

แบบรายการประกอบคำขอประเมินผลงาน
ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่
พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ ๖
ของ

ชื่อ นางสาวลลิตา สุกแสงปัญญา

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ระดับชำนาญการ

ตำแหน่งเลขที่ ๑๐๓๔

กลุ่มงาน/ฝ่าย ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และพัฒนากำลังคน

สำนัก/กอง/ศูนย์ ศูนย์อนามัยที่ ๖ ชลบุรี

กรมอนามัย

เพื่อแต่งตั้งให้ดำรง

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

ระดับ ชำนาญการพิเศษ

ตำแหน่งเลขที่ ๑๐๖๕

กลุ่มงาน/ฝ่าย พัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยสูงอายุ

สำนัก/กอง/ศูนย์ ศูนย์อนามัยที่ ๖ ชลบุรี

กรมอนามัย

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงานเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ ๖
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตุลาคม ๒๕๖๑ – กันยายน ๒๕๖๒
3. สัดส่วนของผลงานในส่วนที่ตนเองปฏิบัติ ๘๐ %
4. ผู้ร่วมจัดทำผลงาน (ถ้ามี)
 ๑. นางทิพย์วรรณ จูมแพง สัดส่วนของผลงาน ๑๐%
 ๒. นางนงลักษณ์ สุขเอี่ยม สัดส่วนของผลงาน ๑๐%
5. บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาสถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ ๖ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้สูงอายุไทยอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ในเขตสุขภาพที่ ๖ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ๔๕๐ คน โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบขั้นลำดับ (Multi-Stages Cluster Sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ ๖ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้ไค-สแควร์ (χ^2)

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุจำนวน ๔๕๐ คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๘๐.๔ เป็นผู้สูงอายุตอนต้นอายุ ๖๐ – ๖๙ ปี ร้อยละ ๘๗.๓ มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์อ้วน ร้อยละ ๒๙.๓ มีจำนวนฟันใช้งาน (รวมฟันปลอม) มากกว่า ๒๐ ซี่ หรือมากกว่า ๔ คู่สบ ร้อยละ ๑๐ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ ๕๖.๔ มีสถานภาพสมรส ร้อยละ ๖๑.๓ นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ ๙๓.๑ เป็นผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ ๗๗.๘ มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ ๘๔.๐ และเป็นผู้หารายได้หลักของครอบครัว ร้อยละ ๖๖.๔ ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ ๘๖.๘ โดยพบว่า มีโรคประจำตัว เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๕๑.๑ โรคหัวใจและหลอดเลือด ๔.๒ โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ ๒๑.๑ โรคเบาหวาน ร้อยละ ๔๒ และ โรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ ๖.๒ ระยะเวลา ๑ ปีที่ผ่านมาเคยหกล้ม ร้อยละ ๑๓.๓ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ ๕๗.๖ ได้รับเงินสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ร้อยละ ๙๕.๘ เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ ๔๔.๙ เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุทุกครั้ง ร้อยละ ๒.๗ มีสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ ๑๙.๖ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในภาพรวม (ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดื่มน้ำ การไม่สูบบุหรี่และการไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์) ร้อยละ ๒๕.๑ และพบว่า ปัจจัยด้านบุคคล ประเด็นการตรวจสุขภาพประจำปี ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านสวัสดิการสังคม ประเด็นการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ

๖. บทนำ

หลักการและเหตุผล

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ใน พ.ศ. ๒๕๕๙ โลกของเรา มีประชากรทั้งหมดประมาณ ๗,๔๓๓ ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากรสูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ๙๒๙ ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ ๑๒.๕ ของประชากรทั้งหมด สำหรับประชาคมอาเซียนซึ่งมีสมาชิก ๑๐ ประเทศ

ประชากรของอาเซียนที่กำลังมีอายุสูงขึ้นเช่นเดียวกัน ใน พ.ศ. ๒๕๕๙ มีประเทศสมาชิก ๓ ประเทศได้กลายเป็นสังคมสูงอายุแล้ว ได้แก่ สิงคโปร์ (ประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๑๘.๗) ประเทศไทย (ร้อยละ ๑๖.๕) และเวียดนาม (ร้อยละ ๑๐.๗) ประเทศที่กำลังจะเข้าสู่สังคมสูงอายุในอีก ๒-๓ ปีข้างหน้า ได้แก่ มาเลเซีย (ร้อยละ ๙.๕) เมียนมา (ร้อยละ ๙.๒)^๑

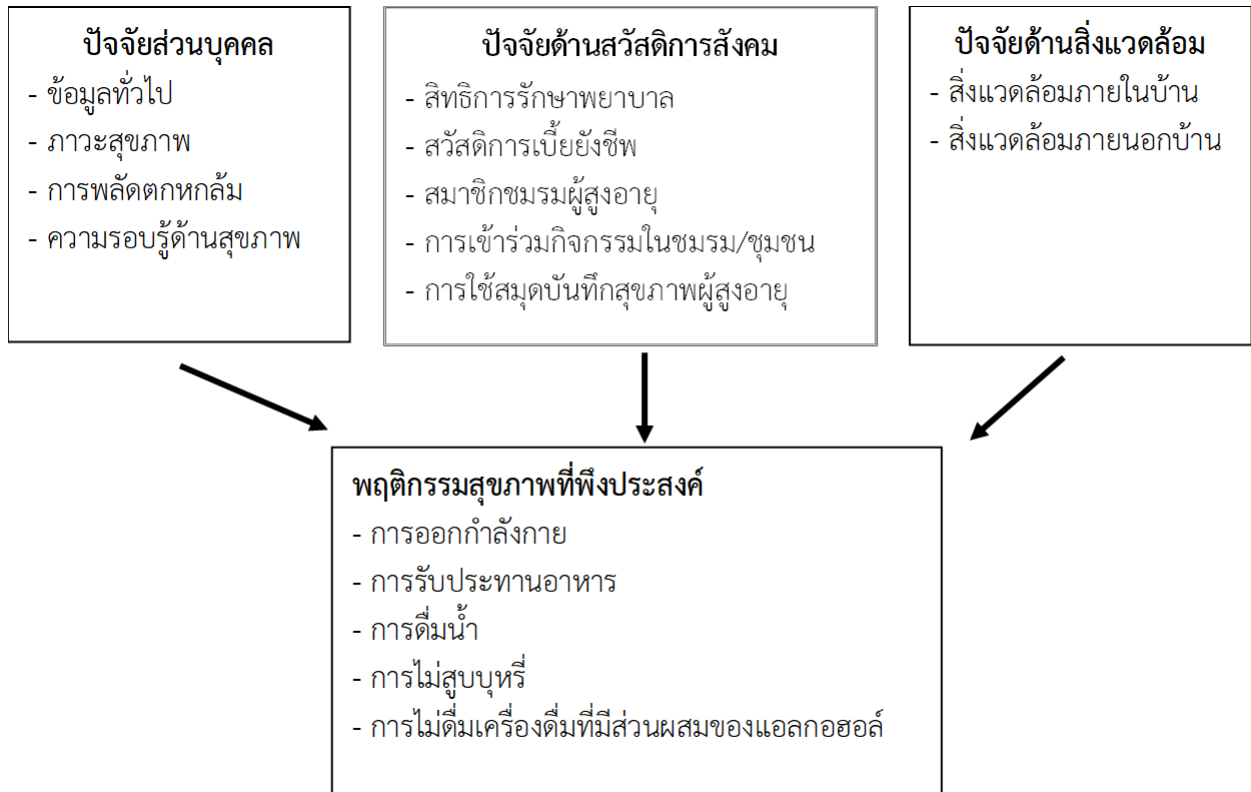
ปัจจุบันประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรครั้งสำคัญ คือการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยสัดส่วนจำนวนประชากรในวัยทำงานและวัยเด็กลดลง เนื่องจากอัตราเกิดและอัตรารายของประชากรลดลงอย่างต่อเนื่อง ทำให้ประชากรไทยโดยเฉลี่ยมีอายุยืนยาวขึ้น ซึ่งสถานการณ์ของประเทศไทยก็ดำเนินไปเช่นเดียวกับนานาประเทศ กล่าวคือ การดำเนินนโยบายด้านประชากร และการวางแผนครอบครัวที่ประสบผลสำเร็จ ตลอดจนความก้าวหน้าในการพัฒนาประเทศทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม ส่งผลให้คนไทยมีสุขภาพดี มีอายุยืนยาวขึ้น และมีโอกาสได้รับการศึกษาที่สูงขึ้น มีความรู้และทักษะในการป้องกันและดูแลสุขภาพ ตลอดจนการวางแผนครอบครัวที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งผลสำเร็จดังกล่าวทำให้ภาวะการเจริญพันธุ์และอัตราการเกิดมีแนวโน้มที่ลดลง จนเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านโครงสร้างของประชากร กล่าวคือ ประชากรที่อยู่ในวัยสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในขณะที่ประชากรวัยเด็กและวัยแรงงาน มีแนวโน้มที่ลดลงในปี ๒๕๕๙ ประเทศไทยมีจำนวนประชากร ๖๕.๙ ล้านคน มีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ๑๑ ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ ๑๖.๕ ของประชากรทั้งหมด คาดประมาณว่า ใน พ.ศ.๒๕๖๒ จะเป็นครั้งแรกที่ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุ (อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป) มากกว่าประชากรวัยเด็ก (อายุต่ำกว่า ๑๕ ปี) ในปี ๒๕๖๔ ประเทศไทยจะเข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” มีสัดส่วนผู้สูงอายุถึงร้อยละ ๒๐ ของประชากรทั้งหมด ในปี ๒๕๗๔ ประเทศไทยจะเข้าสู่ “สังคมสูงอายุนับสุดยอด” มีสัดส่วนผู้สูงอายุถึงร้อยละ ๒๘ ของประชากรทั้งหมด^๒ การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของประชากรในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ มีผลกระทบอย่างกว้างขวางในระดับมหภาค ได้แก่ ผลต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) รายได้ต่อหัวของประชากร การออมและการลงทุน งบประมาณของรัฐบาล การจ้างงานและผลิตภาพของแรงงาน และระดับจุลภาค ได้แก่ ผลต่อตลาดผลิตภัณฑ์และบริการด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านการเงินและด้านสุขภาพ การเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว จึงเป็นเรื่องเร่งด่วนสำคัญที่ต้องการการวางแผนอย่างเป็นระบบและเริ่มดำเนินการล่วงหน้า เนื่องจากมาตรการต่าง ๆ หลายประการล้วนแล้วแต่ต้องใช้เวลาในการดำเนินการกว่าจะเห็นผลอย่างเป็นรูปธรรม^๓ รัฐได้ตระหนักถึงความสำคัญของการเพิ่มประชากรผู้สูงอายุและการก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยมากขึ้นเป็นลำดับ ดังเห็นได้จากการกำหนดกฎหมายนโยบายและมาตรการเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่สำคัญ ได้แก่พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ ๒๕๔๖ ได้บัญญัติให้ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครองส่งเสริมและสนับสนุนตามกฎหมาย มีการกำหนดปริญญาผู้สูงอายุไทยเป็นพันธกรณี เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการคุ้มครอง และพิทักษ์สิทธิ ผู้สูงอายุต้องได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี นอกจากนี้ได้กำหนดยุทธศาสตร์ “การเตรียมความพร้อมสังคมไทยสู่สังคมผู้สูงอายุ” เป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์หลักของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๐ มีการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ ๒ (๒๕๔๕-๒๕๖๔) ขึ้น เพื่อกำหนดทิศทางของนโยบายและการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในระยะยาว โดยกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ ซึ่งได้กำหนดไว้ว่า “ภายในทศวรรษต่อไป คนไทยทุกคนจะมีสุขภาพแข็งแรงเพิ่มขึ้น เพื่อสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างยั่งยืน และภายใน ๑๐ ปี อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด ไม่น้อยกว่า ๘๕ ปี อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี ไม่น้อยกว่า ๗๕ ปี^๔

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในวัยผู้สูงอายุ เพื่อให้เป็นไปตามยุทธศาสตร์ที่ ๑ มาตรการที่ ๔ คือ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ในแผนผู้สูงอายุฉบับที่ ๒ (๒๕๕๔-๒๕๖๔) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ ๑ พ.ศ.๒๕๕๒ โดยครอบคลุม ๕

๗. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาสถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ ๖
๒. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ ๖
๓. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ ๖

กรอบแนวคิด



๘. วิธีการดำเนินงาน/วิธีการศึกษา/ขอบเขตงาน

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาสถานการณ์สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ ๖ ซึ่งผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรม กรมอนามัย ตามรหัสโครงการวิจัยที่ ๓๐๓ เมื่อวันที่ ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ โดยมีขั้นตอนดังนี้

๑. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา (Population) คือ ผู้สูงอายุไทยที่อายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ เขตสุขภาพที่ ๖ ประกอบด้วย ๘ จังหวัดคือ ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด สมุทรปราการ ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี และ สระแก้ว

พื้นที่ที่ทำการศึกษาวิจัย จังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๖ จำนวน ๓ จังหวัด คือ ชลบุรี ระยอง และ ฉะเชิงเทรา

กลุ่มตัวอย่าง (Target Population) การคำนวณขนาดตัวอย่างและการสุ่ม

๑) การคำนวณขนาดตัวอย่างของผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป เพื่อให้เป็นตัวแทนของเขตสุขภาพที่ ๖ ใช้สูตร Krejcie & Morgan ดังนี้

$$n = \frac{x^2 Np(1 - p)}{e^2(N - 1) + x^2 p(1 - p)}$$

$n = ๔๐๐$ ตัวอย่าง

$n_1 = ๔๕๐$ ตัวอย่าง

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง = ๔๐๐ ตัวอย่าง

n_1 = เก็บข้อมูลสำรองป้องกันความผิดพลาด = ๔๕๐ ตัวอย่าง

N = จำนวนผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดสังคมในเขตสุขภาพที่ ๖ จำนวน ๕๑๒,๘๕๗ คน (ข้อมูลจาก HDC สิงหาคม ๒๕๖๑)

e = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ในการศึกษาครั้งนี้ไม่เกิน ๕% (๐.๐๕)

x^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ ๑ และระดับความเชื่อมั่น ๙๕% ($x^2 = ๓.๘๔๑$)

p = ๐.๕๐ อ้างอิงจากตัวชี้วัดผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ด้านการออกกำลังกาย การรับประทานผักสด ผลไม้สด การดื่มน้ำ การไม่สูบบุหรี่ / ไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์

๒) สุ่มตัวอย่างแบบขั้นลำดับ (Multi-stages Custer Sampling) โดยสุ่มจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๖ เป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง อำเภอเป็นตัวอย่างขั้นที่สอง และตำบลเป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่สาม ดังนี้

- หน่วยตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง จังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ ๖ จำนวน ๘ จังหวัด ทำการสุ่ม ๓ จังหวัด เพื่อเป็นตัวแทนของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๖ โดยวิธีสุ่มแบบง่าย (Simple Sample) จังหวัดที่สุ่มได้ คือ จังหวัด ชลบุรี ระยอง และฉะเชิงเทรา

- หน่วยตัวอย่างขั้นที่สอง สุ่มเลือกอำเภอจากจังหวัด ชลบุรี ระยอง และฉะเชิงเทรา อย่างละ ๓ อำเภอ ด้วยวิธีสุ่มแบบง่าย (Simple Sample)

- หน่วยตัวอย่างขั้นที่ ๓ สุ่มเลือก ๕ ตำบลในแต่ละอำเภอ และทำการคัดเลือกจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ หากตำบลใดมีกลุ่มเป้าหมายไม่ครบ ให้เก็บจากตำบลข้างเคียง ได้จำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

๒. ทบทวนวรรณกรรม ตำรา เอกสาร งานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศที่เกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล สังคม สิ่งแวดล้อม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

๓. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ ๖ สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Validity) ความชัดเจนในการสื่อความและภาษาที่ใช้ และตรวจสอบคุณภาพ (Reliability) โดย Alpha Coefficient เท่ากับ ๐.๗๓๘

๔. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญไปหาค่าความเชื่อมั่น โดยนำไปทดลองกับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง (ทดลองใช้แบบสอบถามกับผู้สูงอายุในจังหวัด

สมุทรปราการ) ๓๐ คน โดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α coefficient) ตามวิธีของครอนบัก (Cronbach) และจัดทำเครื่องมือฉบับสมบูรณ์เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

๕. จัดทำเอกสารแนะนำอาสาสมัครและใบยินยอม ลงข้อมูลในโปรแกรม SPSS for Windows

๖. นำเครื่องมือที่ผู้วิจัยจัดทำฉบับสมบูรณ์ไปเก็บข้อมูล โดยขอความยินยอม (ใบยินยอมด้วยความสมัครใจ)

๗. ตรวจสอบความเรียบร้อยของข้อมูลที่เก็บทันที พร้อมบันทึกผลในโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows Version ๒๓.๐ ที่ผ่านการตรวจสอบลิขสิทธิ์เรียบร้อยแล้ว

๘. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ ๖

๙. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้ไค-สแควร์ (χ^2)

๑๐. สรุปผลการศึกษา

๑๑. รายงานผลการศึกษา

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุ หมายถึง กลุ่มเป้าหมายที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป สามารถพูดคุยสื่อสารได้ มีสัญชาติไทย อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ ๖

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ หมายถึง สภาวะทางกายและจิตของผู้สูงอายุ โดยประเมินจากภาวะ

โภชนาการ สุขภาพช่องปาก การมองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว ภาวะโรค สุขภาพจิต และการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ หมายถึง ความรู้ของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ความรู้ในประเด็นการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ความเสี่ยงด้านสุขภาพ การค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพ และการบอกต่อแนะนำด้านสุขภาพ ซึ่งผู้สูงอายุจะต้องตอบคำถามได้ถูกต้อง จึงจะเป็นผู้สูงอายุที่มีความรู้ด้านสุขภาพ

สวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุ หมายถึง กิจกรรมหรือสิทธิต่าง ๆ ที่รัฐบาล หรืออาสาสมัคร จัดการดูแลให้กับผู้สูงอายุ ได้แก่ สิทธิการรักษาพยาบาล การได้รับเบี้ยยังชีพ การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ

สิ่งแวดล้อม หมายถึง สภาพสิ่งแวดล้อมภายใน และสิ่งแวดล้อมภายนอกบ้าน ประกอบด้วยที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ห้องนอน ห้องน้ำ ห้องส้วม ห้องครัว ห้องรับแขก บันได และบริเวณโดยรอบตัวบ้านที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่เอื้อต่อสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพด้านต่าง ๆ คือ สุขภาพกาย จิตใจ/อารมณ์ และสังคม ที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างสมดุล

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรม ๕ ด้าน คือ ๑) การออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ ๕ วัน ครั้งละ ๑๕ - ๓๐ นาที ๒) รับประทานอาหารสด ผลไม้สดเป็นประจำ ๓) ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ ๘ แก้ว ๔) ไม่สูบบุหรี่ /ไม่สูบบุหรี่ ๕) ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาแดงเหล้า

๙. ผลการดำเนินงาน/ผลการศึกษา

๑. ปัจจัยส่วนบุคคล

๑.๑ ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษาผู้สูงอายุจำนวน ๔๕๐ คน พบ เป็นเพศชาย ร้อยละ ๑๙.๖ เพศหญิง ร้อยละ ๘๐.๔ ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น อายุ ๖๐ – ๖๙ ปี ร้อยละ ๘๗.๓ มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์อ้วน ร้อยละ ๒๙.๓ จำนวนฟันใช้งาน (รวมฟันปลอม) มากกว่า ๒๐ ซี่ หรือมากกว่า ๔ คู่สบ ร้อยละ ๑๐ ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ ๕๖.๔ สถานภาพสมรส ร้อยละ ๖๑.๓ และนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ ๙๓.๑ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ ๗๗.๘ รายได้เพียงพอ ร้อยละ ๘๔.๐ ผู้หารายได้หลักของครอบครัวคือตนเอง ร้อยละ ๖๖.๔ การพักอาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ ๗๑.๓ คนในครอบครัวเป็นบุคคลที่ดูแลหลักเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ ๖๒.๙

๑.๒ ภาวะสุขภาพ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการตรวจสุขภาพ ร้อยละ ๘๖.๙ ได้รับการตรวจช่องปาก ร้อยละ ๘๓.๑ ตรวจตา ร้อยละ ๘๔.๒ ตรวจหู/การได้ยิน ร้อยละ ๘๔.๙ ตรวจความดันโลหิต ร้อยละ ๘๗.๑ ตรวจเบาหวาน ร้อยละ ๘๗.๑ ตรวจไขมันในเลือด ร้อยละ ๘๗.๑ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่แปรงฟัน/ทำความสะอาดฟันปลอมทุกวัน ร้อยละ ๙๓.๘ เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ ๔๒ เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๕๑.๑ เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ ๔.๒ เป็นไขมันในเลือดสูง ร้อยละ ๒๑.๑ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ ๑๐๐ ไม่เป็นโรคเมเร็ง ร้อยละ ๑๐๐ เป็นข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ ๖.๒ เมื่อเจ็บป่วยผู้สูงอายุส่วนใหญ่เลือกใช้บริการรักษาจากสถานพยาบาลที่มีบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ ๗๖.๗

๑.๓ การพลัดตกหกล้ม

ระยะเวลา ๑ ปีที่ผ่านมาผู้สูงอายุเคยหกล้ม ร้อยละ ๑๓.๓ หกล้มในบ้านบริเวณห้องน้ำมากที่สุด ร้อยละ ๗.๖ หกล้มนอกบ้านบริเวณห้องน้ำมากที่สุด ร้อยละ ๕.๘ สาเหตุของการหกล้มส่วนใหญ่คือ การลื่นจากพื้นเปียก/พื้นไม่เรียบ ร้อยละ ๕.๖ ผู้สูงอายุใช้ยานอนหลับ/ยากล่อมประสาท/ยาลดความดัน ร้อยละ ๗๑.๑ มีปัญหาด้านการมองเห็น ร้อยละ ๕๗.๘ มีปัญหาด้านการทรงตัว/การเคลื่อนไหว/การเดิน ร้อยละ ๒๒.๒ และมีปัญหาการได้ยิน ร้อยละ ๓๗.๓

๑.๔ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ ๕๗.๖ ข้อคำถามทั้งหมดจำนวน ๖ ข้อ (๑.ผลไม้ชนิดใดมีน้ำตาลสูงที่สุด ๒.การกินอาหารหวานมันเค็ม กินผักผลไม้บ่อยและไม่ออกกำลังกาย ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคใด ๓.เราควรดื่มน้ำวันละกี่แก้ว ๔.ผลกระทบจากการสูบบุหรี่หรือสูดดมควันบุหรี่คือข้อใด ๕.ผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคร้ายแรงคือข้อใด ๖.เราควรออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ ๕ วันกี่นาที) มีผู้สูงอายุตอบคำถามความรู้ถูกต้องทุกข้อ (๖ ข้อ) ร้อยละ ๓๒.๙ ตอบคำถามความรู้ถูกต้อง ๕ ข้อ ร้อยละ ๕๑.๘ ตอบคำถามความรู้ถูกต้อง ๔ ข้อ ร้อยละ ๑๒.๙ ตอบคำถามความรู้ถูกต้อง ๓ ข้อ ร้อยละ ๑.๘ และตอบคำถามความรู้ถูกต้อง ๒ ข้อ ร้อยละ ๐.๗ ผู้สูงอายุเคยค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพ ร้อยละ ๕๖.๖๗ มีการสื่อสารพูดคุย/เล่าความรู้เรื่องสุขภาพกับคนในครอบครัว ร้อยละ ๕๗.๘ มีการบอกต่อแนะนำคนในครอบครัวหรือเพื่อนบ้านให้ปฏิบัติตนได้ถูกต้องตามที่ตนเองได้ข้อมูลหรือรับรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ ๕๒.๙

๒. ปัจจัยด้านสวัสดิการสังคม

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาพยาบาลของตนเอง ร้อยละ ๗๙.๓ ได้รับเงินสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ร้อยละ ๙๕.๘ เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ ๔๔.๙ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ ๕๕.๑ ภายในชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่จัดกิจกรรมออกกำลังกาย ร้อยละ ๓๗.๓ รองลงมาคือ

กิจกรรมเยี่ยมเพื่อนสูงอายุในชุมชน ร้อยละ ๒๔.๗ และกิจกรรมให้ความรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ ๑๗.๓ ตามลำดับ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ ๘๐.๔ ไม่เคยได้รับการดูแลเยี่ยมบ้าน ร้อยละ ๖๖.๗ และผู้มาเยี่ยมดูแลที่บ้านส่วนมากเป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ร้อยละ ๑๘.๙

๓. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ด้านสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่บ้านประเภททาวน์เฮ้าส์/บ้านแฝด ร้อยละ ๓๐.๒ รองลงมาคือบ้านเดี่ยวสองชั้น ร้อยละ ๒๑.๖ และบ้านเดี่ยวยกพื้นสูง ร้อยละ ๒๐.๗ ผู้สูงอายุขึ้นลงบันไดบ้าน ๑-๒ ครั้งต่อวัน ร้อยละ ๘๕.๘ ในบ้านของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีราวจับเพื่อพยุง/ลูก ร้อยละ ๙๔.๒ ส้วมที่บ้านเป็นแบบนั่งยอง ร้อยละ ๖๔.๗ ลักษณะพื้นห้องน้ำมีความเรียบ/ลื่น ร้อยละ ๗๔.๙ ภายในบ้านมีแสงสว่างชัดเจน ร้อยละ ๘๔.๒ สิ่งแวดล้อมภายในบ้านภาพรวมไม่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ ๙๐.๗ ด้านสิ่งแวดล้อมภายนอกบ้าน พบว่า บริเวณทางเดินของบ้านผู้สูงอายุมีสิ่งกีดขวางทางเดิน ร้อยละ ๕.๓ รองลงมาคือมีสิ่งกีดขวางทางเดิน ร้อยละ ๕.๓ พื้นลื่น ร้อยละ ๕.๑ และพื้นขรุขระมีกรวดหิน ร้อยละ ๔.๒ ตามลำดับ บริเวณรอบตัวบ้านของผู้สูงอายุ มีการสะสมสิ่งของที่ไม่ใช้แล้ว ร้อยละ ๘.๗ และทางเดินมีความลาดชัน ร้อยละ ๔.๐ สิ่งแวดล้อมภายนอกบ้านภาพรวมที่เอื้อต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ร้อยละ ๗๒.๗

๔. พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ ๒๕.๑ เมื่อพิจารณาแต่ละองค์ประกอบพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมออกกำลังกายหรือกิจกรรมทางกาย อย่างน้อยวันละ ๓๐ นาทีมากกว่า ๕ วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ ๒๘.๙ มีพฤติกรรมรับประทานอาหาร ผัก ผลไม้ อย่างน้อยวันละ ๕ ส่วน ร้อยละ ๔๒.๘ มีพฤติกรรมการดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ ๘ แก้ว ร้อยละ ๔๖.๗ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่/ยาเส้น ร้อยละ ๘๕.๒ และไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ร้อยละ ๘๗.๑

๕. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ

การตรวจสุขภาพประจำปี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ($p\text{-value} = 0.001^*$)

ความรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีความรู้ด้านสุขภาพจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ ($p\text{-value} = 0.000^*$)

การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ($p\text{-value} = 0.006^*$)

ตารางที่ 1 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

ปัจจัย	จำนวน ตัวอย่าง	พฤติกรรมสุขภาพ				Chi p-value
		พึงประสงค์		ไม่พึงประสงค์		
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ภาวะสุขภาพ	450	113	25.1	337	74.9	0.017*
ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี	59	12	20.3	47	79.7	
ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี	391	101	25.8	290	74.2	
การพลัดตกหกล้ม	450	113	25.1	337	74.9	0.623
ไม่เคย	390	111	28.5	279	71.5	
เคยหกล้ม	60	2	3.4	58	96.6	
ความรู้ด้านสุขภาพ	450	113	25.1	337	74.9	0.000*
ไม่มีความรอบรู้	191	48	25.1	143	74.9	
มีความรอบรู้	259	65	25.1	194	74.9	
สิ่งแวดล้อมภายในบ้านที่เอื้อต่อสุขภาพ	450	113	25.1	337	74.9	0.378
ไม่เอื้อต่อสุขภาพ	408	102	25	306	75	
เอื้อต่อสุขภาพ	42	11	26.2	31	73.8	
สิ่งแวดล้อมภายนอกบ้านที่เอื้อต่อสุขภาพ	450	113	25.1	337	74.9	0.235
ไม่เอื้อต่อสุขภาพ	123	30	24.4	93	75.6	
เอื้อต่อสุขภาพ	327	83	25.4	244	74.6	
สวัสดิการทางสังคม	450	113	25.1	337	74.9	0.006*
ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ	248	62	25	186	75	
เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ	202	51	25.2	151	74.8	

อภิปรายผลการวิจัย

การตรวจสุขภาพประจำปี

การศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านการตรวจสุขภาพประจำปี กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสถิติ ($p < 0.05$) เนื่องจากผู้สูงอายุได้ตระหนักถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังสุขภาพตนเอง การตรวจสุขภาพตั้งแต่ยังไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ หรืออาจมีความผิดปกติเพียงเล็กน้อยไม่ชัดเจน การตรวจสุขภาพนี้เป็นเพียงการค้นหาโรคที่อาจแฝงอยู่โดยยังไม่ปรากฏอาการผิดปกติ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคอ้วน ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น ช่วยให้สามารถตรวจพบโรคเหล่านี้ในระยะเริ่มต้น เป็นประโยชน์ในการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของโรค ทำให้ได้ผลในการรักษาที่ดี ลดความรุนแรง ภาวะแทรกซ้อน หรือความพิการต่าง ๆ ที่อาจเกิดจากโรคบางโรคได้ อย่างไรก็ตามการตรวจสุขภาพไม่ได้เป็นการรับประกันว่าจะปลอดจากโรค หากแต่จะช่วยให้ตรวจพบโรคระยะเริ่มแรกได้เท่านั้น การดูแลสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ในปริมาณที่เหมาะสม การออกกำลังกาย ยังคงเป็นหัวใจสำคัญที่จะทำให้ท่านมีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ การสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเองและการปรึกษาแพทย์เมื่อมีภาวะผิดปกติ ก็เป็นสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งที่จะช่วยตรวจหาโรคที่อาจเป็นเพิ่มเติมได้^๗ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มินตรา สาระรักษ์^๘ ที่พบว่า ระดับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.020$) ผู้สูงอายุอยู่ในช่วงวัยที่มีการ

เปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม หากมีการดูแลสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพและอาจนำไปสู่การเกิดโรคหรือความผิดปกติต่าง ๆ ได้ง่าย อีกทั้งยังอาจทำให้มีภาวะเครียด ซึมเศร้า และนำไปสู่ปัญหาสุขภาพทางจิตตามมา ดังนั้นการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีในผู้สูงอายุ จึงมีความสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพกายและใจที่ดี ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ พฤติกรรมดูแลสุขภาพที่สำคัญ

การพลัดตกหกล้ม

การพลัดตกหกล้มเป็นการล้มลง การทรุดตัวลง เนื่องจากการเสียสมดุลในการทรงตัว ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ การพลัดตกหกล้มหากเกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยด้านร่างกายเมื่อเกิดการพลัดตกหกล้มอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บอย่างรุนแรง เช่น ฟกช้ำ กระดูกหักตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เป็นต้น ผลกระทบจากการได้รับบาดเจ็บทำให้สูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ซึ่งจะมีผลกระทบด้านจิตใจตามมา โดยในผู้สูงอายุที่มีการพลัด ตกหกล้มจะรู้สึกขาดความเชื่อมั่นและไม่มั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เรียกว่า ความกลัวการพลัดตกหกล้ม (fear of falling) พบร้อยละ ๓๓ หลังการพลัดตกหกล้ม ทำให้สูญเสียการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน และ สูญเสียความ มั่นใจในการดำรงชีวิต ถือว่าเป็นภาวะคุกคามทางด้านจิตใจ ในระยะยาวอาจทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ การเข้าสังคมจะลดลงจนเกิดการแยกตัว ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวล เครียด และมีภาวะซึมเศร้าตามมาได้ จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ ๖ พบว่า การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยมีผู้สูงอายุที่ไม่เคยหกล้ม ร้อยละ ๘๖.๗ ซึ่งต่างจากการศึกษาของภาวดี วิมลพันธ์ และ ขนิษฐา พิศฉลาด^๙ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการพลัดตกหกล้มต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ศึกษาในผู้สูงอายุตำบลแม่ข้าวต้ม อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน ๔๖ ราย โดยโปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง และแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้ม การออกกำลังกายแบบไท่ชี่ การทบทวนแผนการรักษาโดยการให้ยา การประเมินและแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น และการประเมินและการจัดการสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย พบว่า จำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้มลดลงจากก่อนการใช้ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ความรู้ด้านสุขภาพ

ความรู้ด้านสุขภาพ คือ ระดับของบุคคล ประชาชน ที่ได้รับหรือเข้าถึงข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สามารถเข้าใจข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพ และบริการสุขภาพที่จำเป็น เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ และตัดสินใจด้านสุขภาพที่เหมาะสม สามารถถ่วงถ่วง ประเมิน และตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกใช้บริการ และผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างเหมาะสม มี ๖ องค์ประกอบหลักที่เชื่อมโยงระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งเป็นปัจจัยตัวกลาง ได้แก่ ๑) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access skill) ๒) ความรู้ ความเข้าใจทาง สุขภาพ (Cognitive skill) ๓) การโต้ตอบ ชักถาม แลกเปลี่ยน (Interrogation skill) ๔) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) ๕) การเปลี่ยนพฤติกรรม (Change the behavior skill) และ ๖) การบอกต่อ (Telling skill) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพและตัวแปรกลางซึ่งเป็นปัจจัยระดับบุคคลและชุมชน ได้แก่ การศึกษา ความเชื่อ วัฒนธรรม บริบท และโครงสร้างทางสังคมและเทคโนโลยีรายได้ ฐานะทางสังคม ลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม^{๑๐} การศึกษา ความสัมพันธ์ของความรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของสุนันทินี ศรีประจันทร์^{๑๑} ที่ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและ

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุ

รูปแบบการอยู่อาศัยของคนไทยได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมากในรอบ ๒-๓ ทศวรรษที่ผ่านมาคนไทยอาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีขนาดเล็กลง ปัจจุบันครัวเรือนไทยมีขนาดเล็กเพียง ๓ คน เท่านั้น นอกจากนี้ครัวเรือนผู้สูงอายุไทยยังมีความหลากหลายในการอยู่อาศัยมากขึ้น ทั้งในลักษณะของการอาศัยอยู่คนเดียว อยู่ด้วยกันตามลำพังในครัวเรือนที่มีแต่ผู้สูงอายุเท่านั้น หรือครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุกับหลานที่เรียกว่า “ครอบครัวข้ามรุ่น” (Skipped Generation) เมื่อวัยต่าง ๆ ของผู้สูงอายุเสื่อมสภาพลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการได้ยิน การมองเห็น หรือการเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นอุปสรรคในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ รูปแบบการอยู่อาศัยที่เปลี่ยนแปลงไปย่อมมีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลผู้สูงอายุที่ทั้งเป็นคนในครอบครัว และชุมชนที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ รวมถึงสถานดูแลผู้สูงอายุที่รัฐจัดเป็นสวัสดิการ หรือเอกชน ดำเนินการในเชิงธุรกิจ สถานที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุมี ๒ ประเภท คือ การอาศัยอยู่ในที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมเดิมที่ผู้สูงอายุคุ้นชิน และการอยู่อาศัยในที่อยู่อาศัยใหม่ ซึ่งเป็นการจัดสวัสดิการของรัฐในเรื่องที่อยู่อาศัย หรือการจัดที่อยู่อาศัยเชิงพาณิชย์สำหรับผู้สูงอายุ ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถอาศัยอยู่ในที่อยู่เดิมได้^{๑๒}

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ ๖ พบว่าสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งต่างจากการศึกษาของนพเก้า บัวงาม และกาญจนา นาถะพินธุ^{๑๓} ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุและปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ ตำบลปากน้ำ อำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ ผลการวิจัย พบว่าความชุกของการเกิดอุบัติเหตุในช่วง ๖ เดือนที่ผ่านมาคิดเป็นร้อยละ ๖๓.๓๗ โดยพบความชุกในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ ๕๘.๖๔ และไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายुर้อยละ ๖๕.๗๔ ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนกลาง (๗๐-๗๙ ปี) ร้อยละ ๔๗.๔๐ อุบัติเหตุที่พบ ๓ อันดับแรก ได้แก่ การพลัดตก/หกล้ม สัมผัสถูกแรงกระแทก/ชน และสัมผัสความร้อน/ของร้อน ร้อยละ ๔๙.๑๘ , ๒๖.๙๕ และ ๒๕.๗๒ ตามลำดับ ซึ่งเกิดอุบัติเหตุภายในบ้านมากที่สุด ร้อยละ ๕๔.๑๒ ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุควรรวบรวมหลายปัจจัย พบว่าสถานภาพการเป็นสมาชิก ชมรม อายุลักษณะบ้าน แสงสว่างภายในบ้าน ราวบันได และการมีประวัติเคยเกือบเกิดอุบัติเหตุมีความสัมพันธ์อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ

การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ บุคคลโดยทั่วไปยังคงมีความต้องการทางสังคมเช่นเดียวกับในวัยอื่น ๆ ที่ผ่านมา แม้สถานภาพและบทบาททางสังคมจะลดลงก็ตาม การมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องจัดให้มีความต้องการที่ผู้สูงอายุสนใจ และเป็นกิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้เหมาะสมตามกำลัง ของสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป การทำกิจกรรมจะเป็นการสร้างคุณค่าในตนให้กับผู้สูงอายุ เป็นประโยชน์ต่อสังคม และยังพบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิต รู้สึกมีคุณค่าในตน มีผลดีต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ อีกด้วย จากการศึกษาความสัมพันธ์ของการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับ มัณฑนา จริยรัตน์ไพศาล^{๑๔} ที่ศึกษารูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพร่างกายหรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์นั้น มีความต้องการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ได้แก่ กิจกรรมการออกกำลังกายที่ไม่หนัก ไม่เร็วหรือแรง หรือกิจกรรมอะไรก็ได้ ขอให้สนุกสนานและคลายความเหงา ได้พบเพื่อนวัยเดียวกัน รวมทั้งผู้สูงอายุต้องการให้มีกิจกรรมการตรวจสุขภาพมีการเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและกิจกรรมการให้ความรู้ ด้านสุขภาพด้วย

๑๐. การนำไปใช้ประโยชน์

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

๑. สร้างความรอบรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุผ่านกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ
๒. ขับเคลื่อนการทำแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระดับบุคคลให้ครอบคลุมประเด็นสุขภาพที่สำคัญ

มาตรการการแก้ไขปัญหา

๑. จัดทำแผนการสร้างความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๖
๒. รณรงค์ถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านสุขภาพผ่านช่องทางที่หลากหลาย ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้ข้อมูลความรู้ต่างๆ ได้ง่าย
๓. ติดตามแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระดับบุคคล เพื่อผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

๑๑. ความยุ่งยากในการดำเนินงาน/ปัญหา/อุปสรรค

๑. การวิจัยครั้งนี้มีการมุ่งศึกษาหลายประเด็น ทำให้จำนวนข้อของแบบสอบถามมีค่อนข้างมาก จึงใช้ระยะเวลาในการทำแบบสอบถามแต่ละครั้ง อาจไม่ได้รับความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม มีความเสี่ยงสูงที่ผู้สูงอายุจะขอยุติการให้ข้อมูล

๒. ข้อจำกัดด้านร่างกายของผู้สูงอายุ เช่น การได้ยินและการมองเห็นไม่ชัดเจน รวมทั้งการทำความเข้าใจกับแบบสอบถาม อาจทำให้ได้รับข้อมูลจากแบบสอบถามไม่ถูกต้อง

๑๒. ข้อเสนอแนะ/วิจารณ์

๑) จากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุค่อนข้างน้อย และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของธัญชนก ชุมทอง พบว่า ปัจจัยด้านการให้บริการเชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงผ่านชมรมผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง ดังนั้นควรใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ การจัดศูนย์การเรียนรู้ในชุมชนเพื่อให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ รวมถึงการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ ตลอดจนส่งเสริมสุขภาพผู้ที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ต่อไป

๒) จากการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ ภมร ดรรณ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้มีพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมี 6 องค์ประกอบ เรียงตามลำดับน้ำหนักของสัมประสิทธิ์การถดถอย ได้แก่ การจัดการตนเอง การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การตัดสินใจ และเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ ตัวแปร ปัจจัยทั้ง 6 องค์ประกอบสามารถร่วมกันทำนายระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 27.3 ($R^2 = 0.273$) ดังนั้น ควรเน้นการพัฒนาทักษะการจัดการตนเองก่อนเป็นลำดับแรก การสร้างความรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพอาจดำเนินการได้โดยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับการวิจัยเชิงปริมาณ (Mixed method) เพื่อให้การอธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ มีความชัดเจนมากขึ้น

๑๓. กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยการสนับสนุนการดำเนินงานอย่างดียิ่ง ขอขอบคุณ นายแพทย์พนิต โกลเสถียรกิจ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๖ ที่ให้ความสำคัญและสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณดร.ศรัชฌา กาญจนสิงห์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ที่ให้คำปรึกษาและให้ข้อเสนอแนะในการวิเคราะห์ข้อมูล และการเขียนรายงานวิจัย และขอขอบคุณนางทิพย์วรรณ จุมแพง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ และนางนงลักษณ์ สุขเยี่ยม ที่ร่วมดำเนินการในการจัดเก็บข้อมูล

๑๔. เอกสารอ้างอิง

๑. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.๒๕๕๙ Situation of The Thai Eldery ๒๐๑๖. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). กรุงเทพฯ.
๒. ชมพูนุท พรหมภักดี. บทความวิชาการ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย (Aging Society in Thailand). สำนักวิชาการ สำนักเลขานุการวุฒิสภา. ปีที่ ๓ ฉบับที่ ๑๖ สิงหาคม ๒๕๕๖. กรุงเทพฯ.
๓. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. สุขภาพคนไทย ๒๕๕๕. ความมั่นคงทางอาหาร: เงินทองของมา ยา ข้าว ปลา สีสของจริง. ๒๕๕๕. นครปฐม.
๔. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.๒๕๕๘ Situation of The Thai Eldery ๒๐๑๖. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). กรุงเทพฯ.
๕. คู่มือการดำเนินงาน ตัวชี้วัด: ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ประจำปี ๒๕๖๓. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. กระทรวงสาธารณสุข.
๖. คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๖๔) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ ๑ พ.ศ.๒๕๕๒. กระทรวงความมั่นคงของมนุษย์. พิมพ์ครั้งที่ ๑: มิถุนายน ๒๕๕๓.
๗. การตรวจสุขภาพประจำปี. คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล. [อินเทอร์เน็ต].๒๕๖๓. [เข้าถึงเมื่อ ๑๒ มี.ค.๒๕๖๓]. เข้าถึงได้จาก <https://www.si.mahidol.ac.th/th/PRProject/siriraj/health.php>
๘. ฐิติมา ทาสวรรณอินทร์ และ กรรณิการ์ เทพกิจ. ผลของโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ ปีที่ ๓๕ ฉบับที่ ๓: กรกฎาคม-กันยายน ๒๕๖๐.
๙. กาวดี วิมลพันธุ์ และ ขนิษฐา พิศฉลาด. ผลของ โปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ๒๕๕๖. ปีที่ ๒๓ ฉบับที่ ๓: กันยายน-ธันวาคม ๒๕๕๖.
๑๐. วชิระ เพ็งจันทร์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ.[อินเทอร์เน็ต].๒๕๖๓. [เข้าถึงเมื่อ ๑๒ มี.ค.๒๕๖๓]. เข้าถึงได้จาก <http://hpc๕.anamai.moph.go.th>
๑๑. สุนันที ศรีประจันต์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น Health Literacy and desirable health behavior of Personnel in Health Promotion Center Region ๗ Khonkean. [อินเทอร์เน็ต]. ๒๕๖๓. [เข้าถึงเมื่อ ๑๒ มี.ค.๒๕๖๓]. เข้าถึงได้จาก <http://203.157.71.148/hpc7data/Res/ResFile/2562000901.pdf>

๑๒. สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. [อินเทอร์เน็ต]. ๒๕๖๓. [เข้าถึงเมื่อ ๑๒ มี.ค.๒๕๖๓]. เข้าถึงได้จาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/40373-%E0%B8%AA%E0%B8%B4%E0%B9%88%E0%B8%87%E0%B9%81%E0%B8%A7%E0%B8%94%E0%B8%A5%E0%B9%89%E0%B8%AD%E0%B8%A1%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88%E0%B9%80%E0%B8%AB%E0%B8%A1%E0%B8%B2%E0%B8%B0%E0%B8%AA%E0%B8%A1%E0%B8%81%E0%B8%B1%E0%B8%9A%E2%80%9C%E0%B8%9C%E0%B8%B9%E0%B9%89%E0%B8%AA%E0%B8%B9%E0%B8%87%E0%B8%AD%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%B8%E2%80%9D.html>
๑๓. นพแก้ว บัวงาม, กาญจนา นาถะพินธุ. ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุและปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ ตำบลปากน้ำ อำเภอมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๗ ขอนแก่น. ปีที่ ๒๕ ฉบับที่ ๒ พฤษภาคม - สิงหาคม ๒๕๖๑.
๑๔. มณฑนา จริยรัตน์ไพศาล. รูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร Model of Health promotion Activities for Aging in Kamphaeng Phet Province. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ (สทสมส.) ปีที่ ๒๑ ฉบับที่ ๓ กันยายน - ธันวาคม ๒๕๕๘.
๑๕. ัญชนก ขุมทอง. ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง. วารสาร Veridian E-Journal สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. ปีที่ 3 ฉบับที่ 6 เดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม 2559.
๑๖. ภมร ตรุณ, และประกันชัย ไกรรัตน์. ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ปีที่ 15 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2562.

เอกสาร/เว็บไซต์อ้างอิง วารสารสุขภาพภาคประชาชนภาคกลาง Central Regional Primary Health Care Journal ISSN ๐๘๕๗-๓๗๙๔ ปีที่ ๓๔ ฉบับที่ ๔ เดือนกรกฎาคม - กันยายน ๒๕๖๓

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)
(นางสาวลลิตา สุขแสงปัญญา)
ผู้เสนอผลงาน
วันที่/...../.....

ขอรับรองว่าสัดส่วนหรือลักษณะงานในการดำเนินการของผู้เสนอข้างต้นถูกต้องกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ	ลงชื่อ
(นางทิพย์วรรณ จอมแพง)	(นางนงลักษณ์ สุขเอี่ยม)
ผู้ร่วมดำเนินการ	ผู้ร่วมดำเนินการ
..... / / / /

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ	ลงชื่อ
(.....)	(.....)
ตำแหน่ง	ตำแหน่ง
(หน.กลุ่ม/ฝ่าย)	(ผอ. กอง/ศูนย์/สำนัก)
..... / / / /

หมายเหตุ

๑. หากผลงานมีลักษณะเฉพาะ เช่น แผ่นพับ หนังสือ แลบบันทึกลเสียง ฯลฯ ผู้เสนองานอาจส่งผลงานจริงประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการก็ได้
๒. จำนวนไม่เกิน ๑๕ หน้า