นจะเพิ่มรายได้ และหาทางลดรายจ่ายของผู้สูงอายุกับผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเป็นหลัก จึงได้มี การบริการและสวัสดิการสังคม มีกองทุนสวัสดิการและชุมชน กองทุนผู้สูงอายุ มีงานส่งเสริมสนับสนุน ผู้สูงอายุ ในการประกอบอาชีพ และฝึกอาชีพที่เหมาะสม ให้เงินสนับสนุนช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ ด้อยโอกาสและประสบกับปัญหาความเดือดร้อน ซึ่งองค์การสหประชาชาติให้การสนับสนุนผู้สูงอายุ ให้มีสุขภาพร่างกายที่ดีและมีความมั่นคงที่ประกอบด้วยประเด็นปัจจัยหลัก 3 ประการ คือ สุขภาพ ร่างกาย ความมั่นคงในชีวิตและทรัพย์สิน และการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวชุมชน (จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, วิทยาลัยประชากรศาสตร์, 2555, หน้า 77)

จากแนวทางการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุที่ให้สอดคล้องกับการดำเนินงานขององค์การ สหประชาชาติ ทางหน่วยงานของรัฐจึงได้มีการปรับปรุงแผนสำหรับผู้สูงอายุโดยทำแผนผู้สูงอายุ แห่งชาติฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ.2552 มีการกำหนดเป้าหมายว่าร้อยละ 90 ของประชากรวัยหนุ่ม สาวอายุ 18-59 ปี ควรมีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุ แต่ในความเป็นจริงกลับ พบว่า ในปี พ.ศ.2554 สัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุลดลงเหลือเพียงร้อยละ 57 ลักษณะดังกล่าวสะท้อนให้ เห็นว่า คนรุ่นใหม่มองผู้สูงอายุในเชิงลบเพิ่มขึ้น ค่านิยมเดิมของสังคมไทยที่ให้คุณค่าและยกย่อง ผู้สูงอายุ ดูเหมือนจะได้รับผลกระทบจากกระแสโลกาภิวัตน์ และกระแสบริโภคนิยมที่ให้คุณค่าและ ความสำเร็จเชิงวัตถุและทัศนคติในเชิงลบ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและอาจนำไปสู่การกีดกัน หรือการลดบทบาทต่าง ๆ ทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุ (จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, วิทยาลัย ประชากรศาสตร์, และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.), 2555, หน้า 26)

จึงเห็นได้ว่าการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คือ การให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีเหมาะสมตามวัย สามารถที่จะช่วยเหลือตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเองได้อย่างปกติ ไม่เป็นปัญหาหรือภาระ ให้กับครอบครัว การมีสุขภาพที่ดีในวัยนี้จะขึ้นกับสภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล สุขภาพทางร่างกายและจิตใจมีความเกี่ยวข้องกัน สภาพจิตใจที่เป็นสุขสงบเบิกบาน ทำให้มีชีวิตที่ดี ถึงแม้สุขภาพทางร่างกายอาจมีปัญหากก็ตาม แต่ถ้าปัญหาทางจิตใจไม่ปกติ เกิดความวิตกกังวล หวาดระแวงหรือเบื่อหน่ายต่อชีวิต จะทำให้ไม่สามารถใช้ชีวิตให้เป็นปกติสุขได้ สำหรับทางศาสนาถือ ได้ว่าวัยสูงอายุ หรือวัยผู้ชราเป็นภาวะที่คนเกิดทุกข์ เป็นภาวะที่คนส่วนใหญ่ไม่อยากจะเข้าสู่ภาวะนี้ แต่ ในสภาพความเป็นจริงเป็นไปได้ จึงได้ตระหนักให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถปรับตัวต่อสภาพที่ไม่พึง ประารถนา โดยให้มีการเตรียมตัว เตรียมใจ ตามยุทธศาสตร์ของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2564) ที่ได้เน้นด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ เน้นด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ โดยเฉพาะมาตรการส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ดูแลตนเองเบื้องต้น ยุทธศาสตร์นี้ตรงกับประเด็นการศึกษาวิจัยเพื่อให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาตนเองให้มี

คุณภาพและเตรียมความพร้อมในการที่จะเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุที่มีคุณภาพ ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555 - 2559) ได้ข้อสรุปว่าโครงสร้างประชากรมีวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น ขณะที่ประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานลดลงประชากรผู้สูงอายุมีสัดส่วนร้อยละ 11.9 ในปัจจุบัน และจะเพิ่มเป็นร้อยละ 14.8 ขณะที่การย้ายถิ่นของประชากรส่งผลให้ความเป็นเมืองสูงขึ้น ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี 2568 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะมีประชากรวัยสูงอายุมากที่สุดถึงเกือบ 1 ใน 3 ของประชากรสูงอายุทั้งประเทศ กรุงเทพมหานครจะมีการเพิ่มขึ้นของประชากรวัยสูงอายุอย่างรวดเร็วเมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 11 ประเทศไทยจึงจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี 2568 (สำนักนายกรัฐมนตรี, สำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ , 2550, หน้า31)

การสำรวจสถานการณ์ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยและการส่งเสริมสุขภาพของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป จะมีอัตราการเจ็บป่วยสูงสุดร้อยละ 63.8 (กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554, หน้า 2) จากภาวะการณ์นี้ทำให้รัฐบาลได้กำหนดยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมสังคมไทยสู่สังคมผู้สูงอายุ มีการกำหนดแผนงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้อย่างเป็นทางการเพราะการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศ แสดงให้เห็นได้ชัดเจนว่า ประเทศไทยกำลังเผชิญหน้ากับภาวะการณ์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรสูงอายุ 60 ปี และอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ประกอบกับมีการพัฒนาทางด้านสาธารณสุขควบคู่ด้านเทคโนโลยีเป็นผลทำให้โรคติดต่อมีความสำคัญลดลง เกิดปัญหาโรคไม่ติดต่อเพิ่มขึ้นภาวะของการเป็นโรคเรื้อรัง โรคทางจิต และอุบัติเหตุที่มีความสำคัญมากขึ้นแนวโน้มระหว่างปี พ.ศ. 2549 - 2553 พบว่า ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปส่วนใหญ่มีปัญหาภาวะโรคเรื้อรัง และโรคเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคหัวใจโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง การปวดเข่า หรืออุบัติเหตุ ซึ่งสอดคล้องกับ อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพสิทธิธา, ภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์ และธวันต์ กาบภิรมย์ (2555) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับอัตราความชุกของผู้ป่วยสะสมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นใน ปี พ.ศ. 2553 ว่าเพศหญิงมีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานสูงกว่าเพศชาย ในขณะที่โรคหัวใจขาดเลือดเพศชายและหญิงมีอัตราป่วยเท่ากัน สำหรับโรคหลอดเลือดสมองและโรคเรื้อรังทางเดินหายใจส่วนล่าง พบว่า เพศชายอัตราป่วยสูงกว่าเพศหญิง กลุ่มอายุในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้ง 5 โรค พบว่า กลุ่มอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ขึ้นไปมีอัตราป่วยสูงสุด รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 50 - 59 ปี กลุ่มอายุ 40 - 49 ปี และกลุ่มอายุต่ำกว่า 40 ปี ตามลำดับ ทำให้ได้ข้อสรุปว่า ผู้สูงอายุไทยส่วนหนึ่งมีปัญหาสุขภาพเป็นสาเหตุให้ไม่สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้ และถือว่ามีปัญหาภาวะทุพพลภาพระยะยาวและเป็นผลสืบเนื่องมาถึงปัจจุบัน มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2555, หน้า 40) ได้สรุปว่า สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ทำการสำรวจประชากรสูงอายุของ พ.ศ.2553 พบผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.7 โรคเบาหวานร้อยละ 13.3 โรคหัวใจร้อยละ 7.0 โรคหลอดเลือดในสมองตีบร้อยละ 1.6 อัมพาตหรืออัมพฤกษ์ร้อยละ 2.5 และโรคมะเร็งร้อยละ 0.5 โดยผู้สูงอายุเพศหญิงมีสัดส่วนการเจ็บป่วยด้วยโรคเหล่านี้สูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ยกเว้นอัมพาตหรืออัมพฤกษ์ เห็นได้ว่าคนไทยส่วนใหญ่ยังมีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้สูง 5 อันดับแรกของทุกโรค คือ โรคความดันโลหิตสูงโรคเบาหวานโรคหลอดเลือดในสมอง โรคหัวใจ และโรคมะเร็งโดยเฉพาะกลุ่มวัยผู้สูงอายุ มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น คือ ร้อยละ 31.7 เจ็บป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 13.3 และโรคหัวใจร้อยละ 7.0 ซึ่งส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของหน่วยงานภาครัฐในอนาคต และถ้าพิจารณาตามเขตที่อยู่อาศัยผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุอาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนของการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้นสูงกว่าในเขตเทศบาลเกือบสามเท่า มีการศึกษาผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือเจ็บป่วยด้วยโรคนี้นสูงสุดร้อยละ 33.6 รองลงมาเป็นผู้สูงอายุภาคกลางร้อยละ 23.9 และผู้สูงอายุกรุงเทพมหานครมีการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้นต่ำสุดร้อยละ 9.2 จากสถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ปัญหาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุไม่ได้ลดลงมีแต่จะเพิ่มขึ้นและก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสาธารณสุข (สำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2555, หน้า 31) ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ วิชัย เอกพลากร, เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, สุรศักดิ์ ฐานีพานิชกุล, หทัยชนก พรระเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเกล้า และกนิษฐา ไทยกล้า (2553, หน้า1-9) ซึ่งศึกษาเรื่องราวงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 พบว่า ความชุกของโรคและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ การกระจายตามเพศ และกลุ่มอายุในระดับประเทศภาคและเขตปกครอง ทำการสำรวจกลุ่มตัวอย่างจากประชากรไทยอายุตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปใน 20 จังหวัดทั่วประเทศ และกรุงเทพมหานคร แบ่งเป็นกลุ่มอายุ 15-59 ปี จำนวน 12,240 คน และ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 9,720 คน ส่วนหนึ่ง พบว่า สุขภาพผู้สูงอายุในภาวะสมองเสื่อม การหกล้ม ภาวะพึ่งพาในกิจวัตรประจำวัน การเสื่อมของอวัยวะเมื่อนำไปเปรียบเทียบกับผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 กับการสำรวจครั้งที่ 3 ในปี 2547 พบว่า ความชุกของบางปัจจัยเสี่ยงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เช่นภาวะอ้วน และภาวะไขมันในเลือดสูง การกินผักผลไม้ไม่เพียงพอ และภาวะโลหิตจาง บางปัจจัยอยู่ในสถานการณ์คงเดิมได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และสอดคล้องกับผลการวิจัยของวิพรรณ ประจวบเหมาะ, นภาพร ชโยวรรณ, มาลินี วงษ์สิทธิ์, ศิริวรรณ ศิริบุญ, บุศริน บางแก้ว และชเนตติ มลิินทางกูร (2551) ซึ่งศึกษาเรื่องราวงานการศึกษาโครงการสร้างระบบการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2564) พบว่า มีการกระจายตัวของผู้สูงอายุตามเขตที่พักอาศัยและตามภาคในช่วงเวลาที่ศึกษาเปรียบเทียบมีรูปแบบของการกระจายตัวคงที่ไม่เปลี่ยนแปลงคือ ประชากรสูงอายุจะพักอาศัยในเขตชนบทมากกว่าในเขตเมืองหรือในเขตเทศบาล และภาคที่มีผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่เป็นสัดส่วนที่สูงที่สุดคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคใต้ และกรุงเทพมหานคร ตามลำดับ พบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงตามเวลา โดยเป็นที่น่าสังเกตว่าปี พ.ศ.2552 มีผู้สูงอายุพักอาศัยในเขตเมืองสูงถึงร้อยละ 34 และมีแนวโน้มว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในเขตเมืองเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วตลอดช่วงเวลาระหว่างปี พ.ศ.2547 พ.ศ.2549 และ พ.ศ.2552 ซึ่งอาจมีความเป็นไปได้ว่าผู้สูงอายุย้ายเข้าพักอาศัยในเขตเทศบาล เพื่อความสะดวกในการเข้ารับบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข หรือขอรับสวัสดิการต่าง ๆ อาทิเช่น เบี้ยยังชีพ พบว่า ในเขตเทศบาลหลายแห่งสามารถให้การสนับสนุนเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุทุกคนที่อยู่ในพื้นที่ได้ ซึ่งต่างจากในพื้นที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลที่เกือบทุกแห่งไม่สามารถให้การสนับสนุนเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุทุกคนในพื้นที่ได้

จึงสามารถสรุปได้ว่า ปัญหาผู้สูงอายุของไทยส่วนใหญ่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุข ประกอบกับไม่มีระบบบริการโดยชุมชน ในชุมชน ทั้งด้านสุขภาพและสังคมที่เข้มแข็งเพียงพอ ขาดกระบวนการให้บริการที่จะเข้าถึงกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ ขั้นตอนดังกล่าวยังต้องได้รับการพัฒนาให้เป็นระบบ เพื่อเข้าถึงการบริการที่ดีและแก้ปัญหาได้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับ

การวิเคราะห์ของสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, พิณฑุสร เหมพิสุทธ์ และทิพวรรณ อิศรพัฒนาสกุล (2540) พบว่า ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้มีจำนวนเพิ่มขึ้นและมีความต้องการการดูแลเพิ่มขึ้น ทั้งการดูแลภายในครอบครัวและการดูแลในสถานบริการ ในส่วนของการดูแลในสถานบริการ พบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลเพิ่มขึ้นจาก 5,779 คน ในปี พ.ศ.2538 ไปเป็น 35,302 คน ในปี พ.ศ. 2548 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 101,916 ในปี พ.ศ.2558 คิดเป็น ร้อยละ 47.5 ของจำนวนของผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลทั้งหมด และคาดว่าความต้องการการดูแลในระดับมากจะเพิ่มสูงขึ้นมากกว่า 3 เท่าของความต้องการการดูแลในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุกลุ่มที่ยากจนส่วนใหญ่มีผู้ให้ความสนใจและทำการศึกษานานมาก แต่กลุ่มที่มีฐานะดีหรือปานกลางซึ่งพอมีเงินอยู่บ้างแต่ไม่สามารถดูแลตนเองได้หรือมีเงินออมที่ไม่เพียงพอต่อการดูแลตนเองตลอดช่วงชีวิต ปัจจุบันได้มีระบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุจากหลายหน่วยงาน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูงมีความจำเป็นต้องพักอาศัยในสถานบริบาล มีค่าใช้จ่ายการขอรับบริการค่อนข้างสูงอยู่ระหว่าง 15,000 -52,500 บาท ส่วนผู้สูงอายุที่เข้าพักในสถานดูแลระยะยาวที่หน่วยงานภาครัฐดำเนินการ เช่น ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ที่จัดให้สำหรับผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความทุกข์ยากเดือดร้อนไม่มีที่อยู่อาศัย ไม่มีผู้ดูแล แต่รับเฉพาะผู้ที่ไม่มีความพึ่งพิง เมื่ออยู่ประยะหนึ่งมีปัญหาสุขภาพตามมา จึงต้องการการดูแลทั้งในระดับปานกลางและระดับมาก และการกำหนดมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในประเทศมีพัฒนาการสูงมาก มีบางหน่วยงานที่กำหนดมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุบางประเภท (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.), 2555, หน้า 37) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศิริพันธ์ สาสดี และเตือนใจ ภักดีพรหม (2552) ที่พบว่า สถานบริบาลผู้สูงอายุมีลักษณะให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุตลอด 24 ชั่วโมงสำหรับผู้ที่ต้องการการดูแลในระดับสูง จากการศึกษาในประเทศไทย พบว่า ยังไม่มีบริการดังกล่าวในภาครัฐมีแต่ในภาคเอกชน การจดทะเบียนของสถานพยาบาลเอกชนมีหลายลักษณะทำให้ไม่สามารถทราบจำนวนสถานบริบาลผู้สูงอายุที่ชัดเจน บริการส่วนใหญ่เน้น การฟื้นฟูสภาพและลักษณะการบริการแตกต่างกันไปตามศักยภาพของสถานบริบาลนั้น ๆ ยังไม่มีการกำหนดสมรรถนะของผู้ให้บริการ บุคลากรส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ยังไม่มีการกำหนดมาตรฐานการดูแลและมาตรฐานสถานบริบาลผู้สูงอายุ ในภาครัฐพบว่ามีบริการดูแลระดับสูงแฝงอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา สำหรับผู้พักอาศัยที่มีปัญหาสุขภาพ แต่เนื่องจากไม่มีการแบ่งระดับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่ชัดเจน ทำให้บุคลากรต้องแบกรับภาระการดูแลด้านสุขภาพมากขึ้น และด้วยข้อจำกัดด้านบุคลากรจึงไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับผลการวิจัยของณัฐริจิตตา เทวเลิศสกุล วณิภา ศิริวรสกุล ชัชสรัญ รอดยิ้ม (2559) ซึ่งศึกษาเรื่อง แนวทางการพัฒนาผู้สูงอายุจากภาระให้เป็นพลังกรณีศึกษาเทศบาลนครรังสิตการวิจัย พบว่า 1. ปัญหาและอุปสรรคของผู้สูงอายุ (1) ด้านบุคลากร คือ บุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุไม่เพียงพอ (2) ด้านงบประมาณ คือ การจัดงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุยังไม่ครอบคลุมต่อความต้องการของผู้สูงอายุ (3) ด้านการบริหารจัดการ คือ อำนาจหน้าที่ของเทศบาลนครรังสิตมีข้อจำกัดที่ไม่ครอบคลุมการจัดสวัสดิการให้แก่ ผู้สูงอายุในบางเรื่อง (4) ด้านร่างกาย คือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีร่างกายไม่ค่อยแข็งแรง และอาการเจ็บป่วย (5) ด้านจิตใจและอารมณ์ คือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความหงุดหงิดจากปัญหาสุขภาพ และปัญหาสุขภาพแวดล้อม (6) ด้านครอบครัวและสังคม คือ ปัญหาเศรษฐกิจที่ต้องดิ้นรนทำกินจนไม่มีเวลาปฏิสัมพันธ์กันในครอบครัว

และ (7) ด้านรายได้และสวัสดิการ คือ รายได้ไม่สมดุลกับรายจ่าย 2. ศักยภาพของผู้สูงอายุ (1) ด้านทักษะพื้นฐานที่จำเป็นต่อการเรียนรู้ คือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มี ความคิดที่เป็นระบบ มีประสบการณ์ มีความรู้ มีความคิดเป็นผู้นำ และมีการสื่อสารที่ชัดเจนพอสมควร (2) ด้านการทำงาน คือ ผู้สูงอายุเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ใช้ความรู้ ความเชี่ยวชาญมาช่วยทำงานพัฒนาชุมชน และ (3) ด้านการมีส่วนร่วมและการอยู่ร่วมกันในสังคม คือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความยินดีมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคม และเข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน 3. ความต้องการของผู้สูงอายุ (1) ด้านร่างกาย คือ ต้องการศูนย์สุขภาพ และการดูแลตรวจสุขภาพ อย่างสม่ำเสมอ (2) ด้านการพัฒนาความรู้ คือ ต้องการการอบรมให้ความรู้ด้านต่าง ๆ (3) ด้านรายได้และสวัสดิการสังคม คือ ต้องการรายได้จากเบี้ยยังชีพที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต และ (4) ด้านครอบครัวและสังคม คือ ต้องการให้ลูกหลานดูแล เอาใจใส่ตนอย่างใกล้ชิดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ 4. แนวทางการพัฒนาผู้สูงอายุจากภาระให้เป็นพลัง (1) ด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ คือ การจัดกิจกรรมสันทนาการให้กับผู้สูงอายุ (2) ด้านอาชีพ คือ การเชิญวิทยากร อาจารย์สอนอาชีพที่เหมาะสมกับ ผู้สูงอายุ และ (3) ด้านการบริหารจัดการ คือ การจัดตั้งชมรม 11 ชมรม มีประธานชมรมเป็นตัวแทนประสานงาน

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นทำให้ผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญของการให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักในคุณค่าของตนเอง เพื่อการดูแลตนเอง ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมาตรฐานผู้สูงอายุ ของกรมอนามัยมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์คือ มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ มีพันธุกรรมใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซึ่งมีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ และตอบสนองตามแผนยุทธศาสตร์ของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2564) เน้นการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ และรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2553 และเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มตัวในปี 2573 จึงสนใจทำการศึกษาวิจัย เรื่องการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตปริมณฑล เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความพร้อมในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นอย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ และที่สำคัญช่วยลดปัญหาทางสุขภาพที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ และลดปัญหาภาระให้กับครอบครัว สังคมและประเทศชาติในอนาคต

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย
  - 1.1 เพื่อศึกษาสภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตปริมณฑล
  - 1.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตปริมณฑล

### ขอบเขตการวิจัย

#### ด้านเนื้อหา

การพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตปริมณฑลจะดำเนินการด้านทั้ง 2 ด้านดังนี้

1. การพัฒนาการดูแลตนเอง 4 ลักษณะ ดังนี้คือ การดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้าน ความฟิตของร่างกาย การออกกำลังกาย โภชนาการ และการป้องกันความผิดปกติของร่างกาย
2. การพัฒนาความสัมพันธ์กับผู้อื่นมี 3 ลักษณะ ดังนี้คือ ความสัมพันธ์กับครอบครัว ความสัมพันธ์กับเพื่อนฝูง และทัศนคติต่อสังคม
3. ตัวแปรต้น รูปแบบการดูแลสุขภาพ  
ตัวแปรตาม สุขภาพของผู้สูงอายุ

### ด้านประชากร

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตปริมณฑลได้แก่ จังหวัดสมุทรปราการ สมุทรสาคร นนทบุรี ปทุมธานี และจังหวัดนครปฐม ใช้การจับฉลากได้จังหวัดนครปฐม และอำเภอพุทธมณฑล
2. ทำการเจาะจงที่อำเภอพุทธมณฑลได้โดยขออนุญาตเข้าพื้นที่จากสาธารณสุขอำเภอพุทธมณฑลไปยังรพ.สต. (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)เอาผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลของรพ.สต.วัดสุวรรณาราม และรพ.สต.คลองโยง 1
3. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่มแบบเจาะจงโดยความสมัครใจ (Purposive Sample) จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 2 โรงพยาบาล โดยให้ใช้เครื่องมือสำเร็จรูปของการวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ตามแบบ Modified Barthel Activity of Daily Index (MBAI) โดยจะคัดเลือกเฉพาะผู้ที่ได้ผลรวมคะแนนอยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการพึ่งพาในระดับรุนแรง ถึงปานกลาง หรือ เรียกว่ากลุ่มทดลองจากรพ.สต.วัดสุวรรณาราม จำนวน 7 คน และจากรพ.สต.คลองโยง 1 จำนวน 22 คน รวมจำนวน 30คน

### คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย

1. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตปริมณฑล หมายถึง กระบวนการพัฒนาการรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุประกอบด้วย 4 ขั้นตอนมีดังนี้
  - 1.1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐานและสภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อนำไปกำหนดกรอบแนวคิดการร่างการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ
  - 1.2 การสร้างและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ หมายถึง การนำกรอบแนวคิดที่สำคัญและจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จากการศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุมากำหนดความสำคัญให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินกิจวัตรในชีวิตประจำวันได้ ประกอบด้วยการร่างชุดพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ การตรวจสอบ และการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องร่างชุดพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ
  - 1.3 การทดลองใช้ชุดพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ หมายถึง การนำพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่าง

โดยใช้รูปแบบการทดลองแบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังการทดลอง ( one group pretest-posttest design) วัดผลจาก

1.3.1 ใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Modified Barthel Activity of Daily Index (MBAI) ของกรมอนามัยได้ประยุกต์เกณฑ์การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวและครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพตรวจสอบตนเองเพื่อนำผลที่ได้เปรียบเทียบกับเมื่อสิ้นสุดโครงการดังนี้

(1) ผลรวมคะแนน อยู่ในช่วง 0 – 4 คะแนน จัดเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะการพึ่งพาหรือ กลุ่ม 3

(2) ผลรวมคะแนน อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน จัดเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการพึ่งพาในระดับรุนแรง ถึงปานกลาง หรือ กลุ่มที่ 2

(3) ผลรวมคะแนน ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป จัดเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีศักยภาพไม่ต้องการการพึ่งพาหรือ กลุ่มที่ 1

1.3.2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านร่างกาย มีระดับพฤติกรรมดังนี้

กรณีที่ 1 ข้อคำถามมีความหมายด้านบวก ให้คะแนนดังนี้ (1) ไม่ปฏิบัติได้ 1 คะแนน (2) ปฏิบัติเป็นบางครั้งได้ 2 คะแนน (3) ปฏิบัติเป็นประจำได้ 3 คะแนน

กรณีที่ 2 ข้อคำถามมีความหมายด้านลบ ให้คะแนนดังนี้  
(1) ไม่ปฏิบัติ ได้ 3 คะแนน (2) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ได้ 2 คะแนน (3) ปฏิบัติเป็นประจำ ได้ 1 คะแนน  
ความหมายเกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

(1) ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 2.34 - 3.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี (ดูแลตนเองเป็นประจำ)

(2) ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.67 - 2.33 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง (ดูแลตนเองเป็นบางครั้ง)

(3) ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00 - 1.66 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับไม่ดี (ไม่ดูแลตนเอง)

1.3.3 การวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองการดูแลตนเองด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น

กรณีที่ 1 ข้อคำถามมีความหมายด้านบวก ให้คะแนนดังนี้

(1) เห็นด้วยได้ 3 คะแนน (2) ไม่แน่ใจได้ 2 คะแนน (3) ไม่เห็นด้วยได้ 1 คะแนน

กรณีที่ 2 ข้อคำถามมีความหมายด้านลบ ให้คะแนนดังนี้  
(1) ไม่เห็นด้วยได้ 3 คะแนน (2) ไม่แน่ใจ ได้ 2 คะแนน (3) เห็นด้วย ได้ 1 คะแนน  
ความหมายเกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

(1) ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 2.34 - 3.00 หมายถึง มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นในระดับดี (เห็นด้วย)

(2) ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.67 - 2.33 หมายถึง มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นในระดับปานกลาง (เห็นด้วยเป็นบางครั้ง)

(3) ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00 - 1.66 หมายถึง มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นในระดับไม่ดี (ไม่เห็นด้วย)

1.3.4 ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงผู้สูงอายุก่อนดำเนินการเพื่อหาค่าน้ำหนักตัวที่เหมาะสมตามค่าของ BMI (Body Mass Index) ตามสูตร น้ำหนัก(กก.)/ความสูง (เมตร)<sup>2</sup> มีค่ามาตรฐาน (ปฏิบัติการฝ่าวิกฤต พิชิตอ้วนพิชิตพุง, 2550, หน้า 8)

- (1) น้อยกว่า 18.5 ถือว่าน้ำหนักน้อย
- (2) ตั้งแต่ 18.5 - 24.9 ถือว่าน้ำหนักเหมาะสม
- (3) ตั้งแต่ 24.9 กก. ต่อ ตรม. ถือว่าน้ำหนักเกิน
- (4) ตั้งแต่ 25 - 34.9 กก. ต่อ ตรม.ถือว่า อ้วน
- (5) ตั้งแต่ 35 กก. ต่อตรม. ขึ้นไปถือว่า อ้วนรุนแรง

1.3.5 วัดความดันโลหิตของผู้สูงอายุก่อนดำเนินการเพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองเป็นเวลา 4 สัปดาห์ตามค่าความดันโลหิตมาตรฐาน(สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, ม. ป. ป., หน้า 2)

- (1) ระดับความดันโลหิตปกติ ความดันโลหิตตัวบนน้อยกว่า 120 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตตัวล่างน้อยกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท
- (2) ระดับความดันโลหิตปกติค่อนข้างสูง ความดันโลหิตตัวบน 120 - 139 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตตัวล่าง 80 - 89 มิลลิเมตรปรอท
- (3) ระดับที่ 1 ความดันโลหิตสูงอย่างอ่อนความดันโลหิตตัวบน 140 - 159 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตตัวล่าง 90 - 99 มิลลิเมตรปรอท
- (4) ระดับที่ 2 ความดันโลหิตสูงปานกลาง ความดันโลหิตตัวบน 160 - 179 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตตัวล่าง 100 - 109 มิลลิเมตรปรอท
- (5) ระดับที่ 3 ความดันโลหิตสูงรุนแรง ความดันโลหิตตัวบนมากกว่าหรือเท่ากับ 180 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตตัวล่างมากกว่าหรือเท่ากับ 109 มิลลิเมตรปรอท

1.4 การประเมินการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ หมายถึง การนำผลการทดลองใช้ชุดการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ มาปรับปรุงแก้ไขเพื่อหาข้อบกพร่องเพื่อปรับปรุงชุดพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ให้มีประสิทธิภาพและตรวจสอบว่าบรรลุผลตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้หรือไม่

2. ผู้สูงอายุหมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกินกว่าหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย (ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 3)

3. ชุดการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

3.1 การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันซึ่งมี 4 ลักษณะประกอบด้วย

3.1.1 ดูแลสุขภาพและความฟิตของร่างกาย หมายถึง มีน้ำหนักตัวที่เหมาะสมตามค่าของ BMI (Body Mass Index) ตามสูตร น้ำหนัก(กก.)/ความสูง (เมตร)<sup>2</sup> มีค่าความดันโลหิตตามเกณฑ์ปกติ

3.1.2 การออกกำลังกาย หมายถึง ใช้การออกกำลังกายด้วยท่าออกกำลังกายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 7 ท่าโดยออกกำลังกายบนเตียงหรือเก้าอี้มีพนักพิงตามความสามารถของตนเองอย่างสม่ำเสมอสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

3.1.3 โภชนาการ หมายถึง การรับประทานอาหารได้สัดส่วนของสารอาหารครบประกอบด้วย คาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน วิตามิน เกลือแร่ และน้ำ และเสริมด้วยอาหารว่าง โดยให้ผู้สูงอายุที่พอช่วยตัวเองได้หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ทำและดื่ม น้ำใบเตย น้ำเต้าหู้ น้ำมะละกอ ตามความต้องการของผู้สูงอายุ

3.1.4 การดูแลตนเองป้องกันความผิดปกติของร่างกายและศิลปะ หมายถึง การดูแลให้ร่างกายมีความแข็งแรง มีความยืดหยุ่นตามการเคลื่อนไหว มีการประสานสัมพันธ์ของอวัยวะต่าง ๆ ได้ดีมีการทรงตัวที่ดี และสอนให้ผู้สูงอายุจัดวางดอกไม้แห้งที่เตรียมให้ใส่กรอบรูป หรือเป็นส.ค.ส. หรือที่คั่นหนังสือ ให้ได้ชิ้นงาน 1 ชิ้น และให้ผู้สูงอายุฝึกเล่นเกมสัจจิกซอร์อย่างง่ายที่มีแผ่นจิกซอร์ไม่เกิน 15 ชิ้น ในช่วงแรกจับเวลาในการเล่นและลดเวลาในการเล่นลดลงเรื่อย ๆ จำนวน 3 ครั้ง และต่อมาเพิ่มเกมสัจจิกซอร์เกิน 15 ชิ้น พร้อมจับเวลาให้เวลาลดลงเรื่อย ๆ จำนวน 3 ครั้ง

3.2. ความสัมพันธ์กับผู้อื่นซึ่งมี 3 ลักษณะประกอบด้วย

3.2.1 ความสัมพันธ์กับครอบครัว หมายถึง สภาพและบรรยากาศการอยู่ร่วมในครอบครัวที่ส่งผลต่อทางจิตใจ

3.2.2 ความสัมพันธ์กับเพื่อนฝูง หมายถึง มิตรภาพกับบุคคลอื่นทั้งเพื่อนรุ่นเดียวกันหรือเพื่อนที่อ่อนกว่า

3.2.3 ทศนคติต่อสังคม หมายถึง ทศนคติที่เป็นความพร้อมที่จะกระทำ ปฏิบัติ หรือมีปฏิกริยาต่อบุคคล สิ่งของ และสภาพการณ์ใด ๆ ที่เกิดขึ้นทั้งทางบวกและทางลบ

4. รพ.สต.อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สุวรรณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คลองโยง 1

5. อสม. คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ชุดการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตปริมณฑล ทำให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้และลดภาระให้กับบุคคลอื่น
2. เป็นแนวทางสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปปรับใช้กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในทุกชุมชนได้