



สภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
จังหวัดสุโขทัย

Health status and health promoting behavior among older people
in Sukhothai province

ถาวร มัดัน
เสน่ห์ แสงเงิน
สุรเดช สำราญจิตต์
อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุโขทัย

ปีงบประมาณ 2558

งานวิจัยนี้เป็นลิขสิทธิ์ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุโขทัย

พ.ศ. 2558

บทคัดย่อภาษาไทย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในเขตจังหวัดสุโขทัย จำนวน 415 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 61.4 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 70.22 ปี ร้อยละ 62.7 สถานภาพคู่ ร้อยละ 71.3 จบประถมศึกษา ร้อยละ 54.9 ประกอบอาชีพเกษตรกร รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 2,846.86 บาท ร้อยละ 55.9 มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 67.2 มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ร้อยละ 29.2 มีการมองเห็นไม่ปกติ ร้อยละ 27.2 มีปัญหาการเดิน ร้อยละ 37.3 มีปัญหาสุขภาพช่องปาก กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 74.2 มีสภาวะสุขภาพในระดับไม่ดี ร้อยละ 29.9 มีระดับการรับรู้ประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพในระดับดี ร้อยละ 59.3 มีระดับการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือญาติในการสร้างเสริมสุขภาพในระดับดี ร้อยละ 47.2 มีระดับการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพในระดับดี ร้อยละ 32.0 มีระดับการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพในระดับดี ร้อยละ 22.2 มีระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในระดับดี และพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = -0.096$ $p < 0.050$) รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = 0.181$ $p < 0.001$) สภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = -0.160$ $p = 0.001$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = 0.236$ $p < 0.001$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลภายนอกครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = 0.231$ $p < 0.001$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = 0.194$ $p < 0.001$)

คำสำคัญ สภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

This research was a descriptive research aimed to study health status, health promoting behavior and factors related health promoting behavior in older people. 415 participants were randomized by using multistage random sampling and a questionnaire was administered by face to face interviews and analysis by Pearson's product moment correlation coefficient.

The result showed that samples were females (61.4%), average of age 70.22 years old, marriage (62.7%), primary school (71.3%), farmers (54.9%), average income 2,846.86 baht per month, inadequate income (55.9%), diseases (76.2%), vision problems (29.2%), trouble walking (27.2%), oral health problems (37.3%), poor health status(74.2%), good health promoting benefit (29.9%), good health promoting supported by family member (59.3%), good health promoting supported by non family member (47.2%), good health promoting supported by health care provider(32.0%), good health promoting behaviors (22.2%), And found that age was associated with health promoting behavior negative in low level statistical significance .05($r = -0.096$ $p < 0.050$), income was associated with health promoting behavior positive in low level statistical significance .05 ($r = 0.181$ $p < 0.001$), health status was associated with health promoting behavior negative in low level statistical significance .05 ($r = -0.160$ $p = 0.001$), health promoting supported by family member was associated with health promoting behavior positive in low level statistical significance .05($r = 0.236$ $p < 0.001$), health promoting supported by non family member was associated with health promoting behavior positive in low level statistical significance .05($r = 0.231$ $p < 0.001$), health promoting supported by health care provider was associated with health promoting behavior positive in low level statistical significance .05($r = 0.194$ $p < 0.001$)

Keywords Health status, health promoting behavior, older people

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยเรื่องสภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดสุโขทัย ได้รับการสนับสนุนจากงานมหาวิทยาลัยรามคำแหง ปีงบประมาณ 2558

รายงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีอันเนื่องมาจากความกรุณาอย่างยิ่งของคณาจารย์ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง ที่กรุณาสละเวลาชี้แนะให้ข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ในการทำการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนชี้แนะแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่และให้กำลังใจตลอดมาจนงานวิจัยสำเร็จลงได้อย่างสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ท้ายนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาในการให้ข้อมูลแก่คณะผู้วิจัยเป็นอย่างดี และขอขอบคุณทุกท่านที่ได้กล่าวนามที่มีส่วนเกี่ยวข้องในความสำเร็จครั้งนี้

คณะวิจัย

กันยายน 2558

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ข
กิตติกรรมประกาศ.....	ค
สารบัญ.....	ง
บทที่	
บทนำ	1
ความเป็นมาของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
ขอบเขตของงานวิจัย	5
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
2 เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุและผลกระทบของการสูงอายุต่อสุขภาพ	7
รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ.....	17
แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม	29
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	32
กรอบแนวคิดการวิจัย	34
3 วิธีดำเนินการวิจัย	35
รูปแบบการวิจัย.....	35
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	36
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	36
การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	39
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	39
การเก็บรวบรวมข้อมูล	40
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	40

สารบัญ(ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย.....	41
ข้อมูลส่วนบุคคล	41
สภาวะสุขภาพที่ได้รับผลกระทบจากการสูงอายุ	44
การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ.....	46
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการสร้างเสริมสุขภาพ.....	48
พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ.....	54
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ.....	56
5 บทสรุป.....	57
สรุปผลการวิจัย	57
อภิปรายผล	60
ข้อเสนอแนะ	63
บรรณานุกรม	64
ภาคผนวก.....	70

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวน และร้อยละจำแนกตามลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล	41
2	จำนวน และร้อยละสภาวะสุขภาพที่ได้รับผลกระทบจากการสูงอายุ.....	44
3	จำนวนและร้อยละระดับสภาวะสุขภาพ.....	45
4	จำนวน และร้อยละการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ.....	46
5	จำนวนและร้อยละระดับการรับรู้ประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพ.....	47
6	จำนวน และร้อยละของการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว.....	48
7	จำนวนและร้อยละระดับการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว.....	49
8	จำนวน และร้อยละของการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัว...	50
9	จำนวนและร้อยละระดับการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัว..	51
10	จำนวน และร้อยละของการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพ.....	52
11	จำนวนและร้อยละระดับการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพ.....	53
12	แสดงจำนวน และร้อยละของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ.....	54
13	จำนวนและร้อยละระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ.....	55
14	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุ.....	56

สารบัญภาพ

ภาพ	หน้า
1 แสดงรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender).....	20
2 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย.....	34

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา

การพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมรวมถึงความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์และการสาธารณสุข ส่งผลให้ทุกประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยมีประชากรที่อายุยืนยาว ประกอบกับอัตราการเจริญพันธุ์ลดลงทำให้สัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551, หน้า 7), (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547, หน้า 1), (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2552, หน้า 8) โดยในปี ค.ศ. 1975 ประชากรทั่วโลกมีจำนวน 4,100 ล้านคน มีจำนวนผู้สูงอายุ 350 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 8.53 และในปี พ.ศ. 2002 มีจำนวนผู้สูงอายุ 629 ล้านคนหรือมีผู้สูงอายุ 1 คนในจำนวนคน 10 คน (WHO, 2002, p.2) ประมาณการณ์ในปี ค.ศ. 2025 จะมีผู้สูงอายุประมาณ 1.2 พันล้านคน (WHO, 2006, p.5) และเพิ่มเป็น 2 พันล้านคนหรือมีผู้สูงอายุจำนวน 1 คนในจำนวนคน 5 คน ในปี ค.ศ. 2050 (WHO, 2002, p.2) ซึ่งพบว่าในปี ค.ศ. 2002 มีผู้สูงอายุร้อยละ 54 อาศัยอยู่ในทวีปเอเชีย ร้อยละ 24 อาศัยอยู่ในทวีปยุโรป แต่ในปี พ.ศ. 2050 คาดว่าผู้สูงอายุในทวีปยุโรป อเมริกาเหนือและหมู่เกาะในมหาสมุทรแปซิฟิก จะมีจำนวนลดลง ส่วนทวีปแอฟริกา เอเชีย ลาตินอเมริกา จำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น (WHO, 2006, p.6) โดยประมาณร้อยละ 70 ของผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา (WHO, 2002, p.8) สำหรับประเทศในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก พบว่าประเทศญี่ปุ่นมีอัตราผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมดของประเทศมากที่สุด คือในปี ค.ศ. 1975 มีผู้สูงอายุร้อยละ 11.70 และเพิ่มเป็นร้อยละ 26.40 ในปี ค.ศ. 2005 ซึ่งคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 35.80 และร้อยละ 44 ในปี ค.ศ. 2025 และ 2050 ตามลำดับ (WHO, 2008, pp.39)

จากข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้สูงอายุของทุกประเทศทั่วโลก มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งส่งผลให้โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลง มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2008: Online) จากการเปลี่ยนโครงสร้างประชากรดังกล่าว ส่งผลให้หลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยเข้าสู่สภาวะประชากรผู้สูงอายุ (Population aging) โดยประเทศไทยเข้าสู่สภาวะประชากรผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2548 (วิทยาลัยประชากรศาสตร์, 2553:Online) เป็นการเข้าสู่ยุคของสังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ซึ่งหมายถึงการมีประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ (สุปรินดา มั่นคง, 2549, หน้า 8), (United Nation, 2008, p.3) หรือประชากรอายุเกิน 65 ปีขึ้นไปมีจำนวนร้อยละ 7

ของประชากรทั้งประเทศและจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มเป็นร้อยละ 20 หรือประชากรอายุเกิน 65 ปีขึ้นไปเพิ่มเป็นร้อยละ 14 (วิทยาลัยประชากรศาสตร์, 2553:Online)

ในส่วนของประเทศไทยพบว่าโครงสร้างประชากรไทยกำลังปรับเปลี่ยนสู่การเป็นสังคมที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุถึงหนึ่งในห้าจำนวนผู้สูงอายุรวมถึงสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2537 มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 6.80 ของประชากรทั้งประเทศปี พ.ศ. 2545 มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.40จากนั้นเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.70 ในปี พ.ศ. 2550 และเพิ่มเป็นร้อยละ 10.80 ในปี พ.ศ. 2553 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550, หน้า 17) และประมาณการณ์ว่าประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็นร้อยละ 15.10 ในปี พ.ศ. 2563 เพิ่มเป็นร้อยละ 21.10 ในปี พ.ศ. 2573 และเพิ่มเป็นร้อยละ 26.00 ในปี พ.ศ. 2583ของประชากรทั้งประเทศ (กรมอนามัย, 2550: Online)

ประชากรสูงอายุเป็นกลุ่มประชากรพิเศษที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากสังคมได้รับการดูแลทางด้านสุขภาพร่างกายผู้สูงอายุจะมีแบบแผนความเจ็บป่วยที่ต่างจากกลุ่มอายุอื่นๆเป็นวัยที่ประสบกับปัญหาเสื่อมถอยทั้งด้านร่างกายจิตใจและสังคมทำให้วัยนี้มีโอกาสเกิดโรคภัยไข้เจ็บได้ง่ายทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคสมองเสื่อม โรคเบาหวาน โรคกระดูกพรุน ซึ่งผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนอาจจะนำไปสู่ความพิการได้ (WHO, 2006, pp. 16-17) และพบว่าผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 40 มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ผู้สูงอายุร้อยละ 75 ป่วยเป็นโรคเรื้อรังประกอบด้วยโรคเบาหวานอย่างเดียว ร้อยละ 25 ป่วยเป็นโรคเบาหวานร่วมกับโรคอื่นๆ ร้อยละ 25 และโรคเรื้อรังอื่นๆ ร้อยละ 23 (Margaret and Westaway, 2009: Online) ผู้สูงอายุไทยประสบปัญหาหลักสำคัญ 2 ประการคือปัญหาสุขภาพและปัญหาเศรษฐกิจโดยปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นปัญหาที่มีความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุอย่างชัดเจนทั้งการเจ็บป่วยเรื้อรังและเฉียบพลัน (สุทธิชัยจิตะพันธ์กุล, 2548, หน้า105)

จากการประเมินสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่าไม่ถึงครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 43.00) ของผู้สูงอายุประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีร้อยละ 28.90ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพปานกลางร้อยละ 21.50ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดีร้อยละ 2.80ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดีมากมีเพียงร้อยละ 3.80ที่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีมาก (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550, หน้า 35) และร้อยละ 31.70ของผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 13.30ของผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 7.00ของผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคหัวใจร้อยละ 0.50ของผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคมะเร็งร้อยละ 1.60ของผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคหลอดเลือดในสมองตีบร้อยละ 2.50 ของผู้สูงอายุ

ป่วยเป็นโรคอัมพาต/อัมพฤกษ์และพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 11.50ป่วยเป็นโรคข้อและกระดูก ร้อยละ 9.50มีปัญหาหูตึง/ได้ยินไม่ชัด ร้อยละ 31.20มีปัญหามองเห็นไม่ชัดร้อยละ 2.50กลิ่นปัสสาวะไม่ได้และพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 2.80รับประทานอาหารเพียงมือเดียวต่อวันการหกล้มภายใน 6 เดือนของผู้สูงอายุพบว่าร้อยละ 5.50ผู้สูงอายุเคยหกล้ม 1 ครั้งเป็นอย่างน้อยด้านสุขภาพจิต ผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 4.80มีภาวะซึมเศร้า (อรวรรณคูหาและนันทศักดิ์ธรรมานวัตร์, 2552, หน้า 15-16)

ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุจะนำไปสู่ความจำเป็นของความต้องการผู้ดูแลและเป็นสาเหตุหลักของการหยุดทำงานของผู้สูงอายุ ซึ่งจะส่งผลต่อปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมตามมาปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุจะเป็นภาระต่อระบบการบริการสุขภาพอย่างมากในอนาคต(วาทีบุญชะลิกษ์ , 2545, หน้า 27) กระบวนการสูงอายุจะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ประชาคมโลกจึงให้ความสำคัญกับผลกระทบดังกล่าว ประกอบด้วย 2 แนวคิด คือแนวคิดด้านมนุษยธรรม (Humanitarian Aspect of Aging) ซึ่งหมายถึงผู้สูงอายุสมควรได้รับความช่วยเหลือตามหลักมนุษยธรรมรวมถึงได้รับความช่วยเหลือความต้องการและแนวคิดในด้านพัฒนา (Developmental Aspect of the Aging) หมายถึงบทบาทของผู้สูงอายุในกระบวนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมซึ่งรัฐบาลของแต่ละประเทศจะต้องรับผิดชอบในการทำให้ความสูงอายุได้รับผลกระทบในทางลบน้อยที่สุดต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมรวมทั้งในเรื่องของการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีบทบาทในด้านการพัฒนาประเทศ (United Nation, 2008, p.1-2)

สำหรับประเทศไทย ภาครัฐได้ให้ความสำคัญเพื่อเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุ โดยกำหนดนโยบายในระดับชาติรวมถึงกำหนดให้แต่ละภาคส่วน กระทรวงต่างๆ ที่เกี่ยวข้องดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุร่วมกันกำหนดกลยุทธ์และมาตรการส่งเสริมป้องกันแก้ไขปัญหาด้านคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ(ปราณีอิมสมบัติ, 2546, หน้า 2) นอกจากนี้ ปัจจุบันประเทศไทย ได้ใช้แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) เป็นหลักในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยมีปรัชญาประกอบด้วยการสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุผู้สูงอายุสมควรได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้มีส่วนร่วมอันเป็นประโยชน์ต่อสังคมผู้สูงอายุสมควรดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของตนได้อย่างมีคุณภาพรวมถึงได้กำหนดยุทธศาสตร์เพื่อให้การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตบรรลุเป้าหมาย 5 ยุทธศาสตร์ (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2545, หน้า 28) สำหรับยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสร้างสุขภาพผู้สูงอายุได้ถูกกำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ที่ 2 คือยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุในมาตรการด้านการส่งเสริมความรู้ ด้านการส่งเสริมสุขภาพรวมถึงการป้องกันและการดูแลตนเองเบื้องต้น

ถ้าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองที่ดีจะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีซึ่งพบว่าผู้สูงอายุไม่ถึงครึ่งหนึ่งร้อยละ 41.10 ออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์หรือร้อยละ 48.30 ได้รับการตรวจสุขภาพในรอบปี ร้อยละ 12.60 สูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 3 ดื่มสุราเป็นประจำ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550, หน้า 43-48) ด้านการพัฒนาศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่าในปี พ.ศ.2548 กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตัวชี้วัดให้ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 และผู้สูงอายุออกกำลังกายเพื่อสุขภาพอย่างน้อยร้อยละ 60 และต่อมาในปีพ.ศ. 2549 ตั้งเป้าหมายให้ผู้สูงอายุไม่น้อยกว่าร้อยละ 96 สร้างเสริมสุขภาพประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลักคือการออกกำลังกายการเย็บเยียนสมาชิกและร่วมสืบสานวัฒนธรรมไทยเพื่อช่วยเหลือเกื้อกูลกันเกื้อกูลสังคมไม่รู้สึกรเหงาหรือโดดเดี่ยว

จังหวัดสุโขทัยมีอัตราประชากรผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมดมากเป็นอันดับหนึ่งของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2 ซึ่งประกอบด้วยจังหวัดตาก อุตรดิตถ์ พิษณุโลก เพชรบูรณ์ และสุโขทัย โดยในปี พ.ศ.2558 จังหวัดสุโขทัยมีผู้สูงอายุจำนวน 74,440 คน จากการสำรวจและจัดกลุ่มผู้สูงอายุตามการทำกิจวัตรประจำวันของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย พบว่า กลุ่มที่ 1 ช่วยเหลือตัวเองและช่วยเหลือคนอื่นได้ร้อยละ 89.14 กลุ่มที่ 2 ช่วยเหลือตัวเองได้แต่ช่วยคนอื่นไม่ได้ ร้อยละ 9.46 และกลุ่มที่ 3 ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ร้อยละ 1.40 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2558, หน้า 257) และพบว่าร้อยละ 49.80 มีสภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 44.18 มีสภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 6.02 มีสภาวะสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี โดยผู้สูงอายุ ร้อยละ 93.02 ได้รับผลกระทบทางสุขภาพมากที่สุด ได้แก่ มีอาการนอนไม่หลับรบกวนมาคือ ร้อยละ 86.51 มีอาการเหนื่อย และอ่อนเพลียไม่สามารถทำงานได้ร้อยละ 84.19 ได้ยินไม่ชัดต้องพูดเสียงดัง ๆ ร้อยละ 60.00 ได้รับอันตรายจากสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวเสมอ ร้อยละ 53.02 ไม่สามารถแสวงหาความรู้ที่จะนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองได้ ร้อยละ 51.16 ไม่สามารถดูแลร่างกายให้สะอาดอยู่เสมอ ร้อยละ 48.37 เมื่อรู้สึกไม่สบายใจจะอยู่คนเดียวไม่หาเพื่อนพูดคุย ร้อยละ 33.02 รับประทานอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (สมคิด ดันติไวยพจน์, 2556 หน้า 69)

จากที่กล่าวมาทั้งหมดจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาทางด้านสุขภาพอันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงด้านหน้าที่การงาน การเปลี่ยนแปลงบทบาทและหน้าที่ในสังคม ดังนั้น ผู้สูงอายุ จึงควรได้รับการดูแลใส่ใจเป็นพิเศษ โดยเฉพาะการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดำรงรักษาสุขภาพที่ดี เพื่อชะลอการเสื่อมของร่างกายและป้องกันการเกิดโรคภัยไข้เจ็บ ดังนั้น การศึกษาเพื่อสำรวจสภาวะสุขภาพและพฤติกรรม

สร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จะทำให้ทราบถึงสถานะความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ตลอดจน การได้รับการดูแลสุขภาพรวมถึงพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อนำข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการจัดทำแผนงาน โครงการทั้งระยะสั้นและระยะยาวที่จำเป็นและตอบสนองตรงความต้องการ ของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ อัตราการเจ็บป่วยลดลงรวมถึงลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของ

ผู้สูงอายุ

ขอบเขตของงานวิจัย

การศึกษาสถานะสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุได้ กำหนดขอบเขตในการศึกษา ดังนี้

1. ขอบเขตเชิงพื้นที่การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้กำหนดพื้นที่ในการศึกษาเป็นผู้สูงอายุใน เขตจังหวัดสุโขทัย ซึ่งจังหวัดสุโขทัยมีอัตราประชากรผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมดมากเป็นอันดับ หนึ่งของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2 ประกอบด้วยจังหวัดตาก อุตรดิตถ์ พิษณุโลก เพชรบูรณ์ และ สุโขทัย

2. ขอบเขตเชิงประชากรกลุ่มเป้าหมายแบ่งออกเป็นดังนี้

2.1 การศึกษาสถานะสุขภาพพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
กลุ่มเป้าหมายคือกลุ่มผู้สูงอายุกำหนดอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป แต่ไม่ได้แบ่งช่วงอายุ ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้วิจัยกำหนดคุณลักษณะด้านประชากรเพิ่มเติม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีคุณสมบัติใกล้เคียง กัน คือ เป็นผู้สูงอายุที่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจมีการรับรู้เกี่ยวกับเวลา สถานที่ บุคคล ตามปกติ สามารถเคลื่อนไหวหรือช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ ยินดี ให้ความร่วมมือในการศึกษาและอาศัยอยู่ในพื้นที่วิจัยระหว่างการศึกษา

2.2 ขอบเขตเชิงเวลา

ใช้ระยะเวลา 6 เดือน ตั้งแต่เดือนเมษายน 2558 ถึงเดือนกันยายน 2558

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้สูงอายุหมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปสามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ สามารถเคลื่อนไหวหรือช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ และอาศัยอยู่ในพื้นที่วิจัยระหว่างการศึกษา
2. สภาพะสุขภาพของผู้สูงอายุหมายถึง การได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปตามกระบวนการสูงอายุ ความเสื่อมถอยทางสุขภาพของผู้สูงอายุมีผลต่อสุขภาพ โดยวัดระดับความคิดเห็นการได้รับผลกระทบดังกล่าวในมิติทั้งทางด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ
3. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง หมายถึง ความสามารถหรือการกระทำ ประกอบด้วย การแสวงหาความรู้การรับประทานอาหารการออกกำลังกายการรับประทานยาการลดอุบัติเหตุในครัวเรือนการจัดการความเครียด และการพักผ่อนการสร้างสัมพันธ์ภาพในสังคม และการเข้าถึงความสุขทางด้านจิตวิญญาณได้อย่างเหมาะสม
4. การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุ รู้สึก นึกคิด ความเชื่อ ความเข้าใจประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพต่อตนเอง
5. แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การให้ความช่วยเหลือของบุคคลในครอบครัวหรือญาติ บุคคลภายนอกครัวหรืออาสาสมัคร บุคลากรด้านสุขภาพในการให้กำลังใจ การให้คำปรึกษา การให้ข้อมูลข่าวสาร การให้ความช่วยเหลือและการสนับสนุนอุปกรณ์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1.ทราบถึงสภาพะสุขภาพ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในพื้นที่
2. ทิมสุขภาพในระดับปฐมภูมิหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยส่งผลการวิจัยดังกล่าวให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย
3. เป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบายการเตรียมความพร้อมรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ
- 4.เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพตนเองผู้สูงอายุ ซึ่งจะทำให้การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีความชัดเจนและสมบูรณ์เพิ่มมากขึ้น

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาสภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้คำถามการวิจัยเป็นแนวทางหลักในการศึกษา และพบว่ามีประเด็นที่การศึกษานี้จะต้องทบทวนให้ครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุและผลกระทบของการสูงอายุต่อสุขภาพ
2. รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
3. แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุและผลกระทบของการสูงอายุต่อสุขภาพ

แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

คำว่า “ผู้สูงอายุ” (Elderly) ถูกบัญญัติขึ้นครั้งแรกในประเทศไทย โดย พล.ต.ต. อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร ในการประชุมระหว่างแพทย์อาวุโสและผู้สูงอายุจากวงการต่าง ๆ เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2505 จนเป็นที่เข้าใจ ยอมรับและใช้กันแพร่หลายมาจนกระทั่งปัจจุบันนี้ (ผกามาต กมลพรวิจิตรและคณะ, 2549, หน้า 31) ผู้สูงอายุ หมายถึงบุคคลที่อยู่ในวัยสุดท้ายของวงจรชีวิต ซึ่งวงจรชีวิตเริ่มตั้งแต่วัยทารก วัยเด็ก วัยหนุ่มสาว วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา การกำหนดเกณฑ์ว่าเมื่อใดจึงจะเรียกว่าผู้สูงอายุนั้น ในสังคมดั้งเดิมได้กำหนดการเป็นผู้สูงอายุโดยใช้บทบาทที่บุคคลนั้นๆ ทำอยู่ในสังคมเป็นเกณฑ์ซึ่งบทบาทเหล่านี้มักจะเป็นบทบาทที่แสดงถึงความเป็นผู้นำ ความรับผิดชอบสูงในสังคม ส่วนในปัจจุบันมักจะใช้อายุเป็นเกณฑ์ในการกำหนดความหมายของการเป็นผู้สูงอายุ การใช้อายุเป็นเกณฑ์นี้มักจะแตกต่างกันไปในสังคมของแต่ละประเทศ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศในทวีปยุโรปบางประเทศกำหนดอายุ 65 ปีเป็นวัยผู้สูงอายุ (จุฬารัตน์โส ตะ, 2549, หน้า 8) ประเทศอินโดนีเซียและมาเลเซียกำหนดอายุ 55 ปี เป็นวัยผู้สูงอายุ และประเทศนอร์เวย์กำหนดอายุ 70 ปี เป็นวัยผู้สูงอายุ (ปีนเนเรศ กาดอุดมและคณะ, 2550, หน้า 9) ประเทศเซเนกัลกำหนดอายุ 60 ปี เป็นวัยผู้สูงอายุ (United Nations, 2008, p.4) และจากการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ (The World Assembly on Aging) เมื่อพ.ศ. 2525 ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ได้กำหนดให้ผู้สูงอายุ คือทั้งเพศชายและหญิงอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ

(Elderly)และให้ใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก (United Nations, 2008, p.3), (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550, หน้า 3)สำหรับประเทศไทย พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ 2546 มาตรา 3 ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุหมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2553, หน้า 1) ซึ่งสอดคล้องกับข้อกำหนดของที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ (ผกามาศ กมลพรวิจิตรและคณะ, 2549, หน้า 31), (จุฬารักษ์โสตะ, 2549, หน้า 8), (ปิ่นนเรศ กาดอุดมและคณะ, 2550, หน้า 9) และใช้อายุ 60 ปีเป็นเกณฑ์ของการปลดเกษียณอายุราชการของข้าราชการด้วย(ผกามาศ กมลพรวิจิตรและคณะ, 2549, หน้า 31)

จากการศึกษาความหมายของผู้สูงอายุ สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึงบุคคลที่อยู่ในวัยสุดท้ายของชีวิต การสูงอายุจะแบ่งออกได้เป็นหลายประเภทโดยบางประเทศได้ใช้เกณฑ์ในการกำหนดการเป็นผู้สูงอายุแตกต่างกัน แต่ส่วนใหญ่ในทางปฏิบัติมักใช้อายุเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจการเป็นผู้สูงอายุโดยการนับตามปีปฏิทินและสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์อายุคืออายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นเกณฑ์กำหนดการเป็นผู้สูงอายุ

การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุ

การสูงอายุเป็นกระบวนการสากลที่เริ่มต้นตั้งแต่เกิด เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงของร่างกายการตามธรรมชาติ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมของบุคคลลักษณะเสื่อมถอยจะเกิดขึ้นช้าเร็วแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งเรียกรวบรวมการเปลี่ยนแปลงนี้ว่า ผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงเป็นเรื่องยากที่จะกำหนดให้แน่นอนว่าอายุเท่าใดจึงถือว่าเป็นผู้สูงอายุ(สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ,2548,หน้า 314),(WHO, 2006, p.4)และได้มีนักวิชาการหลายท่านได้แบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุ ดังนี้

Yuriek (1980) ได้แบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุ ตามสถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติ (National Institute of Aging) ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็น 2 กลุ่ม (Yuriek, 1980, pp.31) คือ

1. กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (Young-Old) มีอายุ 60 – 74 ปี
2. กลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (Old-Old) มีอายุ 75 ปีขึ้นไป

Alfred Kahn (2003) ได้แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม(ธนชนกเทศ, 2549, หน้า 85) ดังนี้

1. ผู้สูงอายุวัยต้น (The Young Elderly) คืออายุระหว่าง 60 ถึงต่ำกว่า 75 ปี
2. ผู้สูงอายุวัยกลาง (The Middle-age Elderly) คือ อายุระหว่าง 75 - 85 ปี
3. ผู้สูงอายุวัยปลาย(The Old Elderly) คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไป

สำนักส่งเสริมสุขภาพ (2552) ได้แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุโดยใช้สภาวะสุขภาพเป็นเกณฑ์ในการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2552, หน้า 5) ดังนี้

1. ดิตสังคม (พึ่งตนเองได้) คือ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น สังคม และชุมชนได้จะเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีถึงแม้จะมีโรคประจำตัวก็สามารถควบคุมได้มีศักยภาพเข้าสังคม ชุมชน สมาคม ให้ความร่วมมือร่วมใจกับสังคม และชุมชนได้ดี

2. ดิตบ้าน (พึ่งตนเองได้บ้าง) คือ ผู้สูงอายุที่ป่วย ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง มีโรคเรื้อรัง อาจจะมีพิการ/ทุพพลภาพบางส่วน ต้องการความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน

3. ดิตเตียง (พึ่งตนเองไม่ได้) คือ ผู้สูงอายุที่ป่วย ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการหรือทุพพลภาพต้องการความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันและดูแลสุขภาพต่อเนื่อง

กรมสุขภาพจิต (2553) ได้จำแนกกลุ่มของผู้สูงอายุออกเป็น 4 กลุ่ม (กรมสุขภาพจิต, 2553, หน้า 21) ดังนี้

1. กลุ่มที่มีประพฤติดีปฏิบัติได้สอดคล้องตามวัยของตนทำให้ไม่เกิดปัญหาต่อครอบครัว ได้แก่ มีความเป็นอยู่อย่างสงบมีความสนใจกิจกรรมต่าง ๆ ตามความพอใจและความเหมาะสมมุ่งทำประโยชน์ต่อสังคม

2. กลุ่มที่ชอบต่อสู้ มีพลังใจสูงทำให้มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์สิ่งใหม่ ๆ ขึ้นได้

3. กลุ่มที่ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น มักจะต้องการความสนใจ และความเอาใจ ใส่จากคนในครอบครัวมาก

4. กลุ่มที่สิ้นหวังในชีวิต มักจะเกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตใจโดยเฉพาะโรคอารมณ์เศร้า

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2548) ได้จำแนกวัยสูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548, หน้า 314) คือ

1. วัยสูงอายุตอนต้น (Young-Old) อายุ 60-69 ปี

2. วัยสูงอายุตอนกลาง (Medium-Old) อายุ 70-79 ปี

3. วัยสูงอายุมาก (Old-Old) อายุ 80 ปีหรือมากกว่า

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า กระบวนการสูงอายุนั้นไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะในช่วงวัยของผู้สูงอายุดังกล่าวเท่านั้นแต่กระบวนการสูงอายุนั้นจะค่อย ๆ เริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ และเพิ่มมากขึ้นตามกาลเวลาที่เปลี่ยนไปโดยเฉพาะในวัยสูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่บุคคลต้องประสบกับความเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เป็นภาวะวิกฤติหลายด้าน เช่น การเกษียณอายุ การจากไปของคู่ครอง มิตรสหาย รายได้ลดลง และการสูญเสียตำแหน่งทางสังคม เป็นต้น

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาและโดยไม่กำหนดช่วงอายุในการสุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยกำหนดคุณลักษณะด้านประชากรเพิ่มเติม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน คือ เป็นผู้สูงอายุที่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจมีการรับรู้เกี่ยวกับเวลา สถานที่ บุคคลตามปกติ สามารถเคลื่อนไหวหรือช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาและอาศัยอยู่ในพื้นที่วิจัยระหว่างการศึกษา

ทฤษฎีการสูงอายุ

นักวิชาการผู้เชี่ยวชาญศาสตร์หลายสาขาโดยเฉพาะนักชีววิทยา นักสังคมศาสตร์ และนักจิตวิทยา ซึ่งเป็นผู้สร้างทฤษฎีการสูงอายุเป็นแม่บทของการศึกษาผู้สูงอายุให้กว้างขวางยิ่งขึ้น ทั้งนี้ได้อธิบายทฤษฎีการสูงอายุตามศาสตร์ของแต่ละสาขาโดยสามารถจำแนกออกเป็น 3 ทฤษฎีหลัก (ประภาพร มโนรัตน์, 2553, หน้า 23-24) คือ

1. ทฤษฎีการสูงอายุเชิงชีวภาพ (Biological Theory) นักชีววิทยาได้อธิบายการสูงอายุในลักษณะของการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ ยีน ดีเอ็นเอโดยมีรายละเอียด (อรรณพ แผ่นคง, 2553, หน้า 11-14) ดังนี้

1.1 ทฤษฎีการสูงอายุที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม (Genetic Theories)

1.1.1 ทฤษฎีพันธุกรรมทั่วไป (General Genetic Theory) ได้อธิบายว่าอายุขัยของสัตว์แต่ละชนิดจะมีอายุนานไม่เท่ากัน เนื่องจากจะถูกกำหนดขึ้นโดยรหัสทางพันธุกรรม ดังนั้นจึงเชื่อว่าบุคคลในครอบครัวใดมีบรรพบุรุษอายุยืน บุคคลในครอบครัวนั้นมักมีอายุยืนด้วย

1.1.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวกับพันธุกรรมในเซลล์ (Cellular Genetic Theory) ได้อธิบายว่า ยีน (Gene) ควบคุมลักษณะพันธุกรรมโดยการสร้างเอนไซม์ ซึ่งมีผลต่อการทำหน้าที่ของเซลล์ ดังนั้นจึงเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงตลอดช่วงอายุของคนนั้นกำหนดไว้แล้วในยีน

1.1.3 ทฤษฎีผ่าเหล่า (Somatic Mutation Theory) ได้อธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงของดีเอ็นเอ (DNA) เกิดจากรังสีหรืออาจเกิดจากการส่งรหัสผิดพลาด จะเป็นตัวเร่งให้เซลล์ตาย ดังนั้นจึงเชื่อว่าจะเป็นสาเหตุทำให้คนเราแก่เร็วขึ้น

1.1.4 ทฤษฎีความผิดพลาด (Error Theory of Aging) ได้อธิบายถึงการเกิดความผิดพลาดในการสังเคราะห์โปรตีนหรือเอนไซม์ในเซลล์จึงทำให้การจำลองโปรตีนหรือเอนไซม์ซึ่งมีลักษณะหรือคุณสมบัติผิดไปจากเดิมและไม่สามารถทำหน้าที่ได้เป็นเหตุให้เซลล์ตายในที่สุด จึงเชื่อว่าจะทำให้คนแก่เร็วขึ้นหรืออายุสั้น

1.2 ทฤษฎีการสูงอายุที่ไม่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม (Non-Genetic Theories)

ทฤษฎีนี้ไม่เชื่อว่าการสูงอายุเกิดจากกรรมพันธุ์ แต่เชื่อว่าเป็นขบวนการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีในเซลล์ทำให้ลักษณะโครงสร้างและหน้าที่ดีเอ็นเอ (DNA) เปลี่ยนแปลงไป โดยสามารถแบ่งออกเป็น ทฤษฎีย่อยต่าง ๆ ดังนี้

1.2.1 ทฤษฎีความเสื่อมโทรม (Wear and Theory) หรือทฤษฎีเซลล์ ทฤษฎีนี้ได้เปรียบเทียบกับสิ่งมีชีวิตคล้ายกับเครื่องจักรเมื่อเกิดการใช้งานนาน ๆ จะเกิดความผิดปกติขึ้นเกิดภาวะความเสื่อมถอยทำหน้าที่ได้น้อยลงซึ่งโดยปกติแล้วเซลล์จะมีการสร้างใหม่แทนที่เซลล์ที่ตายอยู่ตลอดเวลาแต่ในคนสูงอายุขบวนการนี้จะเกิดน้อยลงและเซลล์บางชนิดเสื่อมลง โดยไม่มีเซลล์เกิดขึ้นใหม่ สภาวะการเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้หน้าที่ของเซลล์เสื่อมลง การแลกเปลี่ยนออกซิเจน การขนถ่ายอาหารเลี้ยงเนื้อเยื่อน้อยลงทำให้อวัยวะต่าง ๆ ทำหน้าที่เสื่อมถอย

1.2.2 ทฤษฎีการสะสม (Accumulative Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความสูงอายุเป็นผลมาจากการสะสมสารที่เป็นอันตรายต่อเซลล์ที่ชื่อว่าไลโปฟัสซิน (Lipofuscin) ซึ่งมีคุณสมบัติไม่ละลายน้ำจะถูกสะสมมากขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้นสารนี้จะส่งผลต่อการเผาผลาญภายในเซลล์ทำให้การซึมผ่านเซลล์ลดลง

1.2.3 ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวถึงเซลล์ว่ามีอายุเสื่อมและตายได้ สาเหตุเนื่องมาจากการสร้างอนุมูลอิสระซึ่งมีฤทธิ์ทำลายทำให้เซลล์เสื่อม อนุมูลอิสระนี้เป็นส่วนประกอบทางเคมีของเซลล์ ซึ่งเกิดจากผลพลอยได้ในกระบวนการทำงานปกติของเซลล์ เมื่อสะสมมากขึ้นก็จะมีอันตรายต่อการทำหน้าที่ของเซลล์ ทำให้เซลล์ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติและตายในที่สุด

1.2.4 ทฤษฎีการเชื่อมขวาง (Cross-Linking Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวถึงการเชื่อมขวางของโมเลกุล โปรตีนพวก อีลาสติน (Elastin) คอลลาเจน (Collagen) เมื่ออายุมากขึ้นการเชื่อมขวางของคอลลาเจนเพิ่มมากขึ้น คอลลาเจนมีคุณสมบัติแข็งและละลายได้น้อยลงทำให้เซลล์ไม่สามารถที่จะขนส่งและขับถ่ายของเสียออกจากเซลล์ได้สะดวกขาดความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อและหลอดเลือด การขับถ่ายขนส่งอาหารไปสู่อวัยวะต่าง ๆ ไม่ได้

1.3 ทฤษฎีการสูงอายุที่เกี่ยวข้องทางสรีรวิทยา (Physiological Theory) ทฤษฎีนี้อธิบายการสูงอายุว่าเป็นผลจากการล้มเหลวของการทำงานระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย และความบกพร่องของกลไกการควบคุมทางสรีรวิทยา โดยแบ่งออกเป็นทฤษฎีย่อยต่าง ๆ ดังนี้

1.3.1 ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunological Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวถึงการทำหน้าที่ของลิมโฟไซต์ (Lymphocyte) ลดลงเมื่อมีอายุมากขึ้นทำให้ระบบภูมิคุ้มกันลดลงมาก มีผลให้กลไกในการป้องกันตัวเองลดลงด้วยทำให้เจ็บป่วยง่าย

1.3.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับประสาทและต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine) ทฤษฎีนี้อธิบายว่าระบบสมองประสาทและต่อมไร้ท่อจะทำหน้าที่ประสานควบคุมซึ่งกันและกันเพื่อให้ร่างกายดำรงชีวิตอยู่ได้ตามปกติแต่เมื่ออายุมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกายทำให้ระดับฮอร์โมนแปรปรวนมีผลทำให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ แปรปรวนไปด้วย

2. ทฤษฎีการสูงอายุเชิงจิตวิทยา (Psychological Theory) ทฤษฎีนี้อธิบายเกี่ยวกับการสูงอายุว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผลมาจากพื้นฐานในอดีตหรือผลจากการปรับตัวทั้งทางด้านความคิด สติปัญญา ความนึกคิด การรับรู้ แรงจูงใจ ประสบการณ์ในอดีตทำให้แต่ละบุคคลมีบุคลิกภาพต่างกันไป บุคคลที่ผ่านช่วงชีวิตด้วยความมั่นคงอบอุ่นทำงานร่วมกับผู้อื่นได้จะส่งผลให้ช่วงวัยสูงอายุมีความสุข มีความรู้สึกมั่นคงแต่ถ้าเป็นลักษณะตรงกันข้ามชีวิตวัยสูงอายุ อาจจะไม่มีความสุขรู้สึกท้อแท้ผิดหวัง และซึมเศร้า

3. ทฤษฎีการสูงอายุเชิงสังคมวิทยา (Sociological Theory) โดยสามารถแบ่งออกเป็นทฤษฎีย่อยต่าง ๆ ดังนี้ (อรรพรรณ แผนคง, 2553, หน้า 14-15) ดังนี้

3.1 ทฤษฎีไถ่ถอนหรือทฤษฎีถอยห่างจากสังคม (Disengagement Theory) ได้อธิบายว่าเมื่อผู้สูงอายุต้องถอยห่างจากสังคมเนื่องจากการหมดบทบาทหน้าที่การทำงาน เช่นการเกษียณอายุ เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องเตรียมตัวรับการเปลี่ยนแปลงนี้ หากผู้สูงอายุผ่านประสบการณ์ชีวิตมาด้วยดีและมีความสุขจะมีชีวิตบั้นปลายอย่างกระฉับกระเฉง

3.2 ทฤษฎีกิจกรรม (The Activity Theory) ได้อธิบายว่าการมีส่วนร่วมกิจกรรมในสังคมเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและจิตใจที่ดี การมีส่วนร่วมกิจกรรมทำประโยชน์ให้สังคมจะทำให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาบทบาทใหม่

3.3 ทฤษฎีความต่อเนื่อง ได้อธิบายว่าการที่ผู้สูงอายุจะมีความสุขและมีกิจกรรมในสังคมหรือไม่ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและแบบแผนของชีวิตแต่ละคน ถ้าหากในอดีตชอบทำกิจกรรมร่วมกับสังคมก็จะชอบมีกิจกรรมในสังคมในช่วงสูงอายุ

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่าการสูงอายุของบุคคลเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นกับมนุษย์ทุกคน กระบวนการสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านกาย จิต

สังคมในลักษณะเสื่อมถอย จะเกิดขึ้นช้าหรือเร็วแตกต่างกันไปส่วนการกำหนดอายุว่าบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุในแต่ละประเทศแตกต่างกันไปแต่บุคคลที่จะได้รับผลกระทบจากการสูงอายุนมากที่สุดคือผู้สูงอายุ ดังนั้นการเรียนรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ จะช่วยให้สามารถวางแผนในการลดผลกระทบจากการสูงอายุได้ สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการสูงอายุเชิงจิตวิทยา (Psychological Theory) ร่วมกับทฤษฎีการสูงอายุเชิงสังคมวิทยา (Sociological Theory) เป็นกรอบในการพัฒนาเครื่องมือศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลกระทบของการสูงอายุต่อสุขภาพ

แนวคิด ทฤษฎีของการสูงอายุตั้งได้กล่าวไว้ข้างต้น ได้อธิบายให้เห็นถึงสาเหตุของการเสื่อมถอยทางสุขภาพของมนุษย์ด้วยหลักการของศาสตร์หลากหลายสาขา ซึ่งทุกศาสตร์ได้อธิบายให้เห็นถึงผลกระทบอันเกิดกับสุขภาพ ซึ่งผลกระทบจากการสูงอายุนั้นมาจากการเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุแล้วก่อให้เกิดการขาดสมดุลทางสุขภาพหนึ่งย่นำให้เกิดความไม่สุขสบายเกิดการเจ็บป่วยทั้งกาย จิต และสังคมได้ ดังนั้นจึงได้สรุปผลกระทบของการสูงอายุ(อรรณพ แผนคง, 2553, หน้า 18-35)ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายร่างกายของผู้สูงอายุแต่ละคนจะมีการ

เปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นไม่เท่ากันเซลล์ต่าง ๆ ภายในร่างกายส่วนใหญ่ทำงานลดลงและมีจำนวนลดน้อยลง 30 เปอร์เซ็นต์เมื่อเทียบกับคนวัยหนุ่มสาวและขนาดของเซลล์ที่เหลือจะใหญ่ขึ้นเพราะมีไขมันสะสมมากขึ้น มีปริมาณไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้นปริมาณน้ำภายในเซลล์ลดลงแต่ปริมาณน้ำภายนอกเซลล์ยังคงเดิมหรือลดลงเพียงเล็กน้อย จึงทำให้ปริมาณน้ำทั้งหมดภายในร่างกายลดลง การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้จะส่งผลให้น้ำหนักของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายลดลงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในแต่ละระบบของร่างกาย (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548, หน้า 22-25) ดังนี้

1.1 ระบบผิวหนังผิวหนังเหี่ยวย่น และแห้ง สาเหตุเนื่องมาจากขาดไขมันใต้ผิวหนัง

ช่วยหล่อเลี้ยง ความยืดหยุ่นของผิวหนังลดลง ผิวหนังบางลงและการไหลเวียนเลือดลดลงจึงมีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่ายต่อมเหงื่อมีจำนวน และขนาดลดลง การทำงานลดลงทำให้ไม่สามารถขับเหงื่อได้เป็นผลให้ความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิลดลง ผู้สูงอายุจึงมักจะทนอากาศร้อนหรือหนาวจัดไม่ได้ ผมหงอกและมีจำนวนลดลงรวมถึงมีสีจางลงจนกลายเป็นสีเทาหรือสีขาว ผมหงอกและแห้งง่ายเนื่องจากได้รับอาหารไม่เพียงพอรวมถึงการไหลเวียนเลือดบริเวณหนังศีรษะลดลง

1.2 ระบบประสาทสัมผัส มีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์สมองเซลล์ประสาททำให้ประสิทธิภาพการทำงานของสมองและประสาทลดลงความเร็วในการส่งสัญญาณประสาทลดลง เป็นเหตุให้ความไวและความรู้สึกตอบสนองปฏิกิริยาต่าง ๆ ลดลง การเคลื่อนไหวและความคิด เชื่องช้าบางครั้งอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวอาจทำงานไม่สัมพันธ์กัน ความจำเสื่อม โดยเฉพาะเรื่องใหม่ ๆ แต่สามารถจำเรื่องในอดีตได้ดี

1.3 ระบบประสาทสัมผัสการมองเห็น การเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือด เช่น หลอดเลือดแข็งจะทำให้การมองเห็นเลื่อมลง กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อมหน้าที่ สายตาวายขึ้น มองเห็นภาพไกลไม่ชัด มองเห็นภาพใกล้ชัด ปฏิกิริยาตอบสนองของม่านตาต่อแสงลดลง ทำให้การปรับตัว สำหรับการมองเห็นในที่มืดหรือในเวลากลางคืนไม่ดีการได้ยินลดลง มีอาการหูตึงมากขึ้น เนื่องจากการเสื่อมของอวัยวะในหูชั้นในมากขึ้นร่วมกับเส้นประสาทเส้นที่ 8 เสียหน้าที่ เยื่อแก้วหูและอวัยวะ ในหูชั้นกลางแข็งตัวมากขึ้น การรับกลิ่นไม่ดีเพราะมีการเสื่อมของเยื่อบุโพรงจมูก การรับรสของ ลิ้นเสียไปเนื่องจากต่อมรับรสมีจำนวนลดลงประมาณ 2 ใน 3 และต่อมรับรสจะตายเมื่ออายุ 70 ปี

1.4 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูกกระดูกเปราะหักง่ายเนื่องจากมีการสลายของ แคลเซียมออกจากกระดูกความยาวของกระดูกสั้นหลังลดลงเพราะหมอนรองกระดูกบางลง กระดูกสั้นหลังมากขึ้นทำให้หลังค่อม กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่าง ๆ บางลงน้ำไขข้อลดลงทำให้ กระดูกเคลื่อนที่มาสัมผัสกันเกิดการเสื่อมของข้อ การเคลื่อนไหวของข้อต่าง ๆ ไม่สะดวกเกิดการติด แข็ง ข้ออักเสบและมีอาการปวดข้อ จำนวนและขนาดเส้นใยของขนาดกล้ามเนื้อลดลง มีเนื้อเยื่อ พังผืดเข้ามาแทนที่ มวลของกล้ามเนื้อลดลง กำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง ระยะเวลาที่ใช้ ในการหดตัวแต่ละครั้งนานขึ้นทำให้การเคลื่อนไหวในลักษณะต่าง ๆ ช้าลง

1.5 ระบบการไหลเวียนโลหิตอัตราการเต้นของหัวใจลดลง ปริมาณเลือดที่ออกจาก หัวใจใน 1 นาทีลดลงประมาณ 40 เปอร์เซ็นต์ จากอายุ 25-65 ปี ผนังหลอดเลือดฝอยหนาขึ้นรู ภายในหลอดเลือดแคบลงจึงมีโอกาสเกิดการอุดตันของหลอดเลือดได้ง่ายการไหลเวียนของเลือดช้า ลง ปริมาณเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ลดลงทำให้อวัยวะนั้น ๆ เลื่อมลง ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลงความต้านทานของหลอดเลือดปลายทางเพิ่มขึ้นทำให้ระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้น

1.6 ระบบทางเดินหายใจความยืดหยุ่นของช่องเนื้อปอดลดลง ความแข็งแรงและ กำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจเข้าออกลดลง ขยายและหดตัวไม่ดี ผนังทรวงอก แข็งขึ้น กระดูกซี่โครงเคลื่อนไหวช้าลงส่งผลให้การระบายอากาศลดลงและรีเฟล็กซ์การไอลดลงทำให้ การกำจัดสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจไม่ดี เกิดการติดเชื้อในทางเดินหายใจได้ง่าย

1.7 ระบบทางเดินอาหารพืงของผู้สูงอายุไม่แข็งแรง เหนือกที่หุ้มคอพืงร่น พืงผ่ง่ายขึ้น พืงผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะหลุดล่งไปต้องใส่พืงปลอม ทำให้เคี้ยวอาหารไม่ละเอียด การผลิตน้ำย่อยและเอนไซม์ต่าง ๆ ในกระเพาะลดลงทำให้การย่อยการดูดซึมมีประสิทธิภาพลดลง ประกอบกับการรับประทานอาหารที่ไม่มีกากใยทำให้เกิดภาวะท้องผูก

1.8 ระบบขับถ่ายของเสียขนาดและความจุของกระเพาะปัสสาวะมีขนาดลดลง กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังจึงมีปัสสาวะตกค้างอยู่มากหลังถ่ายปัสสาวะแต่ละครั้ง มีผลทำให้ผู้สูงอายุถ่ายปัสสาวะบ่อยในผู้สูงอายุชายอาจมีต่อมลูกหมากโตทำให้ปัสสาวะลำบาก ประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง การดูดกลับของสารต่าง ๆ น้อยลง ความสามารถในการทำให้น้ำปัสสาวะเข้มข้นลดลงจึงทำให้น้ำปัสสาวะเจือจาง ร่างกายเกิดการสูญเสียน้ำและเกลือแร่ได้

1.9 ระบบต่อมไร้ท่อเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของร่างกายทำให้ต่อมไร้ท่อและองค์ประกอบอื่น ๆ ในร่างกายถูกรบกวน เช่นองค์ประกอบที่ลดน้อยลงของต่อมไทรอยด์จะนำไปสู่ภาวะไทรอยด์เป็นพิษ นอกจากนี้เนื้อเยื่อของตับอ่อนอาจถูกทำลาย ทำให้การผลิตอินซูลินลดลง จึงทำให้เกิดภาวะโรคเบาหวานได้มากขึ้นโดยเฉพาะอายุระหว่าง 60-70 ปี

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์การเปลี่ยนแปลงนี้มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคมเพราะความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ มีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุและเป็นอุปสรรคต่อการติดต่อกับบุคคลรวมทั้งการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมต่าง ๆ การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุเป็นผลมาจากการสูญเสียในด้านต่าง ๆ ดังนี้

2.1 การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ได้แก่การตายจากของคู่ครองญาติสนิท เพื่อน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกพรากจากบุคคลอันเป็นที่รักก่อให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ง่าย โดยเฉพาะการตายของคู่ครองนั้น ถือว่าเป็นการสูญเสียอย่างใหญ่หลวงที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเหงาและว้าเหว่

2.2 การสูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ วัยสูงอายุเป็นวัยอันควรที่จะต้องออกจากงานในขณะเดียวกันก็ส่งผลให้ความสัมพันธ์ทางสังคมลดลงตามมา เนื่องจากการหมดภาระหน้าที่รับผิดชอบ จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า นอกจากนี้ยังทำให้ผู้สูงอายุขาดเพื่อน ขาดความผูกพันที่เคยมีต่อสังคมหรือชุมชน ขณะเดียวกันก็ขาดรายได้หรือมีรายได้ลดลง ผลกระทบจากสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการปรับตัว

2.3 การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว วัยสูงอายุ บุตรธิดามักจะมีครอบครัว และแยกย้ายไปอยู่อาศัยต่างหาก โดยเฉพาะสังคมยุคปัจจุบันมีแนวโน้มจะเป็นครอบครัวเดี่ยว มากกว่าครอบครัวขยาย ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ซึ่งเป็นผู้สูงอายุกับลูกหลานต้องลดลง กว่าแต่ก่อน บทบาทในการดูแลเป็นที่ปรึกษาของลูกหลานจึงลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึก ีเย็บเหงาเปล่าเปลี่ยว เกิดความซึมเศร้าและเบื่อหน่ายในชีวิต

2.4 การสูญเสียสมรรถภาพทางเพศ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรเคมีของ ร่างกายทำให้เกิดความเสื่อมในสมรรถภาพทางเพศทั้ง ๆ ที่ยังมีความต้องการทางเพศอยู่ ตลอดจน ความสวยงามของรูปร่างหน้าตาลดลง การไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางเพศนับเป็นการ สูญเสียที่ยิ่งใหญ่ทางจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวลและหวั่นไหวต่อความมั่นคงของชีวิต

3.การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมเมื่อร่างกายเสื่อมสมรรถภาพในการทำงานหรือการ เกษียณอายุงาน ทำให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม สัมพันธภาพทางสังคมลด น้อยลง การยอมรับทางสังคมที่มีต่อผู้สูงอายุเป็นไปในทางลบและมักจะไม่ค่อยยอมรับในศักยภาพ ของผู้สูงอายุเท่าที่ควร สำหรับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของ ผู้สูงอายุ(สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548, หน้า 22-25) มีดังนี้

3.1 การเปลี่ยนรูปแบบของสังคม สังคมไทยในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงจากสังคม เกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรมมากขึ้น ทำให้คนในครอบครัวที่อยู่ในวัยแรงงานต้องออกไป ประกอบอาชีพในเมืองใหญ่หรือเมื่อบุตรหลานแต่งงานแล้วก็จะแยกย้ายไปสร้างครอบครัวใหม่ ทำให้เกิดสภาพครอบครัวเดี่ยวเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดการดูแลเอาใจใส่จากลูกหลานและมี แนวโน้มที่จะถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังมากขึ้น ก่อให้เกิดความว้าเหว่ ความวิตกกังวล น้อยใจและ เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา นอกจากนี้การสูญเสียบุคคลที่มีความหมายต่อตนเองเช่นการ สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ได้แก่การตายของคู่ครอง ญาติสนิท เพื่อน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึก ถูกพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รักอันก่อให้เกิดความซึมเศร้าได้ง่ายโดยเฉพาะการตายของคู่ครอง นั้นถือว่าการสูญเสียอย่างใหญ่หลวงที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเหงาและว้าเหว่

3.2 ความคับข้องใจทางสังคมการเปลี่ยนแปลงทางขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม จากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการติดต่อสื่อสาร ทำให้ความเป็นอยู่ในสังคมไทย มีความคล้ายคลึงกับประเทศในทวีปยุโรปมากยิ่งขึ้น เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุมักเกิดความขัดแย้งกับ คนหนุ่มสาวยุคปัจจุบันในด้านของพฤติกรรมที่แสดงออกและค่านิยมต่าง ๆ ผู้สูงอายุจึงถูกมองว่า เป็นคนล้าสมัย พุฒคุ้ยไม่เข้าใจ จู้จี้ขี้บ่น บุตรหลานไม่ต้องการเข้าใกล้ทำให้มีความรู้สึกน้อยใจเกิด ความเครียด รู้สึกว่าตนเองไม่มีความหมาย บุตรหลานขาดความเคารพยำเกรง เป็นส่วนเกินของ

ครอบครัว เกิดความท้อแท้และเบื่อหน่ายในชีวิต หากมีการเกษียณอายุงานร่วมด้วยแล้วนับว่าเป็นภาวะวิกฤติของชีวิตอย่างมากทั้งนี้เพราะการเกษียณอายุงานทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียอำนาจการยกย่องทางสังคม ตลอดจนถูกกลดบทบาทการเป็นผู้นำของครอบครัว เกิดความรู้สึกว่าผู้อื่นจะเกิดความไว้วางใจในสมรรถภาพของตน หดความนับถือ คุณค่าและศักดิ์ศรีน้อยลง

3.3 การลดความสัมพันธ์กับชุมชนบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนจะเปลี่ยนไปเป็นผู้รับคำปรึกษา การให้รับผิดชอบงานในชุมชนจะน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่น ไม่กล้าแสดงออก ยกเว้นผู้สูงอายุที่เคยมีความสัมพันธ์กับชุมชนในลักษณะการเป็นผู้นำให้คำปรึกษา เป็นแกนนำชุมชนหรือมีความสามารถเฉพาะ เช่น ผู้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา เป็นต้น

จากที่กล่าวมา สรุปได้ว่า ผลกระทบของการสูงอายุ มีผลต่อสภาวะสุขภาพในทุกมิติ ทั้งทางด้าน กาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ ทั้งนี้เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงเป็นไปตามกระบวนการสูงอายุ ความเสื่อมถอยทางสุขภาพของผู้สูงอายุก่อให้เกิดความไม่สมดุลทางสุขภาพเหนี่ยวนำให้เกิดความไม่สุขสบาย เกิดการเจ็บป่วยตามมาและในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาสภาวะสุขภาพโดยประเมินผลกระทบของการสูงอายุของผู้สูงอายุในทุกมิติ

2. รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ

ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ

The Ottawa Charter for Health Promotion ได้ให้ความหมายของ การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการเพิ่มสมรรถนะกิจกรรมหรือการใด ๆ ที่มุ่งกระทำเพื่อเสริมสร้างให้บุคคล ประชาชน มีสภาวะทางกายจิต และสังคม(WHO, 2010: Online), (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2550, หน้า 2), (Pender, et al., 1996, p5) โดยสนับสนุน สร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพฤติกรรมของบุคคลครอบครัว สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่จะนำไปสู่การมีร่างกายที่แข็งแรงสภาพจิตที่สมบูรณ์อายุยืนยาวและคุณภาพชีวิตที่ดี (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2547, หน้า 2), (วรรณวรรณ ฝาโคตร, 2550, หน้า 105)เป็นผลรวมของการสนับสนุนทางด้านการศึกษาและสภาพแวดล้อมเพื่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติและเงื่อนไขของการดำรงชีวิตที่มีสภาวะที่สมบูรณ์รวมถึงเทคนิคการเปลี่ยนแปลงปัจเจกบุคคลกลุ่มบุคคล และการใช้อิทธิพลทางสังคมสิ่งแวดล้อมเพื่อดำเนินการสร้างกลยุทธ์ทางสุขภาพที่ดี(Egger, Spark and Lawson, 1992, p 7)

จากที่กล่าวมา สรุปได้ว่าการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึงกระบวนการเพิ่มสมรรถนะหรือกระบวนการที่ก่อให้เกิดศักยภาพของบุคคล ครอบคลุมชุมชนตลอดจนสังคมเพื่อนำไปสู่ภาวะสุขภาพดี

กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพ 3 ประการคือ

การประชุมนานาชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพครั้งแรก จัดขึ้นที่ระหว่างวันที่ 17-21 พฤศจิกายนพ.ศ. 2529 (ค.ศ.1986) ที่เมืองออตตาวา ประเทศแคนาดา ที่ประชุมนี้ได้ประกาศ "กฎบัตรออตตาวา" (The Ottawa Charter) ซึ่งได้กำหนดกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพ 3 ประการ (WHO, 2010: Online) ดังนี้

1. การชี้นำด้านสุขภาพ (Advocacy) สุขภาพเป็นทรัพยากรสำคัญประการหนึ่งของการพัฒนาทางเศรษฐกิจสังคมและส่วนบุคคลรวมทั้งเป็นมิติที่สำคัญประการหนึ่งของคุณภาพชีวิต ปัจจัยต่างๆทั้งทางการเมืองเศรษฐกิจสังคมวัฒนธรรมสิ่งแวดล้อมพฤติกรรมและชีววิทยาสามารถมีผลทั้งสนับสนุนและทางบั่นทอนต่อสุขภาพกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมุ่งที่จะช่วยให้เงื่อนไขเหล่านี้เป็นไปในทางสนับสนุนโดยการชี้นำเรื่องสุขภาพ

2. การเพิ่มความสามารถ(Enabling)ให้ทุกคนบรรลุถึงศักยภาพสูงสุดด้านสุขภาพการเสริมสุขภาพมุ่งไปที่การบรรลุความเสมอภาคทางสุขภาพการกระทำเพื่อส่งเสริมสุขภาพมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดข้อแตกต่างทางสภาวะสุขภาพในปัจจุบันและสร้างความมั่นใจว่าทุกคนมีโอกาสเข้าถึงทรัพยากรต่างๆที่เท่าเทียมกันเพื่อเพิ่มความสามารถของทุกคนให้มีสุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่เขาจะทำได้ซึ่งรวมถึงการมีรากฐานที่มั่นคงภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทักษะการดำรงชีวิตและโอกาสต่างๆในการตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ถูกสุขลักษณะคนเราไม่ว่าชายหรือหญิงจะไม่บรรลุถึงศักยภาพด้านสุขภาพที่ดีสุดได้ถ้าเขาไม่สามารถควบคุมปัจจัยต่างๆซึ่งเป็นตัวกำหนดสภาวะสุขภาพของตนเอง

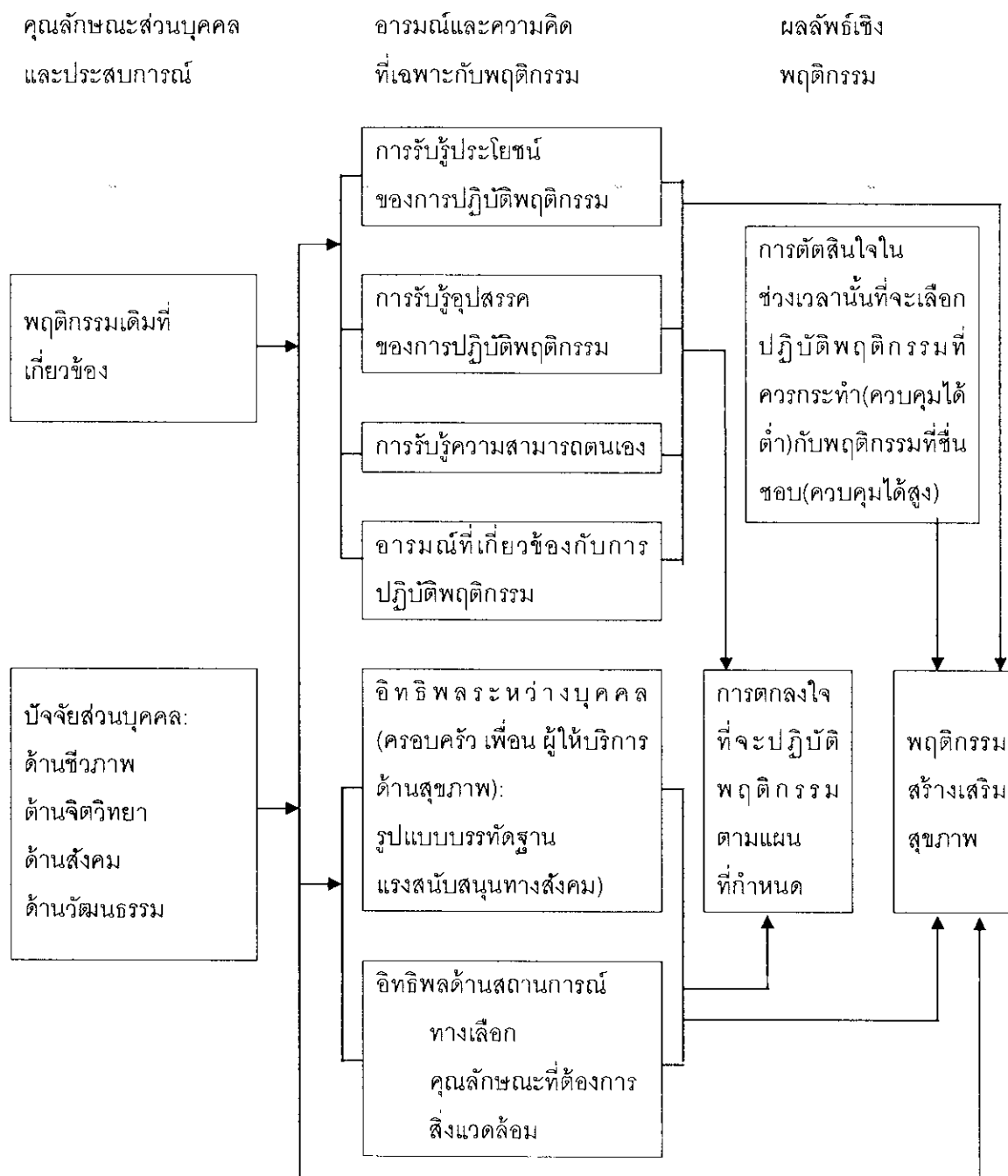
3. การไกล่เกลี่ย (Mediating) ระหว่างกลุ่มผลประโยชน์ที่แตกต่างกันในสังคมเพื่อจุดมุ่งหมายด้านสุขภาพปัจจัยกำหนดและความคาดหวังเกี่ยวกับสุขภาพไม่อาจให้ความมั่นใจได้โดยองค์กรในภาคสุขภาพโดยลำพังเท่านั้นที่สำคัญยิ่งไปกว่านั้นคืองานส่งเสริมสุขภาพจำเป็นต้องอาศัยกิจกรรมอันเกิดจากความร่วมมืออย่างใกล้ชิดของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นรัฐบาลองค์กรภาคอาสาสมัครองค์กรภาคสังคมและเศรษฐกิจอื่นๆองค์กรเอกชนองค์กรภาคท้องถิ่นภาคอุตสาหกรรมและสื่อมวลชนคนทุกเพศวัยและสาขาอาชีพจะต้องมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องทั้งในระดับปัจเจกบุคคลครอบครัวและชุมชนกลุ่มวิชาชีพและกลุ่มสังคมอื่นๆรวมบุคคลด้านสุขภาพมีหน้าที่

หลักเป็นตัวกลางด้านสุขภาพใกล้เคียงกลุ่มผลประโยชน์ที่แตกต่างกันในสังคมเพื่อจุดมุ่งหมายด้านสุขภาพ

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender)

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ได้พัฒนามาจากแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของรอตเตอร์ โดยเป็นกระบวนการของการให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมในลักษณะกำกับตนเอง ซึ่งมีโครงสร้างคล้ายกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นรูปแบบที่ให้ความสำคัญกับปัจจัยทางด้านชีวิตสังคมในการอธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ ซึ่งมีความครอบคลุม และเป็นองค์รวมรวมถึงให้ความสำคัญกับการเพิ่มพูนความสุขของบุคคลด้วยการมีสุขภาพดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมุ่งเน้นให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผสมผสานเข้าไปในแบบแผนการดำรงชีวิต เพื่อเป้าหมายสุขภาพดี (ประภาพร มโนรัตน์, 2553, หน้า 63)

Pender (2006) ได้พัฒนาปรับปรุงรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ และนำเสนอรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลโดยแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ในรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ (Pender, et al., 2006, pp. 50) ดังแผนภาพที่ 1



ภาพ 1 รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender)

ที่มา: Pender, et al., 2006, p 50

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender) ได้แสดงถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และความสัมพันธ์ของมโนทัศน์แต่ละด้าน (Pender, et al., 2006, pp. 51-57) ดังนี้

1. ลักษณะประสบการณ์ส่วนบุคคล (Individual Characteristic and Experiences) บุคคลจะมีลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละคนที่แตกต่างกัน ซึ่งมีผลต่อการกระทำที่แสดงออก พฤติกรรมในอดีตจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในปัจจุบัน มโนทัศน์ของลักษณะและประสบการณ์แบ่งได้เป็น 2 ปัจจัย (Pender, et al., 2006, pp. 51-52) คือ

1.1 พฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้อง (Prior Related Behavior) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลเคยปฏิบัติมาก่อน เป็นประสบการณ์ทั้งทางบวก และทางลบที่บุคคลเคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ถ้ามีประสบการณ์ทางบวก บุคคลมีแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมแบบนั้นอีก ซึ่งมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factors) ได้ปรับปรุงจากแบบจำลองเดิม (ค.ศ.1987) ให้แบ่งเป็น 3 หมวด ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้แก่ 1) ปัจจัยด้านชีวภาพ เช่น เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ภาวะหมดประจำเดือน ภาวะทางการแพทย์ พันธุกรรม ระดับความแข็งแรงของร่างกาย ชีตความสามารถในการทำงานแบบต่อเนื่อง ความแข็งแรง ความคล่องแคล่วว่องไวหรือการทรงตัว 2) ปัจจัยด้านจิตใจ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง ความสามารถของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการให้ความหมายหรือความสำคัญต่อสุขภาพของตนเอง 3) ปัจจัยด้านสังคม และวัฒนธรรม เช่น เชื้อชาติ สัญชาติ การศึกษา ภาวะเศรษฐกิจ ลักษณะทางสังคม และวัฒนธรรม

2. อารมณ์และความคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognitions and Affect) เป็นปัจจัยสำคัญในการจูงใจมากที่สุด และเป็นหลักการสำคัญสำหรับบุคลากรสุขภาพที่จะนำไปใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล ทั้งนี้การรับรู้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติหรือการคงไว้ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพแบ่งได้เป็น 2 ปัจจัย (Pender, et al., 2006, pp. 52-56) คือ

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Benefits of Action) คือ การที่บุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพนั้นมีประโยชน์ต่อตนเอง บุคคลจะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น และจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพนั้นบ่อยกว่าผู้ที่รับรู้ประโยชน์น้อยกว่า การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่วยให้มีการดำเนินกิจกรรมไปอย่างต่อเนื่อง

2.2 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barriers to Action) เป็นการรับรู้ต่ออุปสรรคที่ขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เช่น ความไม่สะดวกสบาย ไม่มีเวลาหรือความยากลำบากของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เช่น ระยะทางไกล

จากสถานที่ที่จะกระทำกิจกรรม ทำให้มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพลดลง การรับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอาจเป็นเพียงจินตนาการหรือความจริงก็ได้

2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Self-Efficacy) คือ การที่บุคคลมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมหรือแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ได้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามคาดหวัง และพบว่าผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถในตนเองสูง จะปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถในตนเองต่ำ

2.4 อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม (Activity-Related Affect) เป็นความรู้สึกทั้งทางบวก และทางลบ ที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่างหรือหลังการเกิดพฤติกรรม ที่เก็บไว้ในความทรงจำแล้วมีผลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ ซึ่งประกอบด้วย การปลุกเร้าอารมณ์ที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ตัวผู้ปฏิบัติเอง และสิ่งแวดล้อมขณะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ซึ่งอารมณ์หรือความรู้สึกเหล่านี้จะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำหรือการดำรงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างยั่งยืนหรือไม่ ซึ่งมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรม และโดยทางอ้อมผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเอง และเจตจำนงในการปฏิบัติตามแผน

2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences) เป็นความคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ความเชื่อ ทศนคติของผู้อื่นได้แก่ ความเชื่อถือบุคคลอื่น แบบแผนการใช้บริการสุขภาพของครอบครัวหรือการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรสาธารณสุขจะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งอิทธิพลระหว่างบุคคล มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และโดยทางอ้อมผ่านแรงกดดันทางสังคม

2.6 อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situational Influences) เป็นการรับรู้ และความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อสถานการณ์หรือสภาพแวดล้อมที่สร้างเสริมสุขภาพหรือขัดขวางพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ว่ามีข้อเสนอที่สามารถทำได้ การมีคุณลักษณะที่ต้องการ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หมายความว่าความรวมถึงทางเลือกต่าง ๆ ที่มีอยู่เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การเข้าถึงหรือการใช้บริการได้ง่าย การมีทางเลือกที่จะแสดงพฤติกรรมได้หลายทาง จะช่วยเพิ่มโอกาสของการตัดสินใจให้มากขึ้น เช่น การมีอาหารที่มีโคเลสเตอรอลต่ำ และแคลอรีต่ำจำหน่าย ทำให้บุคคลที่ต้องรับประทานอาหารนอกบ้านสามารถเลือกชนิดอาหารที่จะช่วยสร้างเสริมสุขภาพได้

3. ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม (Behavior Outcome) มโนทัศน์ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์ย่อย (Pender, et al., 2006, pp. 56-57) คือ

3.1 การตกลงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนด (Commitment of a Plan of Action) เป็นกระบวนการคิดที่ประกอบด้วยเจตจำนงว่า จะกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จ และกำหนดกลวิธีในการกระทำรวมถึงให้การเสริมแรงต่อการปฏิบัติตามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ต้องใช้ความรู้ ความคิดใน 2 ส่วน คือ การตกลงใจที่จะปฏิบัติตามแผนในเวลา สถานที่ที่กำหนดร่วมกับบุคคลอื่นหรือปฏิบัติเพียงลำพัง เน้นว่าการมีเพียงเจตนาตั้งใจที่จะกระทำเพียงอย่างเดียวโดยไม่มีวิธีการที่เหมาะสม มักจะปฏิบัติพฤติกรรมไม่สำเร็จ

3.2 ความต้องการ และความชอบอื่นในขณะนั้น (Immediate Competing Demands and Preferences) หมายถึงพฤติกรรมทางเลือกอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นในทันทีในจิตสำนึกของบุคคลก่อนที่จะวางแผนปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งมีพลังอำนาจผลักดันเหนือกว่าบุคคลทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้สำเร็จ การจะต่อต้านความชอบอื่นได้ต้องอาศัยความสามารถในการควบคุมตนเอง การมีเจตนาตั้งใจที่จะกระทำสูงในการปฏิบัติตามแผนจะช่วยให้สามารถคงการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ แม้ว่าจะมีความต้องการ และความชอบอื่นในขณะนั้นก็ตาม

3.3 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promoting Behavior) เป็นความสามารถที่แท้จริงของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเพื่อผลในการสร้างเสริมสุขภาพ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นผลลัพธ์ของการกระทำ ซึ่งเป็นจุดสุดท้ายในรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดในการบรรลุผลลัพธ์ทางบวกด้านสุขภาพของบุคคล เมื่อบุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยผสมผสานเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิตได้ จะทำให้บุคคลมีประสบการณ์ด้านสุขภาพในทางบวก

จากการศึกษารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender) พบว่าจุดเด่นของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพดังกล่าวประกอบด้วย การให้ความสำคัญกับการรับรู้ประโยชน์ อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคลและอิทธิพลจากสถานการณ์ ดังนั้น ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

1. ประยุกต์ใช้ในการกำหนดคุณลักษณะด้านปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน คือ

1.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ ประกอบด้วย

1.1.1 อายุ กำหนดอายุมากกว่า 60 ปี

1.1.2 ความแข็งแรงของร่างกาย กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาต้องสามารถเคลื่อนไหวหรือช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ

1.2 ปัจจัยด้านจิตใจ ประกอบด้วยการรับรู้เกี่ยวกับเวลา สถานที่ บุคคลตามปกติ

2. ประยุกต์ใช้เป็นกรอบการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุดังนี้

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้แก่

2.1.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่ เพศ อายุ ความแข็งแรงของร่างกาย
ความสามารถในการเคลื่อนไหว ความสามารถในการทำงาน

2.2.2 ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ

2.2.3 ปัจจัยด้านสังคม และวัฒนธรรม เช่น เชื้อชาติ การศึกษา ภาวะเศรษฐกิจ

2.2 ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมโดยศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการการสร้างเสริมสุขภาพ

2.3 ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม โดยการศึกษาความสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

2.4 ปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลโดยศึกษาการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ บุคคลในครอบครัว บุคคลภายนอกครัว ทีมสุขภาพ การให้กำลังใจ การให้คำปรึกษา การให้ข้อมูลข่าวสาร การให้ความช่วยเหลือ

การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

การสร้างเสริมสุขภาพทางด้านร่างกาย

วัยสูงอายุเป็นวัยสุดท้ายของชีวิต มีลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมที่เกิดขึ้นเฉพาะวัยที่อาจทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพอันเกิดจากโรคได้ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงควรได้รับการดูแลเป็นพิเศษซึ่งการให้การดูแลช่วยเหลือเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจึงต้องพิจารณาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจครอบครัวจะมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการที่จะดูแลผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดำรงรักษาสุขภาพที่ดีเพื่อชะลอการเสื่อมของร่างกายและป้องกันการเกิดโรคภัยไข้เจ็บโดยแบ่งการสร้างเสริมสุขภาพทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ (สถาบันส่งเสริมและพัฒนานวัตกรรมการเรียนรู้, 2554: Online), (ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, 2553, หน้า 239-247)

1. สุขวิทยาส่วนบุคคล

1.1 ผิวหนัง ควรรักษาความสะอาดด้วยการอาบน้ำตามความเหมาะสม ถ้าอากาศหนาวและแห้งไม่ควรอาบน้ำบ่อยและหลีกเลี่ยงการอาบน้ำร้อนและใช้สบู่เพราะจะทำให้ผิวหนังแห้งแตกและเกิดตุ่มคันขึ้นได้ถ้าผิวหนังแห้งทาด้วยน้ำมันหรือโลชั่นเพื่อรักษาความชุ่มชื้นของผิวหนังหมั่นรักษาความสะอาดของมือและเท้าเป็นประจำ

1.2 ฟัน ต้องดูแลทำความสะอาดภายในช่องปากด้วยการแปรงฟันที่ถูกต้องวิธีจะทำให้ฟันไม่สึกเร็วและร่น่ายในรายที่ใส่ฟันปลอม ต้องถอดฟันปลอมออกในตอนกลางคืนหลีกเลี่ยงการเคี้ยวของแข็งและควรได้รับการตรวจสุขภาพฟันทุก 6 เดือน

1.3 ผม ควรสระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ไม่ควรสระผมบ่อยเพราะหนังศีรษะแห้ง การหวีและนวดศีรษะด้วยน้ำมันมะกอกก่อนสระผมจะช่วยให้ผมไม่แห้งกรอบ

2. อาหาร

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจซึ่งมีผลต่อการกินอาหารของผู้สูงอายุมากการจัดเตรียมอาหารจะต้องคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงนี้ด้วยในแต่ละวันผู้สูงอายุควรได้รับอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่รวมทั้งใยอาหารและน้ำซึ่งหลักการจัดเตรียมอาหารให้แก่ผู้สูงอายุดังนี้

2.1 ลดจำนวนปริมาณอาหารที่ให้พลังงานสูง เช่นขนมหวาน ของเชื่อม และอาหาร มันจัด เช่น ไข่หมูข่องทอดต่าง ๆ และแกงกะทิ

2.2 อาหารคาร์โบไฮเดรตเป็นอาหารที่ให้พลังงานควรรับประทานในปริมาณที่เหมาะสม เช่น ข้าวมีอละ 1 จานและไม่ควรกินน้ำตาลทรายมากเกินไป 6-9 ช้อนชาต่อวัน

2.3 อาหารโปรตีนเป็นอาหารที่จำเป็นในการเสริมสร้างร่างกายและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอมักพบว่าผู้สูงอายุมักได้โปรตีนไม่เพียงพอเนื่องจากปัญหาในการขบเคี้ยววิธีแก้ที่ดีที่สุดคือควรเลือกเนื้อสัตว์ชนิดอ่อนนุ่มเคี้ยวง่ายไม่ติดฟัน เช่น ปลา กุ้งหรือใช้วิธีหุงต้มให้นุ่มเช่น ต้มตุ๋น เคี้ยว ให้ดีมนวันละ 1 แก้ว และกินไข่ไม่เกิน 3 ฟองต่อสัปดาห์

2.4 อาหารไขมัน เป็นอาหารที่ให้พลังงานและเป็นแหล่งกรดไขมันจำเป็นหลายชนิดแต่เนื่องจากวัยสูงอายุน้ำย่อยเกี่ยวกับการย่อยไขมันลดลงประกอบกับการมีกิจกรรมลดลงทำให้เกิดอาการท้องอืดได้ง่ายดังนั้นการปรุงอาหารควรเลือกน้ำมันพืชที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวสูง

2.5 ใยอาหาร ได้แก่อาหารประเภทผักและผลไม้ต่าง ๆ ตามฤดูกาล เช่น ตำลึง ผักบุ้ง ผักกาดขาวกล้วยสุกมะละกอสูกซึ่งจะให้ใยอาหารเพื่อช่วยให้ระบบขับถ่ายทำงานได้ดีขึ้น

2.6 น้ำ ให้ผู้สูงอายุได้รับน้ำอย่างเพียงพอการจัดชุดป้อน ๆ หรือแกงจืดให้ก่อน หรือร่วมกับอาหารประเภทอื่นเพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร

2.7 ชา กาแฟ ควรดื่มชา กาแฟในผู้สูงอายุเพราะจะทำให้หลับยากและ กาแฟจะทำให้ระดับคลอเรสเตอรอลในเลือดเพิ่มขึ้น

2.8 จำนวนมื้ออาหาร ควรแบ่งอาหารเป็นวันละ 5-6 มื้อเพื่อแก้ปัญหาแน่นท้อง หลังกินอาหารโดยให้อาหารมื้อเที่ยงเป็นอาหารหลักเพิ่มมื้อสายและบ่าย อาหารควรเป็นอาหาร อ่อน ย่อยง่าย รสไม่จัดหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดก๊าซท้องอืด

2.9 จัดอาหารให้มีสี สัน กลิ่น รสชวนให้อยากรับประทานอาหาร และอาหารควร อุ่นหรือร้อนพอสมควร

3.การออกกำลังกาย

สมาชิกในครอบครัวควรกระตุ้นหรือชักชวนผู้สูงอายุไปออกกำลังกาย การออกกำลังกายจะช่วยป้องกันและแก้ไขอาการเจ็บป่วยบางอย่างที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เช่น ปวดเมื่อย ปวดข้อต้องผูกช่วยชะลอความแก่และช่วยให้จิตใจสบายซึ่งการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ สามารถทำได้หลายวิธีเช่น การเดินการเล่นกีฬา โยคะ รำมวยจีน เป็นต้นสำหรับวิธีการ ออกกำลังกายบริหารอย่างง่ายสำหรับผู้สูงอายุดังนี้

3.1 การหายใจ โดยหายใจเข้าออกลึก ๆ หายใจเข้าทางจมูกและหายใจออกทาง ปากขณะที่หายใจเข้าท้องขยายหรือช่วงอกขยาย และขณะหายใจออกท้องแฟบหรือช่องอกแฟบ

3.2 เมื่อตื่นนอนให้เหยียดขา แขน เติมที่เหมือนแมวที่เพิ่งลุกจากการนอนหลับ ซึ่งวิธีนี้เป็นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อได้ดีมาก

3.3การเดิน โดยการเดินก้าวเท้ายาว ๆ พร้อมเขย่งปลายเท้าให้มากที่สุดเท่าที่ทำได้ หรือเดินต่อเท้าเป็นเส้นตรงขณะที่เดินแบบต่อเท้าควรกางแขนเพื่อให้ทรงตัวได้ดี

3.4การขึ้นลงบันไดไม่เกิน 4 ขั้นจะเป็นการบริหารร่างกายอย่างง่าย

3.5 ขณะนั่งเก้าอี้ สามารถออกกำลังกายบริหารได้และขณะอยู่ในท่านอนให้นอน หายราบยกขาที่เหยียดตรงขึ้นและลงอย่างช้า ๆ จะช่วยบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องได้ดีมาก

4. กิจกรรมพัฒนาทักษะการรับรู้ด้วยประสาทสัมผัส ได้แก่

4.1การมองเห็น ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสายตาวูหรือมองภาพไม่ชัด จึงควร แนะนำให้ใช้แว่นตาอ่านหนังสือที่มีตัวพิมพ์ขนาดใหญ่ ปฏิทินหรือนาฬิกาติดผนังควรมีตัวเลขขนาดใหญ่ควรจัดแสงสว่างให้พอเหมาะไม่จ้าเกินไปผู้สูงอายุจะมองเห็นสีเหลืองสีส้มอ่อนได้ดีกว่าสีขาว

4.2 การได้ยิน ความสามารถในการได้ยินจะลดลงในวัยสูงอายุ ดังนั้นผู้ที่ติดต่อกับผู้สูงอายุจะต้องพูดชัดเจนไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป อาจใช้ท่าทางการเขียนประกอบการพูดด้วย ควรพูดช้าพูดทวนในกรณีที่ผู้สูงอายุแสดงท่าทางไม่เข้าใจคำพูดและขณะพูดควรลดเสียงรบกวน เช่น เสียงวิทยุ โทรศัพท์ เป็นต้น

4.3 การสัมผัสผิวหนังของผู้สูงอายุมักจะสูญเสียการรับรู้ความรู้สึก จึงควรกระตุ้นด้วยการสัมผัสนวดที่บริเวณหน้าแขน ขา กระตุ้นการรับรู้ความรู้สึกของมือด้วยการให้สัมผัสวัตถุชนิดต่าง ๆ ในขณะที่ยังมองเห็นและปิดตาวัตถุที่นำมาให้จับอาจเป็นวัตถุที่คุ้นเคย ได้แก่ ช้อน ทุเรียน แก้ว ตะปู ฟองน้ำ ไม้ เป็นต้น

4.4 การได้กลิ่นการรับกลิ่นต่าง ๆ ในผู้สูงอายุมักจะเสียไปจึงควรฝึกด้วยการให้ดมกลิ่นต่าง ๆ ได้แก่ กลิ่นหอมจากครีมทาตัว กลิ่นผลไม้มารับประทาน เป็นต้น

5.การป้องกันอุบัติเหตุ

ผู้สูงอายุมักประสบอุบัติเหตุได้ง่าย เช่น หกล้ม ลื่นล้ม น้ำร้อนลวก เป็นต้น การจัดสิ่งแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัยต้องเรียบง่ายสิ่งของเครื่องใช้ควรมีเฉพาะที่จำเป็น เพียงนอนควรจะมีเตียง ๑ พื้นห้องต้องไม่ลื่น บันไดควรมีราวเกาะและถ้าเป็นไปได้ควรให้พักอยู่ชั้นล่างของบ้าน

6.การขับถ่าย

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะปัสสาวะบ่อยกลั้นปัสสาวะไม่อยู่การฝึกการขับถ่ายปัสสาวะให้แก่ผู้สูงอายุจะช่วยป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และช่วยให้ผู้สูงอายุเป็นที่ยอมรับของสังคมผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอาการท้องผูกอุจจาระแข็งต้องทำการสวนหรือใช้ยาระบายช่วย เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุวิตกกังวลมาก การฝึกขับถ่ายให้เป็นปกติและสะดวกจึงเป็นสิ่งจำเป็นมากควรให้กินอาหารที่มีกากพอกควร และฝึกถ่ายหลังตื่นน้ำ 1 แก้วในตอนเช้าจะช่วยให้ขับถ่ายสะดวกขึ้น

7. การพักผ่อนนอนหลับ

ผู้สูงอายุควรได้รับการพักผ่อนให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายพักผ่อนนอนหลับในที่ที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวกไม่มีเสียงดังรบกวนในรายที่หลับยากอาจให้ดื่มเครื่องดื่มอุ่น ๆ ประคบบำรุงก่อนนอนและควรดื่มน้ำอุ่น

8. การตรวจสุขภาพ

ผู้สูงอายุควรได้รับการตรวจสุขภาพทุก ๖ เดือนหรืออย่างน้อยปีละครั้งเพื่อจะได้ทราบการเปลี่ยนแปลงและให้การช่วยเหลือได้ทันเวลาที่

การสร้างเสริมสุขภาพจิตและจิตวิญญาณ

กรมสุขภาพจิต (2553) ได้กล่าวถึงแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (กรมสุขภาพจิต, 2553, หน้า 24-25) ดังนี้

1. การรักษาสุขภาพผู้สูงอายุควรระมัดระวังการเจ็บป่วย และการเกิดอุบัติเหตุ ซึ่งมักจะเกิดขึ้นได้ง่ายในผู้สูงอายุการออกกำลังกายเป็นแนวทางหนึ่งในการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุเพราะนอกจากจะช่วยให้ร่างกายแข็งแรงกล้ามเนื้อทำงานดีขึ้นยังเป็นการพักผ่อนหย่อนใจ และสิ่งสำคัญคือเซลล์สมองทำงานดีขึ้น
2. ความผิดปกติหรือความเจ็บป่วยใด ๆ ที่เกิดขึ้นเมื่อได้รับการวินิจฉัยแล้วควรได้รับการจัดการอย่างเหมาะสมและให้การรักษาพยาบาลตามสาเหตุ
3. ตระหนักและระวังความรู้สึกของตนเองไม่ให้หดหู่ซึมเศร้า น้อยใจเพื่อให้ความสัมพันธ์กับครอบครัวและลูกหลานเป็นไปในทางที่ดี
4. คอยกระตุ้นตนเอง โดยการทำกิจวัตรประจำวันของตนเองอย่างสม่ำเสมอ เพื่อร่างกายจะได้แข็งแรงกระฉับกระเฉง
5. เมื่อมีปัญหาไม่ว่าจะเป็นสุขภาพจิตหรือสุขภาพกาย ควรดูแลตนเองและแสวงหาวิธีการช่วยเหลือผู้สูงอายุด้วยกัน
6. ทำงานอดิเรกที่ชอบ เช่น การปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ เพื่อให้จิตใจเพลิดเพลิน
7. ส่งเสริมสัมพันธ์ภาพในครอบครัวและสังคมเพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่ามีคุณค่า
8. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุออกสังคมหรือทำกิจกรรมนอกบ้านร่วมกับผู้อื่นในชุมชน เช่น เป็นอาสาสมัครของชุมชนเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น

ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน (2553) ได้กล่าวถึงการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักเกิดความรู้สึกเหงาและว้าเหว่ โดยเฉพาะในรายที่สูญเสียคู่สมรสจะรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้งให้เดียวดาย ความรู้สึกมีคุณค่าและความเชื่อมั่นในตนเองลดลง ส่งผลต่อสุขภาพร่างกาย ทำให้เบื่ออาหาร ท้องผูก นอนหลับยาก ตื่นกลางดึก ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องช่วยดูแล และส่งเสริมการปรับตัวของผู้สูงอายุ (ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, 2553, หน้า 247-247) ดังนี้

1. อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุเหงาว่าเหว่อยู่คนเดียว
2. พยายามเบี่ยงเบนความสนใจ เบี่ยงเบนความหมกมุ่นของผู้สูงอายุโดยการใช้เวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน

3. หางานอดิเรกให้ผู้สูงอายุโดยต้องเป็นงานอดิเรกที่ผู้สูงอายุชื่นชอบเพื่อคลายเหงา

4. ให้ผู้สูงอายุได้ศึกษาความรู้เพิ่มเติมเพื่อเรียกความรู้สึกมีคุณค่าและความเชื่อมั่นในตนเองกลับคืนมา

การสร้างเสริมสุขภาพด้านสังคม

ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน (2553) ได้กล่าวถึงการสร้างเสริมสุขภาพด้านสังคมของผู้สูงอายุ (ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, 2553, หน้า 247-247) ดังนี้

1. ส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัวและสังคม โดยลูกหลานควรให้ความเคารพยกย่องผู้สูงอายุ ให้ความสนใจใส่ใจ รับฟังปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ โดยให้โอกาสผู้สูงอายุได้เป็นที่ปรึกษา แนะนำให้กำลังใจแก่ลูกหลานและสมาชิกในครอบครัวเมื่อมีปัญหา

2. ส่งเสริมการเข้าสังคมหรือทำกิจกรรมนอกบ้านกับบุคคลวัยเดียวกัน การเข้าสังคมทำให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสพบปะคนในวัยเดียวกัน มีปัญหาคล้าย ๆ กัน สามารถพูดคุยกันได้ เข้าใจ เห็นอกเห็นใจกันและกันเป็นอย่างดี สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ร่วมทำกิจกรรม เช่น การไปทำบุญวันพระ การเข้ากลุ่มออกกำลังกายตอนเช้า เป็นต้น

3. ส่งเสริมการปรับตัวต่อบทบาทใหม่ทางสังคม ให้การยอมรับบทบาทและสถานภาพที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมของผู้สูงอายุ โดยการให้ผู้สูงอายุเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำในการทำกิจกรรมของชุมชน เช่น พิธีรดน้ำขอพรผู้ใหญ่ เป็นต้น

4. ส่งเสริมการรักษาความสมดุลระหว่างการอยู่อย่างสันโดษ และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายซึ่งเป็นกระตบจากการสูงอายุ ความพร่องในการมองเห็น การได้ยิน อาจทำให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างโดดเดี่ยวมากเกินไปนำไปสู่ความซึมเศร้า ดังนั้นควรส่งเสริมการติดต่อสื่อสาร และการมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวระหว่างคนต่างวัย เช่น ปู่ ย่า ตา ยายกับลูกหลาน เพื่อสร้างความรัก ความผูกพัน ทำให้ผู้สูงอายุได้รับความเคารพนับถือจากลูกหลาน เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

จากการศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ในการพัฒนาเครื่องมือวัดพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

3. แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) คือ บทบาทการทำงานของความสัมพันธ์ทางสังคมหรืออาเจนิยาม ได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นเครือข่ายความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ให้ความเป็นเพื่อน การช่วยเหลือและการหล่อเลี้ยงทางอารมณ์(ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, 2553 หน้า 106)

แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีที่เป็นผลมาจากการศึกษาทางด้านสังคมจิตวิทยา ซึ่งพบว่า การตัดสินใจส่วนใหญ่ของบุคคลจะขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลผู้ซึ่งมีความสำคัญและมีอำนาจ เหนือกว่าตัวเราอยู่ตลอดเวลา มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของคำว่า การสนับสนุนทางสังคมไว้ ซึ่งจะขอนำเสนอพอสังเขป ดังนี้

Weiss (1974 citing in Lazarus&Folkman, 1984 pp. 249) ให้ความหมายว่า เป็นการให้ซึ่งกันและกัน ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกอึดใจ พอใจต่อการได้รับตามความต้องการนั้น และได้แบ่งลักษณะการให้ออกเป็น 6 ประเภท ได้แก่ 1) การให้ความรักใคร่ผูกพัน 2) การให้ความรู้สึกว่าบุคคลนั้นเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 3) การให้โอกาสที่จะเลี้ยงตุ้มหู 4) การให้ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่า 5) การให้ความรู้สึกรู้ว่ามีบุคคลพึ่งพาได้ 6) การได้รับการชี้แนะ ต่อมา Caplan (1974) ได้พัฒนาแนวคิดนี้โดยมีความเห็นเพิ่มเติมในส่วนที่เป็นการสนับสนุนทางด้านการเงิน วัตถุ และสิ่งของ สอดคล้องกับKahn (1979) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายระหว่างบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง ทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน มีการยอมรับนับถือ มีการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของ ยอมรับในพฤติกรรมซึ่งกันและกัน บุญเยี่ยม ตระกวดงค์ (2528 หน้า 171 อ้างถึงใน มุจรินทร์ หมิคุ้ม, 2547, หน้า 18) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่ผู้ได้รับแรงสนับสนุน ได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือการสนับสนุนด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคลก็ได้

House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลประกอบด้วย การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ซึ่งเกิดจากความใกล้ชิดผูกพัน การให้การดูแล และการให้การช่วยเหลือไว้วางใจ การสนับสนุนความคิดการตัดสินใจ ซึ่งเกิดจากการยอมรับนับถือและเห็นคุณค่า และการให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของหรือบริการต่าง ๆ ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับ ข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ และการประเมินตนเอง นอกจากนี้ House (1985 อ้างใน Babara, 1986, pp 66) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้การสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ประเภท คือ 1) Emotional Support คือ การสนับสนุนทางอารมณ์เช่น การให้ความพอใจความเห็นใจ ความไว้วางใจ การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย 2) Appraisal Support คือ การสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feed Back) การเห็นพ้องหรือให้การรับรอง (Affirmation) ผลการปฏิบัติ หรือการบอกให้ทราบผลถึงผลดี ที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 3) Information Support คือ การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) การตักเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสารรูปแบบต่าง ๆ และ 4) Instrumental Support คือ การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ เช่น

แรงงาน เงิน เวลา วัตถุสิ่งของ และบริการต่าง ๆ เป็นต้น ซึ่งคล้ายกับ Shaefer & Coyne and Lazarus (1981 cited in Lazarus & Folkman, 1984 pp.250) ที่แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ ทำให้บุคคลรู้ถึงความผูกพัน ความมั่นใจ ความรักใคร่ ความเชื่ออาทร 2) การสนับสนุนด้านข้อมูล รวมถึงคำแนะนำและการให้ข้อมูลย้อนกลับ 3) การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ รวมถึงการให้บริการ ความสะดวกสบาย

นอกจากนี้ Lindsey, et al (1981) ได้กล่าวถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมของบุคคลจะได้จากบุคคลต่าง ๆ ได้แก่ บุคคลใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา บุตร คู่สมรส ญาติ และบุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม เช่น เพื่อน เพื่อนบ้าน เพื่อร่วมงาน บุคลากรทางสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมทั้งเครือข่ายชุมชน เช่น กลุ่มคนที่ไปโบสถ์หรือวัดด้วยกัน กลุ่มคนที่ทำกิจกรรมบางอย่างร่วมกัน ส่วน House (1981) แบ่งกลุ่มสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่ไม่เป็นทางการ (Informal) จะมีการติดต่อสัมพันธ์กันตามธรรมชาติมีความผูกพันกันอย่างใกล้ชิด เช่น คู่สมรส ญาติพี่น้อง และกลุ่มเพื่อน ซึ่งสามารถเป็นแหล่งสนับสนุนที่มีค่า ซึ่งบุคคลสามารถระบุและแบ่งปันประสบการณ์ร่วมกัน ยิ่งความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนในกลุ่มใกล้ชิดเพียงกันเท่าไร ก็ยิ่งมีโอกาสที่การสนับสนุนจะนำไปสู่ความเข้าใจ ความเห็นใจ และการช่วยเหลือซึ่งกันและกันมากขึ้นเท่านั้น นอกจากนี้ยังส่งผลในทางบวกต่อสุขภาพกายและจิตด้วย (ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, 2553, หน้า 112-113) และ 2) กลุ่มแบบเป็นทางการ (Formal) เป็นกลุ่มที่ติดต่อกันด้วยเหตุผลบางอย่าง เช่น กลุ่มช่วยเหลือตัวเอง (Self-help Group) ซึ่งเป็นทรัพยากร และแหล่งให้ความช่วยเหลือที่สำคัญภายในชุมชน เนื่องจากช่วยให้สมาชิกในกลุ่มขยายเครือข่ายทางสังคม และรับการสนับสนุนข้อมูล การสนับสนุนเครื่องมือ การสนับสนุนทางอารมณ์ และการประเมินจากผู้อื่นได้ กลุ่มช่วยเหลือตนเองและโครงการส่งเสริมสุขภาพในคนทั่วไปจะเป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่บุคคล โดยการเพิ่มความหวัง การสนับสนุน ความหนักแน่น การส่งและการช่วยเหลือในกลุ่มเหล่านี้ เป็นกลไกในการบำบัดที่สำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพภายในตนเอง (ความเข้มแข็งของความเชื่อของบุคคลในความสามารถที่ทำหน้าที่ใดหน้าที่หนึ่งหรือการบรรลุผลใด ๆ) (Rogers, Oliver, Bower, Lovell & Richards, 2004 อ้างถึงในณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, 2553 หน้า 114) สอดคล้องกับ จริยาวัตรคมพัยค์ (2531) ที่แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มปฐมภูมิ ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน และกลุ่มทุติยภูมิ ได้แก่ เพื่อน เพื่อนร่วมงาน กลุ่มอาชีพ และกลุ่มสังคมอื่น ๆ

จากแนวคิด ความหมาย ประเภท และแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การสนับสนุนหรือความช่วยเหลือที่บุคคล

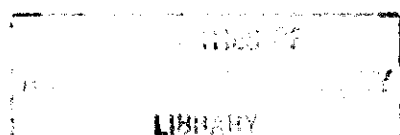
ได้รับทั้งการสนับสนุนทางอารมณ์การสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนทางด้านเครื่องมือจากเครือข่ายทางสังคม ทั้งกลุ่มปฐมนิเทศ และกลุ่มหัตถิยาภูมิ ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน มีการยอมรับนับถือ ไว้วางใจ เอื้ออาทรต่อกัน และเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ซึ่งการให้แรงการสนับสนุนทางสังคมของบุคคลในครอบครัวหรือญาติ บุคคลภายนอกครัวครัวหรืออาสาสมัคร ทีมสุขภาพรวมถึงการสนับสนุนจากชุมชน ท้องถิ่นในการให้กำลังใจ การให้คำปรึกษา การให้ข้อมูลข่าวสาร การให้ความช่วยเหลือ

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

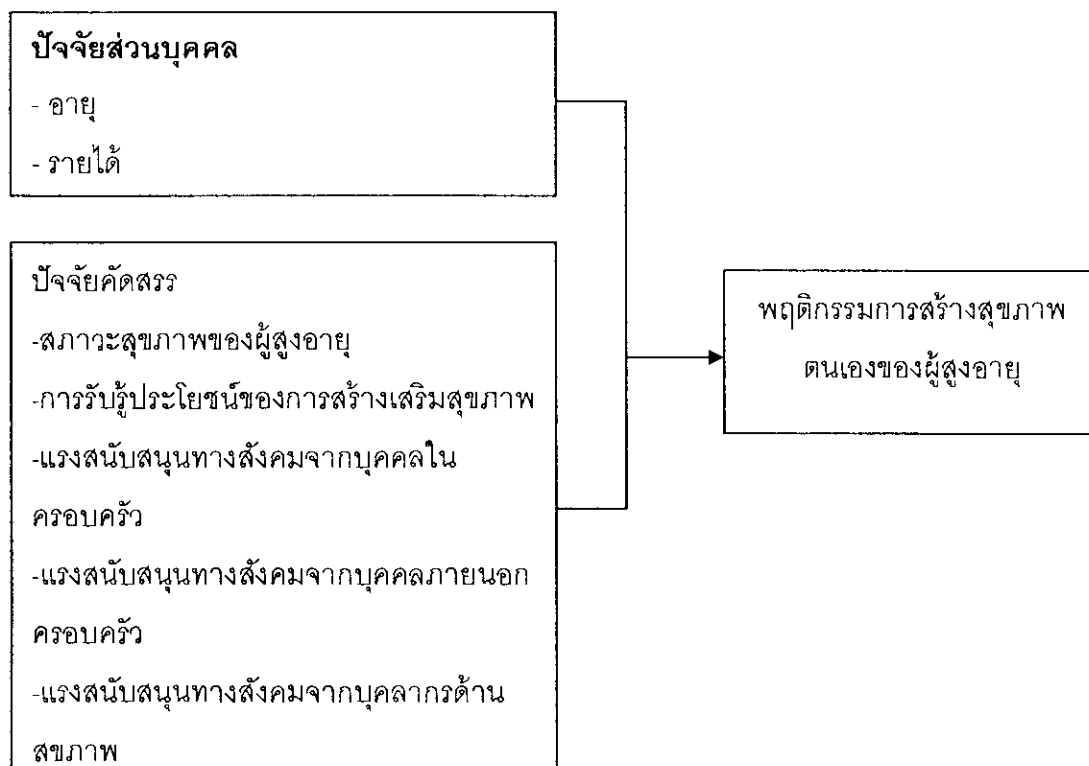
จากการศึกษาพบว่า ได้มีนักวิชาการหลายท่านได้ศึกษาเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ และสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สรุปได้ดังนี้ Ahijevych and Bernard (1994) ได้ศึกษาพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพของหญิงผิวดำโดยใช้แบบจำลองพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender) เป็นกรอบแนวคิดในการสร้างเสริมสุขภาพและวัดพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพคือ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการช่วยเหลือซึ่งพระหว่างกัน ด้านการจัดการความเครียด ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ตัวแปรที่น่าวิเคราะห์ทั้งหมดสามารถอธิบายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 12 โดยตัวแปรที่สามารถอธิบายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือรายได้ ประวัติการมีโรคประจำตัว และPender (1996) ได้ศึกษาวิถีชีวิตสุขภาพของคนงาน ในสถานประกอบการโดยใช้แบบจำลองพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และเลือกศึกษาปัจจัยด้านความรู้การรับรู้ 4 ปัจจัยได้แก่ การให้นิยามทางสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้ความสามารถแห่งตน ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายและการบรรลุเป้าหมายในชีวิตมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ส่วนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดและการรับมือต่อสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดนิรมล อินทฤทธิ์ (2547) ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดปราจีนบุรี ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพและแบบวัดพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูงและพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุประกอบด้วยอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา แหล่งรายได้ รายได้ อาชีพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และตัวแปรที่ร่วมพยากรณ์พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ซึ่งรวมพยากรณ์พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 23.1 อรรถ วิทวี (2548) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางเพ จังหวัดราชบุรี พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 การรับรู้สภาวะสุขภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการรับรู้สภาวะสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สุรัชย์ อยู่สาโก (2550) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในเทศบาลเมืองท่าเรือ-พระแท่น อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความตระหนักต่อสุขภาพผู้สูงอายุ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบุคลากรสาธารณสุข เป็นปัจจัยที่สนับสนุนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในระดับปานกลางและพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวจากบุคลากรสาธารณสุข สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ Hubbard, et al., (1987) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและ Muhlenkamp and Sayles (1991) ได้ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถอธิบายความแปรปรวนของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 78 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ



5. กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาบูรณาการและสังเคราะห์เป็นกรอบแนวคิดการวิจัยของผู้วิจัย ซึ่งกรอบแนวคิดการวิจัยเรื่องสภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุดังภาพ 2



ภาพ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3 วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องเป็นแนวทางในการศึกษาดังกล่าว ซึ่งได้นำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เป็นเครื่องมือในการแสวงหาความรู้ ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลการวิจัย ตั้งแต่เดือนเมษายน 2558 ถึงเดือนกันยายน 2558

พื้นที่ในการวิจัย

การเลือกพื้นที่ในการวิจัยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเลือกจังหวัดสุโขทัย ซึ่งจังหวัดสุโขทัยเป็นจังหวัดหนึ่งในที่อยู่ในเขตภาคเหนือของประเทศไทย และพบว่าภาคเหนือของประเทศไทยมีอัตราผู้สูงอายุมากที่สุด โดยจังหวัดสุโขทัยมีอัตราผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมดมากเป็นอันดับที่ 4 ของประเทศ โดยมีอัตราประชากรผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมดคิดเป็น ร้อยละ 14.40 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550, หน้า 3) และจังหวัดสุโขทัยมีอัตราประชากรผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมดมากเป็นอันดับหนึ่งของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2 ซึ่งประกอบด้วยจังหวัดตาก อุตรดิตถ์ พิษณุโลก เพชรบูรณ์ และสุโขทัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร เป็นผู้สูงอายุในเขตจังหวัดสุโขทัย จำนวน 74,440 คน ที่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ เข้าใจ มีการรับรู้เกี่ยวกับเวลา สถานที่ บุคคลตามปกติ สามารถเคลื่อนไหวหรือช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา และอาศัยอยู่ในพื้นที่วิจัยระหว่างการศึกษา

2. กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้หลักเกณฑ์ของเครซี และมอร์แกน (1970) กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 380 ตัวอย่าง และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างหรือการได้ข้อมูลไม่สมบูรณ์ การวิจัยครั้งนี้ได้แบบ

สัมภาษณ์ที่มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน จำนวน 415 ตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) โดยขั้นแรกสุ่มพื้นที่อำเภอใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างโดยการจับสลาก (Simple random sampling) สุ่มเลือกจำนวน 5 อำเภอ ขั้นที่สองสุ่มตำบลโดยสุ่มเลือกอำเภอละ 3 ตำบล ขั้นที่สามสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ และสมัครใจเข้าร่วมตอบแบบสัมภาษณ์ จากนั้นสุ่มเลือกตัวอย่างเพื่อตอบแบบสัมภาษณ์ โดยการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น นักวิจัย และผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลระหว่าง เมษายน 2558 ถึงเดือนกันยายน 2558 แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพในปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว การรับประทานยารักษาโรคประจำตัว ความสามารถในการมองเห็น การเดิน ปัญหาสุขภาพช่องปาก

ส่วนที่ 2 สภาวะสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ มีระดับการวัดเป็นช่วง (Interval Scale) แบ่งระดับการวัดเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์ดังนี้

- | | | |
|----------------------------------|---|-------|
| 1) เห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก | 3 | คะแนน |
| 2) เห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง | 2 | คะแนน |
| 3) เห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย | 1 | คะแนน |

การแบ่งช่วงคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนตามเกณฑ์ของ Best, 1977

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} = \frac{3 - 1}{3} = 0.66$$

- | | | | |
|--------------------------|-----|--------------|-------------|
| 1) ระดับการรับรู้สูง | คือ | คะแนนระหว่าง | 2.34 – 3.00 |
| 2) ระดับการรับรู้ปานกลาง | คือ | คะแนนระหว่าง | 1.67 – 2.33 |
| 3) ระดับการรับรู้ต่ำ | คือ | คะแนนระหว่าง | 1 – 1.66 |

การแปลผลคะแนนภาพรวมสภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งคะแนน ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

- | | |
|----------------|----------------------------------|
| 1.ระดับดี | คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 |
| 2.ระดับปานกลาง | คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 |
| 3.ระดับไม่ดี | คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 |

ส่วนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ มีระดับการวัดเป็นช่วง (Interval Scale) แบ่งระดับการวัดเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์ดังนี้

- | | | |
|----------------------------------|---|-------|
| 1) เห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก | 3 | คะแนน |
| 2) เห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง | 2 | คะแนน |
| 3) เห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย | 1 | คะแนน |

การแบ่งช่วงคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนตามเกณฑ์ของ Best, 1977

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} = \frac{3 - 1}{3} = 0.66$$

- | | | | |
|--------------------------|-----|--------------|-------------|
| 1) ระดับการรับรู้สูง | คือ | คะแนนระหว่าง | 2.34 – 3.00 |
| 2) ระดับการรับรู้ปานกลาง | คือ | คะแนนระหว่าง | 1.67 – 2.33 |
| 3) ระดับการรับรู้ต่ำ | คือ | คะแนนระหว่าง | 1 – 1.66 |

การแปลผลคะแนนภาพรวมสภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งคะแนน ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

- | | |
|----------------|----------------------------------|
| 1.ระดับสูง | คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 |
| 2.ระดับปานกลาง | คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 |
| 3.ระดับต่ำ | คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 |

ส่วนที่ 4 การสนับสนุนทางสังคมในการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 12 ข้อ แบ่งเป็น

- 1) ด้านการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือญาติ จำนวน 4 ข้อ

2) ด้านการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัว จำนวน 4 ข้อ

3) ด้านการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ

มีระดับการวัดเป็นช่วง (Interval Scale) แบ่งระดับการวัดเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale)

แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์ดังนี้

1) เห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก	3	คะแนน
2) เห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง	2	คะแนน
3) เห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย	1	คะแนน

การแบ่งช่วงคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนตามเกณฑ์ของ Best, 1977

คะแนนสูงสุด—คะแนนต่ำสุด

จำนวนระดับ

$$\frac{3-1}{3} = 0.66$$

1) ระดับการรับรู้สูง	คือ	คะแนนระหว่าง	2.34 – 3.00
2) ระดับการรับรู้ปานกลาง	คือ	คะแนนระหว่าง	1.67 – 2.33
3) ระดับการรับรู้ต่ำ	คือ	คะแนนระหว่าง	1 – 1.66

การแปลผลคะแนนภาพรวมสภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งคะแนน

ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1.ระดับสูง	คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80
2.ระดับปานกลาง	คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79
3.ระดับต่ำ	คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ มีระดับการวัดเป็นช่วง (Interval Scale)

แบ่งระดับการวัดเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์ดังนี้

1) เห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก	3	คะแนน
2) เห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง	2	คะแนน
3) เห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย	1	คะแนน

การแบ่งช่วงคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนตามเกณฑ์ของ Best, 1977

คะแนนสูงสุด—คะแนนต่ำสุด	
จำนวนระดับ	
	$\frac{3-1}{3} = 0.66$
1) ระดับการรับรู้สูง	คือ คะแนนระหว่าง 2.34 – 3.00
2) ระดับการรับรู้ปานกลาง	คือ คะแนนระหว่าง 1.67 – 2.33
3) ระดับการรับรู้ต่ำ	คือ คะแนนระหว่าง 1 – 1.66

การแปลผลคะแนนภาพรวมสภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

- | | |
|-----------------|----------------------------------|
| 1. ระดับสูง | คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 |
| 2. ระดับปานกลาง | คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 |
| 3. ระดับต่ำ | คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 |

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

ในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือในแต่ละชุด โดยการคำนวณดัชนีความสอดคล้องในเรื่องความถูกต้อง ความชัดเจนของเนื้อหา (Index of Congruence) จากสูตร ดังนี้

$$IC = \frac{\sum R}{N}$$

IC = ดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Congruence)

R = คะแนนความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

$\sum$ = ผลรวม

ซึ่งมีเกณฑ์ในการแปลความหมาย คือ หากข้อใดที่มีค่า IOC มากกว่า 0.5 ถือว่าในข้อนั้นผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันในระดับที่ยอมรับได้ และแสดงว่าข้อนั้นมีความตรงเชิงเนื้อหา

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ ในเขตจังหวัดใกล้เคียง จำนวน 30 ตัวอย่างแล้วทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งค่าที่คำนวณอยู่ระหว่าง 0-1 ทั้งนี้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัคที่เข้าใกล้ 1 มากเท่าใดแสดงว่า แสดงว่าข้อคำถามนั้นสามารถวัดได้เนื้อหาเดียวกัน และสอดคล้องกันทุกข้อ และในการวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดค่าความเชื่อมั่นของข้อคำถามมากกว่า 0.7 จึงจะยอมรับได้

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยเลขที่ IRB 9/2558 โดยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ดำเนินการโดยยึดหลักพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษาให้ทราบทุกราย ขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยการตอบรับหรือปฏิเสธ จากนั้นผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำข้อมูลมาใช้เฉพาะในการศึกษาในครั้งนี้เท่านั้นโดยระหว่างตอบคำถาม หากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการตอบคำถาม กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการวิจัยโดยไม่ต้องบอกเหตุผล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลปฐมภูมิประกอบด้วยการสำรวจ การสัมภาษณ์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด
2. ข้อมูลทุติยภูมิ ประกอบด้วย ข้อมูลผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยประสานข้อมูลจากผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาลักษณะสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยนำเสนอผลการศึกษาดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ตาราง 1 แสดงจำนวน และร้อยละจำแนกตามลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 415)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	160	38.6
หญิง	255	61.4
2. อายุ		
60 – 69 ปี	223	53.7
70 – 79 ปี	126	30.4
มากกว่าหรือเท่ากับ 80 ปี	66	15.9
ค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	70.22 (8.39)	
มัธยฐาน (ค่าต่ำสุด, ค่าสูงสุด)	68 (60, 99)	
3. สถานภาพ		
โสด	13	3.1
คู่	260	62.7
หม้าย	137	33.0
หย่า/แยก	5	1.2

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 415)	ร้อยละ
4. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	64	15.4
ประถมศึกษา	296	71.3
มัธยมศึกษาหรือสูงกว่า	55	13.3
5. อาชีพหลักปัจจุบัน		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	154	37.1
รับจ้าง	12	2.9
ค้าขาย	6	1.4
ข้าราชการบำนาญ	15	3.6
เกษตรกรรวม	228	54.9
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนรวมเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1,500 บาท	162	39.0
ระหว่าง 1,501-3,000 บาท	150	36.1
มากกว่า 3,001 บาท	103	24.8
ค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	2,846.86 (3735.69)	
มัธยฐาน (ค่าต่ำสุด, ค่าสูงสุด)	2,000 (600,-50,000)	
7. ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	183	44.1
ไม่เพียงพอ	232	55.9
8. แหล่งที่มาของรายได้หลัก		
จากรายได้ของตนเอง	104	25.1
จากบุคคลในครอบครัว	311	74.9

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 415)	ร้อยละ
9. โรคประจำตัวที่วินิจฉัยโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
ไม่มีโรคประจำตัว	136	32.8
มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค	279	67.2
10. ความสามารถในการมองเห็น		
ปกติ	294	70.8
ไม่ปกติ	121	29.2
11. ความสามารถในการเดิน		
ปกติ	300	72.3
ไม่ปกติ	115	27.7
12. การมีปัญหาสุขภาพช่องปาก		
มี	260	62.7
ไม่มี	155	37.3

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 61.4 ร้อยละ 38.6 เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 70.22 ปี อายุต่ำสุด 60 ปี อายุมากที่สุด 99 ปี ร้อยละ 62.7 สถานภาพคู่ ร้อยละ 3.1 สถานภาพโสด ร้อยละ 71.3 จบการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 15.4 ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 37.1 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 54.9 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รายได้เฉลี่ยต่อเดือนรวมเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเท่ากับ 2,846.86 บาท ร้อยละ 55.9 มีรายได้ไม่เพียงพอ กับรายจ่าย ร้อยละ 74.9 มีรายได้จากบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 25.1 มีรายได้จากการประกอบอาชีพของตนเอง

ร้อยละ 67.2 มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ร้อยละ 29.2 มีการมองเห็นไม่ปกติ ร้อยละ 27.2 มีปัญหาการเดิน ร้อยละ 37.3 มีปัญหาสุขภาพช่องปาก

2. สภาวะสุขภาพที่ได้รับผลกระทบจากการสูงอายุ

ตาราง 2 แสดงจำนวน และร้อยละสภาวะสุขภาพที่ได้รับผลกระทบจากการสูงอายุจำแนกตามข้อคำถาม

ข้อคำถาม	การได้รับผลกระทบทางสุขภาพ (n=415)								แปลผล
	มาก		ปานกลาง		น้อย		$\bar{X}$ (เต็ม 3)	s.d.	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
1. รับประทานอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย	0	(0.0)	277	(66.7)	138	(33.3)	1.67	0.47	ปานกลาง
2. มีอาการเหนื่อย และอ่อนเพลียไม่สามารถทำงานได้	143	(34.5)	234	(56.4)	38	(9.2)	2.25	0.61	ปานกลาง
3. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ทางศาสนาได้	160	(38.6)	226	(54.5)	29	(7.0)	2.32	0.60	ปานกลาง
4. ไม่สามารถแสวงหาความรู้มาใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองได้	239	(57.6)	135	(32.5)	41	(9.9)	2.48	0.67	มาก
5. เมื่อรู้สึกไม่สบายใจ จะอยู่คนเดียวไม่ไปหาเพื่อนพูดคุย	277	(66.7)	71	(17.1)	67	(16.1)	2.51	0.76	มาก
6. มีอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย	116	(28.0)	245	(59.0)	54	(13.0)	2.15	0.62	ปานกลาง
7. ได้ยินไม่ชัดต้องพูดเสียงดัง ๆ	310	(74.7)	78	(18.8)	27	(6.5)	2.68	0.59	มาก
8. มีอาการนอนไม่หลับ	301	(72.5)	93	(22.4)	21	(5.1)	2.67	0.57	มาก
9. ได้รับอันตรายจากสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวเสมอ	287	(69.2)	108	(26.0)	20	(4.8)	2.64	0.57	มาก
10. ไม่สามารถดูแลร่างกายให้สะอาดอยู่เสมอ	200	(48.2)	166	(40.0)	49	(11.8)	2.36	0.68	มาก

จากตาราง 2 พบว่า ผู้สูงอายุได้รับผลกระทบทางสุขภาพจากกระบวนการสูงอายุมากที่สุด ได้แก่ ร้อยละ 74.7 ได้ยินไม่ชัดต้องพูดเสียงดัง ๆ รองลงมาคือ ร้อยละ 72.5 มีอาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 69.2 ได้รับอันตรายจากสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวเสมอ ร้อยละ 66.7 เมื่อรู้สึกไม่สบายใจ จะอยู่คนเดียวไม่ไปหาเพื่อนพูดคุย ร้อยละ 57.6 ไม่สามารถแสวงหาความรู้มาใช้ในการดูแลสุขภาพ

สุขภาพตนเองได้ ร้อยละ 48.2 ไม่สามารถดูแลร่างกายให้สะอาดอยู่เสมอ ร้อยละ 38.6 ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ทางศาสนาได้ ร้อยละ 34.5 มีอาการเหนื่อย และอ่อนเพลียไม่สามารถทำงานได้ ร้อยละ 28.0 มีอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละระดับสภาวะสุขภาพ

ระดับสภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ดี (24-30 คะแนน)	14	3.4
ปานกลาง (19-23 คะแนน)	93	22.4
ไม่ดี (10-18 คะแนน)	308	74.2

จากตาราง 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 74.2 มีสภาวะสุขภาพในระดับไม่ดี ร้อยละ 22.4 มีสภาวะสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 3.4 มีสภาวะสุขภาพในระดับดี

3. การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ

ตาราง 4 แสดงจำนวน และร้อยละการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ
จำแนกตามข้อคำถาม

ข้อคำถาม	การรับรู้ประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพ(n=415)			
	ใช่		ไม่ใช่	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เมื่อมีความเครียดการหาเพื่อนพูดคุยสามารถผ่อนคลายความเครียดได้	217	52.3	198	47.7
2. ทำงานอดิเรก การออกกำลังกายสามารถผ่อนคลายความเครียดได้	142	34.2	273	65.8
3. รับประทานอาหารอุ่น ๆ จะทำให้รับประทานอาหารได้มากขึ้น	151	36.4	264	63.6
4. เข้าร่วมงานสังคม เช่น งานบวช งานศพจะทำให้สดชื่นไม่เหงา	194	46.7	221	53.3
5. รับประทานอาหารประเภทปลาเป็นประจำจะทำให้กระดูกแข็งแรง	185	44.6	230	55.4
6. การมีราวจับที่แข็งแรงในห้องน้ำ สามารถป้องกันการหกล้มได้	298	71.8	117	28.2
7. การให้อภัย จะทำให้รู้สึกสบายใจ	292	70.4	123	29.6
8. ชีตวัคชินสามารถป้องกันโรคได้	303	73.0	112	27.0
9. จำนวนมื้ออาหารในผู้สูงอายุควรแบ่งเป็น 5-6 มื้อต่อวัน	276	66.5	139	33.5
10. ทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกชมรมต่างๆ ทำให้ไม่เหงา มีประโยชน์	267	64.3	148	35.7

จากตาราง 4 พบว่า ผู้สูงอายุ รับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพมากที่สุด คือ ร้อยละ 73.0 รับรู้ว่าการฉีดวัคชินสามารถป้องกันโรคได้ รองลงมา คือ ร้อยละ 71.8 รับรู้ว่าการมีราวจับที่แข็งแรงในห้องน้ำ สามารถป้องกันการหกล้มได้ ร้อยละ 70.4 รับรู้ว่าการให้อภัย จะทำให้รู้สึกสบายใจ ร้อยละ 66.5 รับรู้จำนวนมื้ออาหารในผู้สูงอายุควรแบ่งเป็น 5-6 มื้อต่อวัน ร้อยละ 64.3 รับรู้ว่าการทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกชมรมต่างๆ ทำให้ไม่เหงา มีประโยชน์ ร้อยละ 52.3 รับรู้

ว่าเมื่อมีความเครียดการหาเพื่อนพูดคุยสามารถผ่อนคลายความเครียดได้ ร้อยละ 46.7 รับรู้การเข้าร่วมงานสังคม เช่น งานบวช งานศพจะทำให้สดชื่น ไม่เหงา ร้อยละ 44.6 รับรู้การรับประทานอาหารประเภทปลาเป็นประจำจะทำให้กระดูกแข็งแรง ร้อยละ 36.4 รับรู้การรับประทานอาหารอื่นๆ จะทำให้รับประทานอาหารได้มากขึ้น และร้อยละ 34.2 รับรู้การทำงานอดิเรก การออกกำลังกายสามารถผ่อนคลายความเครียดได้ ตามลำดับ

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละระดับการรับรู้ประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพ

ระดับการรับรู้ประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ดี (24-30 คะแนน)	124	29.9
ปานกลาง (19-23 คะแนน)	244	58.8
ไม่ดี (10-18 คะแนน)	47	11.3

จากตาราง 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 58.8 มีระดับการรับรู้ประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 29.9 มีระดับการรับรู้ประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพในระดับดี ร้อยละ 11.3 มีระดับการรับรู้ประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพในระดับไม่ดี

4. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการสร้างเสริมสุขภาพ

4.1 การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือญาติ

ตาราง 6 แสดงจำนวน และร้อยละของการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือญาติในการสร้างเสริมสุขภาพจำแนกตามรายชื่อ

ข้อคำถาม	การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว (n=415)								แปลผล
	มาก		ปานกลาง		น้อย		$\bar{X}$ (เต็ม 3)	s.d.	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
1. การได้รับกำลังใจจากบุคคล ในครอบครัวหรือญาติในการสร้าง เสริมสุขภาพ	15	3.6	131	31.6	269	64.8	1.39	0.56	น้อย
2. การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคล ในครอบครัวหรือญาติในการสร้าง เสริมสุขภาพ	16	3.9	246	59.3	153	36.9	1.67	0.55	ปานกลาง
3. การได้รับการสอบถาม ติดตาม ความคืบหน้าจากบุคคลในครอบครัว หรือญาติในการสร้างเสริมสุขภาพ	22	5.3	231	55.7	162	39.0	1.66	0.57	ปานกลาง
4. การได้รับการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ จากบุคคลในครอบครัวหรือญาติ ในการสร้างเสริมสุขภาพ	34	8.2	151	36.4	230	55.4	1.53	0.64	ปานกลาง

จากตาราง 6 พบว่า ผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวในระดับมาก ดังนี้ ร้อยละ 8.2 เคยได้รับการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์จากบุคคลในครอบครัวหรือญาติในการสร้างเสริมสุขภาพ ลงมาคือ ร้อยละ 5.3 เคยได้รับการสอบถาม ติดตามความคืบหน้าจากบุคคลในครอบครัวหรือญาติในการสร้างเสริมสุขภาพ ร้อยละ 3.9 เคยได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลในครอบครัวหรือญาติในการสร้างเสริมสุขภาพ และร้อยละ 3.6 เคยได้รับกำลังใจจากบุคคลในครอบครัวหรือญาติในการสร้างเสริมสุขภาพ ตามลำดับ

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละระดับการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือญาติ

ระดับการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว หรือญาติ	จำนวน	ร้อยละ
ดี (10-12 คะแนน)	246	59.3
ปานกลาง (8-10 คะแนน)	155	37.3
ไม่ดี (4-7 คะแนน)	14	3.4

จากตาราง 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 59.3 มีระดับการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือญาติในการสร้างเสริมสุขภาพในระดับดี ร้อยละ 37.3 มีระดับการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือญาติในการสร้างเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 3.4 มีระดับการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือญาติในการสร้างเสริมสุขภาพในระดับไม่ดี

4.2 การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัว

ตาราง 8 แสดงจำนวน และร้อยละของการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพจำแนกตามรายชื่อ

ข้อคำถาม	การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัว								แปลผล
	ในการสร้างเสริมสุขภาพ(n=415)								
	มาก		ปานกลาง		น้อย		$\bar{X}$	s.d.	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	(เต็ม 3)		
1. การได้รับกำลังใจจากบุคคลภายนอกครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพ	34	8.2	209	50.4	172	41.4	1.67	0.62	ปานกลาง
2. การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลภายนอกครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพ	32	7.7	212	51.1	171	41.2	1.67	0.61	ปานกลาง
3. การได้รับการสอบถาม ติดตามความคืบหน้าจากบุคคลภายนอกครอบครัวในการ สร้างเสริมสุขภาพ	34	8.2	183	44.1	198	47.7	1.60	0.64	น้อย
4. การได้รับการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์จากบุคคลภายนอกครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพ	43	10.4	237	57.1	135	32.5	1.78	0.62	ปานกลาง

จากตาราง 8 พบว่า ผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลภายนอกครอบครัวในระดับมาก ดังนี้ ร้อยละ 10.4 เคยได้รับการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์จากบุคคลภายนอกครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพ รองลงมาคือ ร้อยละ 8.2 เคยได้รับการสอบถาม ติดตามความคืบหน้าจากบุคคลภายนอกครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพ ร้อยละ 8.2 เคยได้รับกำลังใจจากบุคคลภายนอกครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพ ร้อยละ 7.7 เคยได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลภายนอกครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพ

ตาราง 9 จำนวนและร้อยละระดับการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัว
ในการสร้างเสริมสุขภาพ

ระดับการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลภายนอก ครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
ดี (10-12 คะแนน)	183	44.1
ปานกลาง (8-10 คะแนน)	196	47.2
ไม่ดี (4-7 คะแนน)	36	8.7

จากตาราง 9 พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 47.2 มีระดับการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพในระดับดี ร้อยละ 44.1 มีระดับการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพในระดับดี ร้อยละ 8.7 มีระดับการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพในระดับไม่ดี

4.3 การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพ

ตาราง 10 จำนวน และร้อยละของการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพในการ สร้างเสริมสุขภาพจำแนกตามรายชื่อ

ข้อคำถาม	การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพ								แปลผล
	ในการสร้างเสริมสุขภาพ (n=415)						$\bar{X}$ (เต็ม 3)	s.d.	
	มาก		ปานกลาง		น้อย				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
1. การได้รับกำลังใจจากบุคลากรด้านสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ	155	37.3	219	52.8	41	9.9	1.73	0.63	ปานกลาง
2. การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรด้านสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ	157	37.8	162	39.0	96	23.1	1.90	1.21	ปานกลาง
3. การได้รับการสอบถาม ติดตามความคืบหน้าจากบุคลากรด้านสุขภาพในการ สร้างเสริมสุขภาพ	106	25.5	199	48.0	110	26.5	2.01	0.72	ปานกลาง
4. การได้รับการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์จากบุคลากรด้านสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ	102	24.6	199	48.0	114	27.5	2.03	0.72	ปานกลาง

จากตาราง 10 พบว่า ผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรด้านสุขภาพในระดับมาก ดังนี้ ร้อยละ 37.8 เคยได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรด้านสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ รองลงมาคือ ร้อยละ 37.3 เคยได้รับกำลังใจจากบุคลากรด้านสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ ร้อยละ 25.5 เคยได้รับการสอบถาม ติดตามความคืบหน้าจากบุคลากรด้านสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ ร้อยละ 24.6 เคยได้รับการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์จากบุคลากรด้านสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพจากบุคคลภายนอกครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพ

ตาราง 11 จำนวนและร้อยละระดับการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพ
ในการสร้างเสริมสุขภาพ

ระดับการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ดี (10-12 คะแนน)	133	32.0
ปานกลาง (8-10 คะแนน)	181	43.6
ไม่ดี (4-7 คะแนน)	101	24.3

จากตาราง 11 พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 43.6 มีระดับการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 32.0 มีระดับการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพในระดับดี ร้อยละ 24.3 มีระดับการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพในระดับไม่ดี

5. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

ตาราง 12 แสดงจำนวน และร้อยละของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจำแนกตามรายข้อ

ข้อคำถาม	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ (n=415)								แปลผล
	มาก		ปานกลาง		น้อย		$\bar{X}$ (เต็ม 3)	s.d.	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
1. การแปรงฟัน ทำความสะอาดช่องปาก และฟัน	188	45.3	214	51.6	13	3.1	2.42	0.6	มาก
2. การทำใจให้พึงพอใจกับชีวิตที่เป็นอยู่ของตนเอง	221	53.3	181	43.6	13	3.1	2.50	0.6	มาก
3. การมีจิตใจชื่นชม ยินดีกับความสำเร็จของบุคคลอื่น ๆ	104	25.1	211	50.8	100	24.1	2.01	0.7	ปานกลาง
4. การไปพบแพทย์เพื่อตรวจตามนัด	78	18.8	287	69.2	50	12.0	2.07	0.6	ปานกลาง
5. การรับประทานยาตามแผนการรักษาเมื่อเจ็บป่วย	113	27.2	228	54.9	74	17.8	2.12	0.9	ปานกลาง
6. การพยายามควบคุมจิตใจให้สงบเมื่อเกิดความเครียด	31	7.5	181	43.6	203	48.9	1.59	0.6	น้อย
7. การพบปะ พูดคุยกับเพื่อนวัยเดียวกัน	51	12.3	216	52.0	148	35.7	1.77	0.7	ปานกลาง
8. การมีกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น ทำงานบ้าน ปลูกต้นไม้	187	45.1	218	52.5	10	2.4	2.43	0.5	มาก
9. การเข้าเป็นสมาชิกชมรมและทำกิจกรรมต่างๆร่วมกับชมรมเช่น ชมรมผู้สูงอายุ	162	39.0	230	55.4	23	5.5	2.33	0.6	มาก
10. การได้รับการวัคซีนป้องกันโรค เช่น วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่	32	7.7	146	35.2	237	57.1	1.51	0.6	น้อย

จากตาราง 12 พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในระดับมากตามลำดับดังนี้ ร้อยละ 53.3 การทำใจให้พึงพอใจกับชีวิตที่เป็นอยู่ของตนเอง รองลงมาคือ ร้อยละ 45.3 การแปรงฟัน ทำความสะอาดช่องปากและฟัน ร้อยละ 45.1 การมีกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น ทำงานบ้าน ปลูกต้นไม้ ร้อยละ 39.0 การเข้าเป็นสมาชิกชมรมและทำกิจกรรมต่างๆร่วมกับ

ชมรมเช่น ชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 27.2 การรับประทานยาตามแผนการรักษาเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 25.1 การมีจิตใจชื่นชม ยินดีกับความสำเร็จของบุคคลอื่น ๆ ร้อยละ 18.8 การไปพบแพทย์เพื่อตรวจตามนัด ร้อยละ 12.3 การพบปะ พูดคุยกับเพื่อนวัยเดียวกัน ร้อยละ 7.7 การได้รับการวัคซีนป้องกันโรค เช่น วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ และร้อยละ 7.5 การพยายามควบคุมจิตใจให้สงบเมื่อเกิดความเครียด

ตาราง 13 จำนวนและร้อยละระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

ระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ดี (24-30 คะแนน)	92	22.2
ปานกลาง (19-23 คะแนน)	210	50.6
ไม่ดี (10-18 คะแนน)	113	27.2

จากตาราง 13 พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50.6 มีระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 27.2 มีระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในระดับต่ำ ร้อยละ 22.2 มีระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในระดับดี

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

ตาราง 14 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ปัจจัย	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ (n=415)	
	r	p-value
อายุ	-0.096	0.050
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	0.181	<0.001
สภาวะสุขภาพ	-0.160	0.001
การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ	-0.027	0.589
แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว	0.236	<0.001
แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลภายนอกครอบครัว	0.231	<0.001
แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรด้านสุขภาพ	0.194	<0.001

จากตาราง 9 พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = -0.096$ $p < 0.050$) รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = 0.181$ $p < 0.001$) สภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = -0.160$ $p = 0.001$) การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = -0.027$ $p = 0.589$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = 0.236$ $p < 0.001$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลภายนอกครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = 0.231$ $p < 0.001$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = 0.194$ $p < 0.001$)

บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เป็นเครื่องมือในการแสวงหาความรู้ ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลการวิจัย ตั้งแต่เดือนเมษายน 2558 ถึงเดือนกันยายน 2558

ประชากรเป็นผู้สูงอายุในเขตจังหวัดสุโขทัย จำนวน 74,440 คน ที่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ มีการรับรู้เกี่ยวกับเวลา สถานที่ บุคคลตามปกติ สามารถเคลื่อนไหวหรือช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา และอาศัยอยู่ในพื้นที่วิจัยระหว่างการศึกษา

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้หลักเกณฑ์ของเครซี และมอร์แกน (1970) กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 380 ตัวอย่าง และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างหรือการได้ข้อมูลไม่สมบูรณ์ การวิจัยครั้งนี้ได้แบบสัมภาษณ์ที่มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน จำนวน 415 ตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) โดยขั้นแรกสุ่มพื้นที่อำเภอใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างโดยการจับสลาก (Simple random sampling) สุ่มเลือกจำนวน 5 อำเภอ ขั้นที่สองสุ่มตำบลโดยสุ่มเลือกอำเภอละ 3 ตำบล ขั้นที่สามสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ และสมัครใจเข้าร่วมตอบแบบสัมภาษณ์ จากนั้นสุ่มเลือกตัวอย่างเพื่อตอบแบบสัมภาษณ์ โดยการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ และกำหนดความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับ 0.05 สถิติที่ใช้ประกอบด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient)

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 61.4 อายุเฉลี่ย 70.22 ปี ร้อยละ 62.7 สถานภาพคู่ ร้อยละ 3.1 สถานภาพโสด ร้อยละ 71.3 จบการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 15.4 ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 37.1 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 54.9 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รายได้เฉลี่ยต่อเดือนรวมเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเท่ากับ 2,846.86 บาท ร้อย

ละ 55.9 มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 74.9 มีรายได้จากบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 25.1 มีรายได้จากการประกอบอาชีพของตนเอง ร้อยละ 67.2 มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ร้อยละ 29.2 มีการมองเห็นไม่ปกติ ร้อยละ 27.2 มีปัญหาการเดินทาง ร้อยละ 37.3 มีปัญหาสุขภาพช่องปาก

สภาวะสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุได้รับผลกระทบทางสุขภาพจากกระบวนการสูงอายุนานที่สุด ได้แก่ ร้อยละ 74.7 ได้ยินไม่ชัดต้องพูดเสียงดัง ๆ รองลงมาคือ ร้อยละ 72.5 มีอาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 69.2 ได้รับอันตรายจากสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวเสมอ ร้อยละ 66.7 เมื่อรู้สึกไม่สบายใจ จะอยู่คนเดียวไม่ไปหาเพื่อนพูดคุย ร้อยละ 57.6 ไม่สามารถแสวงหาความรู้มาใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองได้ ร้อยละ 48.2 ไม่สามารถดูแลร่างกายให้สะอาดอยู่เสมอ ร้อยละ 38.6 ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ทางศาสนาได้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 74.2 มีสภาวะสุขภาพในระดับไม่ดี ร้อยละ 22.4 มีสภาวะสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 3.4 มีสภาวะสุขภาพในระดับดี

การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุ รับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพมากที่สุด คือ ร้อยละ 73.0 รับรู้ว่าการฉีดวัคซีนสามารถป้องกันโรคได้ รองลงมาคือ ร้อยละ 71.8 รับรู้ว่าการมีราวจับที่แข็งแรงในห้องน้ำ สามารถป้องกันการหกล้มได้ ร้อยละ 70.4 รับรู้ว่าการให้อภัย จะทำให้รู้สึกสบายใจ ร้อยละ 66.5 รับรู้ว่าการรับประทานอาหารในผู้สูงอายุควรแบ่งเป็น 5-6 มื้อต่อวัน ร้อยละ 64.3 รับรู้ว่าการทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกชมรมต่างๆ ทำให้ไม่เหงา มีประโยชน์ ร้อยละ 52.3 รับรู้ว่ามีเมื่อมีความเครียดการหาเพื่อนพูดคุยสามารถผ่อนคลายความเครียดได้ ร้อยละ 46.7 รับรู้การเข้าร่วมงานสังคม เช่น งานบวช งานศพจะทำให้สดชื่น ไม่เหงา ร้อยละ 44.6 รับรู้การรับประทานอาหารประเภทปลาเป็นประจำจะทำให้กระดูกแข็งแรง ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 58.8 มีระดับการรับรู้ประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 29.9 มีระดับการรับรู้ประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพในระดับดี ร้อยละ 11.3 มีระดับการรับรู้ประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพในระดับไม่ดี

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวในระดับมาก ดังนี้ ร้อยละ 8.2 เคยได้รับการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์จากบุคคลในครอบครัวหรือญาติในการสร้างเสริมสุขภาพ ลงมาคือ ร้อยละ 5.3 เคยได้รับการสอบถาม ติดตามความคืบหน้าจากบุคคลในครอบครัวหรือญาติในการสร้างเสริมสุขภาพ ร้อยละ 3.9 เคยได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลในครอบครัวหรือญาติในการสร้างเสริมสุขภาพ และ ร้อยละ 3.6 เคยได้รับกำลังใจจากบุคคลในครอบครัวหรือญาติในการสร้างเสริมสุขภาพ ตามลำดับ

พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 59.3 มีระดับการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือญาติในการสร้างเสริมสุขภาพในระดับดี ร้อยละ 37.3 มีระดับการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือญาติในการสร้างเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 3.4 มีระดับการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือญาติในการสร้างเสริมสุขภาพในระดับไม่ดี

ผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลภายนอกครอบครัวในระดับมาก ดังนี้ ร้อยละ 10.4 เคยได้รับการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์จากบุคคลภายนอกครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพ รองลงมาคือ ร้อยละ 8.2 เคยได้รับการสอบถาม ติดตาม ความคืบหน้าจากบุคคลภายนอกครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพ ร้อยละ 8.2 เคยได้รับกำลังใจจากบุคคลภายนอกครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพ ร้อยละ 7.7 เคยได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลภายนอกครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 47.2 มีระดับการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพในระดับดี ร้อยละ 44.1 มีระดับการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพในระดับดี ร้อยละ 8.7 มีระดับการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพในระดับไม่ดี

พบว่า ผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรด้านสุขภาพในระดับมาก ดังนี้ ร้อยละ 37.8 เคยได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรด้านสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ รองลงมาคือ ร้อยละ 37.3 เคยได้รับกำลังใจจากบุคลากรด้านสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ ร้อยละ 25.5 เคยได้รับการสอบถาม ติดตามความคืบหน้าจากบุคลากรด้านสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ ร้อยละ 24.6 เคยได้รับการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์จากบุคลากรด้านสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพจากบุคคลภายนอกครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 43.6 มีระดับการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 32.0 มีระดับการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพในระดับดี ร้อยละ 24.3 มีระดับการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพในระดับไม่ดี

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในระดับมาก ตามลำดับดังนี้ ร้อยละ 53.3 การทำให้พึงพอใจกับชีวิตที่เป็นอยู่ของตนเอง รองลงมาคือ ร้อยละ 45.3 การแปรงฟัน ทำความสะอาดช่องปากและฟัน ร้อยละ 45.1 การมีกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น ทำงานบ้าน ปลูกต้นไม้ ร้อยละ 39.0 การเข้าเป็นสมาชิกชมรมและทำ

กิจกรรมต่างๆร่วมกับชมรมเช่น ชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 27.2 การรับประทานยาตามแผนการรักษา เมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 25.1 การมีจิตใจชื่นชม ยินดีกับความสำเร็จของบุคคลอื่น ๆ

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50.6 มีระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 27.2 มีระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในระดับต่ำ ร้อยละ 22.2 มีระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในระดับดี

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = -0.096$ $p < 0.050$) รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = 0.181$ $p < 0.001$) สภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = -0.160$ $p = 0.001$) การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = -0.027$ $p = 0.589$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = 0.236$ $p < 0.001$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลภายนอกครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = 0.231$ $p < 0.001$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = 0.194$ $p < 0.001$)

อภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์สภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

สภาวะสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 74.2 มีสภาวะสุขภาพในระดับไม่ดี ร้อยละ 22.4 มีสภาวะสุขภาพในระดับปานกลาง มีเพียงร้อยละ ร้อยละ 3.4 เท่านั้นที่มีสภาวะสุขภาพในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบทางสุขภาพจากกระบวนการสูงอายุ จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสภาวะสุขภาพในระดับไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิรดา อรรถเมธากุลและวรรณิ ศิริวิสัย (2556) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคูบัว จังหวัดราชบุรี ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีสภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 75.5 และสอดคล้องกับการศึกษาของ จีราพร ทองดี ดาราวรรณ รองเมือง จันทนา นาคฉัตรีย์ (2555) ที่ได้ศึกษาสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดน

ภาคใต้ ซึ่งพบว่า ส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 59.1

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50.6 มีระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง และร้อยละ 22.2 มีระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุน ส่งเสริมให้มีการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพดี พึ่งพาบุคคลใกล้ชิด และระบบสุขภาพน้อยที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิรดา อรรถเมธากุลและวรรณ ศรีวิสัย (2556) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคูบัว จังหวัดราชบุรี ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีระดับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 55.5 ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ สำนักส่งเสริมสุขภาพ (2556) ที่ได้สำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับดี

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = -0.096$ $p < 0.050$) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุเมื่อมีอายุมากขึ้น ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง การพึ่งพาตนเองทางสุขภาพลดลงจึงส่งผลให้พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐสิณี สุขมัย ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ พัทธราภร เกิดมงคล วันเพ็ญ แก้วปาน และนิตยา วัจนะภูมิ (2555) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ ในกรุงเทพมหานครซึ่งพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ($p\text{-value} < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของทิพย์กมล อิสลาม (2557) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย อำเภอเกาะยาว จังหวัดพังงา พบว่า อายุ มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = 0.181$ $p < 0.001$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่มีรายได้สูง มีรายได้ประจำ จะไม่กังวลกับการประกอบอาชีพเพื่อหารายได้เลี้ยงตนเอง ทำให้มีเวลาสำหรับกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทิพย์กมล อิสลาม (2557) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย อำเภอเกาะยาว จังหวัดพังงา พบว่า รายได้ มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

สภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = -0.160$ $p = 0.001$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เป็นผู้สูงอายุที่อายุมาก ความ

สนใจเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐวิไลณี สุขมัย ขวัญใจ อำนางลัยชัยเชื้อ พัทธกร เกิดมงคล วันเพ็ญ แก้วปาน และนิตยา วัจนะภูมิ (2555) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ ในกรุงเทพมหานครซึ่งพบว่า การรับรู้สภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ($p\text{-value} < .05$) ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ สมคิด ดันติไวยพจน์และสมนา ดันติไวยพจน์ (2557) ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนชนบท จังหวัดสุโขทัย ที่พบว่าสภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.103$ $p = 0.131$)

แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = 0.236$ $p < 0.001$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวจะมีกำลังใจ มีเครื่องมือ อุปกรณ์พร้อมสำหรับกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลภายนอกครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = 0.231$ $p < 0.001$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัว ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะมีความมั่นใจและปฏิบัติกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = 0.194$ $p < 0.001$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล แพทย์ พยาบาล จะตระหนักถึงความจำเป็นที่จะต้องสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สามารถ ใจเตี้ย และดารารัตน์ จำเริญ (2557) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเขตเมือง ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .642$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ สมคิด ดันติไวยพจน์และสมนา ดันติไวยพจน์ (2557) พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพจากบุคคลภายนอกครอบครัว การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในพื้นที่เขตชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.135$ $p = 0.049$), ($r = 0.348$ $p < 0.001$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

1. จากผลการวิจัย พบว่า สภาวะสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสภาวะสุขภาพในระดับไม่ดี ดังนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสท.) ควรจัดกิจกรรมเตรียมความพร้อมให้กับประชาชนก่อนวัยสูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้มีสุขภาพดี เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี
2. จากผลการวิจัย พบว่า ระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสท.) ควรร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาครัฐและเอกชน ควรจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง และผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างทั่วถึง
3. จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากบุคคลในครอบครัว จากบุคคลภายนอกครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนั้น ควรเพิ่มจำนวน และพัฒนาศักยภาพปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าว เพื่อทำหน้าที่เป็นจิต ให้การสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ

ข้อเสนอในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาสภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจำแนกเป็นรายกลุ่ม เช่น กลุ่มติดบ้านติดเตียง เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุจำแนกตามรายกลุ่ม
2. ควรศึกษาและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุที่มีสภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในระดับต่ำให้กลับเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี
3. ควรศึกษาและพัฒนาศักยภาพบุคคลที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ บุคคลในครอบครัว บุคคลภายนอกครอบครัว บุคลากรด้านสุขภาพเพื่อทำหน้าที่เป็นจิตอาสาดูแล ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2553). แนวทางการรณรงค์เพื่อเสริมสร้างสุขภาพจิตวัยทำงาน และวัยสูงอายุในพื้นที่. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย. (2550). โครงการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และเฝ้าระวังโรคกลุ่มผู้สูงอายุภายใต้ ขุดสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2551. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย.
- กระทรวงพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์. (2553). พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย กิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- จีราพร ทองดี ดาราวรรณ รองเมือง ฉันทนา นาคฉัตรีย์. (2555). ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
- จุฬารักษ์ โสตะ. (2549). แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. วารสารศูนย์บริการวิชาการ, 14(4), 8-12.
- ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. (2553). การส่งเสริมสุขภาพในชุมชนแนวคิด และการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ณัฐฐิณี สุขมัย ขวัญใจ อำนาจสตัยเชื้อ พัทธกร เกิดมงคล วันเพ็ญ แก้วปาน และนิตยา วัจนะภูมิ. ทิพย์กมล อีสลาม. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย อำเภอเกาะยาว จังหวัดพังงา. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 ม.ค. - มี.ค. 2557.
- ธัญ กนกเทศ. (2549). การพัฒนามาตรฐาน และตัวชี้วัดทางสังคมด้านความมั่นคงทางสุขภาพ ของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง. ศศ.ด., มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- นิรมล อินทฤทธิ์. (2547). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดปราจีนบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม., จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ประภาพร มโนรัตน์. (2553). รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับครูเกษียณ. วิทยานิพนธ์ สด., มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- ปราณี อิมสมบัติ. (2546). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกในกิจกรรมชมรม ผู้สูงอายุจังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์ สส.ม., มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.

- ปิ่นนเรศ กาดอุดม, คณิศร แก้วแดง และธัมมน นามวงษ์. (2550). พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. จันทบุรี: วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.
- ผกวนมาศ กมลพรวิจิตร, วิภาดา ท้าวประยูร และมนู วาทีสุนทร. (2549). บทบาทและความสัมพันธ์ของวัด และพระสงฆ์กับผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
- มุจรินทร์ หมีคุ้ม. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจ ใฝ่สัมฤทธิ์กับความสามารถในการบริหารเวลาของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตภาคนอกเวลาราชการ. วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2551). Aging Society ที่ประเทศไทย. สืบค้นเมื่อ 5 กรกฎาคม 2553, จาก <http://tgri.thainhf.org/index.php?module=news&page2=detail&id=160>
- วรรณวรรณ ผาโคตร. (2550). ศัพท์: การส่งเสริมสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมทางสุขภาพ. กรุงเทพฯ: เค.เอส.พี.การพิมพ์.
- วาทีนี บุญชะลิกษ์. (2545). นโยบายและทิศทางการพัฒนาด้านผู้สูงอายุในอนาคต. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากร และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
- วิทยาลัยประชากรศาสตร์. (2553). อนาคตประเทศไทยกับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ. สืบค้นเมื่อ 12 เมษายน 2553, จาก http://www.cps.chula.ac.th/html_th/pop_base/ageing/ageing_096.htm
- วิรดา อรรถเมธากุลและวรรณ ศรีวิสัย. (2556). ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคูบัว จังหวัดราชบุรี. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 : กรกฎาคม - ธันวาคม ปี 2556
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2547). ผู้ดูแลผู้สูงอายุ: การสังเคราะห์องค์ความรู้. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2549). รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2550). ศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน: กลไกการดำเนินงานเพื่อความยั่งยืน. กรุงเทพฯ: มิสเตอร์ก๊อปปี้ (ประเทศไทย).

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ปรียานุช ไชยธนวิชัย และธนิศานต์ ศักดาพร. (2552).

โครงการตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัว และชุมชนชนบทไทย. กรุงเทพฯ:

คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2548). การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา. กรุงเทพฯ:

โรงพยาบาลชุมชนนุสรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2551). รายงานประจำปี 2551. กรุงเทพฯ: สถาบันเวชศาสตร์

ผู้สูงอายุ.

สามารถ ใจเตี้ย และดารารัตน์ จำเริญ. (2557). พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเขต

เมือง. ราชภัฏเพชรบูรณ์สาร ปีที่ 14 เล่มที่ 2 (2555).

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (2552). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2551. กรุงเทพฯ: ทีคิวพี.

สมคิด ตันติไวยพจน์และสุมนา ตันติไวยพจน์. (2557). ประสิทธิภาพของกระบวนการเพิ่ม

ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนชนบท

จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 23 ฉบับที่ 4 กรกฎาคม-สิงหาคม 2557

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2554). สิทธิตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ.

จดหมายข่าวเพื่อนสร้างสุข, 6(60), 6-7.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2550.

กรุงเทพฯ: สำนักสถิติเศรษฐกิจสังคม และประชาคม 1 สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. (2558). รายงานประจำปี 2558. สุโขทัย: สำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ. (2552). คู่มือปฏิบัติงานสำหรับ อสม. เพื่อผู้สูงวัยสายใยรักครอบครัว

ชุมชน. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ. (2556). สุขภาวะผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพ

ผู้สูงอายุและผู้พิการ. นนทบุรี: โรงพิมพ์วีชรินทร์ พี.พี.

สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, นภาพร ขโยวรรณ และศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2548). การทบทวน

องค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ จุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย.

สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, นภาพร ขโยวรรณ และศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2553). มโนทัศน์ทางนโยบาย

ระดับชาติด้านผู้สูงอายุและผู้สูงอายุ. สืบค้นเมื่อ 5 กรกฎาคม 2553, จาก

http://www.thaitgri.org/images/storiesDocument/OldResearch/research_budget_8.pdf

สุรัชย์ อยู่สาโก. (2550). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในเทศบาลเมืองท่าเรือ-พระแท่น อำเภอกำมะกา จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ ศษ.ม., มหาวิทยาลัยศิลปากร, กรุงเทพฯ.

อรชร ไหว. (2548). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ ศษ.ม., มหาวิทยาลัยศิลปากร, กรุงเทพฯ.

อรรณณ แพนคง. (2553). การพยาบาลผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.

อรรณณ คุณาและนันทศักดิ์ ธรรมานวัตร. (2552). โครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพในชุมชน. บริษัท ซีจี พูล จำกัด.

Ahijevych and Bernard. (1994). Health promotion behavior African American woman. Nursing research, 43(2), 86-89.

Daniel Lai, Hongmei Tong, Qun Zeng and Wenyan Xu. (2010) The factor structure of a Chinese Geriatric Depression Scale-SF: use with alone elderly Chinese in Shanghai, China. International of geriatric psychiatry, 25(2), 503-510.

Egger G, Spark R and Lawson J. (1992). Health promotion strategies and method. N.P.: McGraw-Hill Book.

House, J. S. (1981). Work stress and social support. Addison-Wesley reading. Mass: Addison-Wesley.

House, J.S. y Kahn, R.L. (1985). Measures and concepts of social support. In En S. Cohen y S. Syme (Eds.), Social Support and Health. Nueva York: Academic.

Hubbard P, Muhlenkamp AF and Brown N. (1984). The relationship between social supports and self-care practices. Nursing research, 33(5), 266-270.

Kahn, R.L. (1979). Aging and social supports: In aging form birth to death: Interdisciplinary perspectives. Colorado: Westview.

Kawamoto R, Yoshida O and Oka Y. (2005). Influence of living alone on emotional well-being in community-dwelling elderly persons. Geriatrics & Gerontology International, 5(3), 152-158.

- Lindsey, J. R., Norbeck, J. S., Carrier, V. L. and Perry, E. (1981). Social support and health outcome in postmastectomy women: A review. *Cancer nursing*, 4(5), 377-381.
- .. Margaret S. and Westaway. (2009). The impact of chronic diseases on the health and well-being of South Africans in early and later old age. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2553, จาก www.elsevier.com/locate/archger
- Muhlenkamp A. and Sayles J. A. (1986). Self-esteem, social support and positive health practices. *Nursing Research*, 35(6), 334–338.
- Mullins L.C., Sheppard H.L. and Anderson L. (1988). A study of loneliness among a national sample of Swedish elderly. *Comprehensive gerontology*, 29(1), 36 - 43.
- Pender N.J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed.). Stamford, CT: Appleton and Lange.
- Pender N.J., Murdaugh C.L. and Parsons M.R. (2006). *Health promotion in nursing practice*. New Jersey: Pearson Education.
- Ryan M.C. and Patterson J. (1987). Loneliness in the elderly. *Journal of erotological Nursing*, 13(5), 6 – 12.
- Sofia Awear. (2003). Elderly people living alone: Finding from Kanchanaburi project. Master thesis M.A., Mahidol university, Bangkok.
- United Nations. (2008). *Regional dimensions of the ageing situation* united nations. New York: Printed at United Nations Headquarters.
- United Nations. (2008). *Guid to the nation implementation of the Madrid International plan of action on ageing*. New York: United Nations Headquarters.
- World Health Organization. (2002). *Active ageing a policy framework no communicable disease prevention and health promotion ageing and life course*. Switzerland: Geneva.
- World Health Organization. (2006). *Integrating poverty and gender into health programmes: A sourcebook for health professionals: module on ageing*. N.P.: Regional Office for the Western Pacific.

- World Health Organization. (2008). Age-friendly PHC centres toolkit. Switzerland: Geneva.
- World Health Organization. (2010). Health Promotion. Retrieved January 15, 2010, from <http://www.who.int/healthpromotion/en/>
- Weiss R. (1974). The provisions of social relationships. In Z. Rubin (Ed.), Doing un to others. Englewood cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Yurick, A.G. (1980). The aged person and nursing process. New York: Appleton Century-Crofts.

ภาคผนวก

แบบสัมภาษณ์โครงการวิจัย

สภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย

คำชี้แจง

1. แบบสัมภาษณ์นี้ใช้สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษา สภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 สภาวะสุขภาพ ส่วนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ ส่วนที่ 5 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง
2. แบบสัมภาษณ์นี้ มีทั้งหมด 56 ข้อ จำนวน 5 หน้า ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสัมภาษณ์ ประมาณ 30 นาที
3. การบันทึกตามแบบสัมภาษณ์ ดำเนินการโดยทำเครื่องหมาย ☒ และเติมคำลงในช่องว่างที่กำหนด
4. ข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์ จะเก็บเป็นความลับ ไม่มีผลต่อการรับบริการจากภาครัฐในทุกกรณี ขอให้ท่านตอบข้อมูลตามความเป็นจริง
5. กรุณาตอบข้อมูลให้ครบทุกข้อคำถาม เพื่อประโยชน์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

แบบสัมภาษณ์โครงการวิจัย

สภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย

ส่วนที่ 1: ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ☒ และเติมคำลงในช่องว่างที่กำหนด

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพ
() โสด () คู่ () หม้าย/หย่า/แยก
4. นับถือศาสนา
() พุทธ () คริสต์ () อิสลาม () อื่นๆ ระบุ.....
5. ระดับการศึกษา
() ไม่ได้เรียน () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา
() อนุปริญญา () ปริญญาตรี () ปริญญาโท ปริญญาเอก
6. อาชีพหลักในปัจจุบัน
() ไม่ได้ประกอบอาชีพ () รับจ้าง () ค้าขาย
() ข้าราชการบำนาญ () เกษตรกรรม () อื่นๆ.....
7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ.....บาท (รวมเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจากภาครัฐ)
8. ท่านคิดว่าสถานภาพทางการเงินของท่านเป็นอย่างไร
() มีหนี้สิน () พอกินพอใช้ () มีเหลือเก็บ
9. แหล่งที่มาของรายได้ (แหล่งรายได้หลัก)
() จากรายได้ของตนเอง () จากบุคคลในครอบครัว
() จากแหล่งอื่น (ระบุ) 1.....2.....3.....
10. โรคประจำตัวที่วินิจฉัยโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
() ไม่มีโรคประจำตัว () มีโรคประจำตัว (ระบุ) 1.....
11. ท่านรับประทานยารักษาโรคประจำตัวสม่ำเสมอหรือไม่
() ไม่รับประทาน () รับประทาน สม่ำเสมอ
12. ท่านสามารถมองเห็นได้ตามปกติหรือไม่
() ปกติ () ไม่ปกติ
13. ท่านสามารถเดินได้ตามปกติหรือไม่
() ปกติ () ไม่ปกติ
14. ท่านมีปัญหาสุขภาพช่องปากหรือไม่
() ไม่มี () มี

ส่วนที่ 3: สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ☒ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงความคิดเห็นเดียว

ข้อคำถาม	การได้รับผลกระทบทางสุขภาพ		
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
1. รับประทานอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย			
2. มีอาการเหนื่อย และอ่อนเพลียไม่สามารถทำงานได้			
3. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ทางศาสนาได้			
4. ไม่สามารถแสวงหาความรู้มาใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองได้			
5. เมื่อรู้สึกไม่สบายใจ จะอยู่คนเดียวไม่ไปหาเพื่อนพูดคุย			
6. มีอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย			
7. ได้ยินไม่ชัดต้องพูดเสียงดัง ๆ			
8. มีอาการนอนไม่หลับ			
9. ได้รับอันตรายจากสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวเสมอ			
10. ไม่สามารถดูแลร่างกายให้สะอาดอยู่เสมอ			

ส่วนที่ 4: การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ☒ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงความคิดเห็นเดียว

ข้อคำถาม	การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเอง		
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
1. เมื่อมีความเครียดการหาเพื่อนพูดคุยสามารถผ่อนคลายความเครียดได้			
2. ทำงานอดิเรก การออกกำลังกายสามารถผ่อนคลายความเครียดได้			
3. รับประทานอาหารอุ่น ๆ จะทำให้รับประทานอาหารได้มากขึ้น			
4. เข้าร่วมงานสังคม เช่น งานบวช งานศพจะทำให้สดชื่น ไม่เหงา			
5. รับประทานอาหารประเภทปลาเป็นประจำจะทำให้กระดูกแข็งแรง			
6. การมีราวจับที่แข็งแรงในห้องน้ำ สามารถป้องกันการหกล้มได้			
7. การให้อภัย จะทำให้รู้สึกสบายใจ			
8. จิตต์ผ่องสามารถป้องกันโรคได้			
9. จำนวนมื้ออาหารในผู้สูงอายุควรแบ่งเป็น 5-6 มื้อต่อวัน			
10. ทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกชมรมต่างๆ ทำให้ไม่เหงา มีประโยชน์			

ส่วนที่ 5: การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการสร้างเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ☒ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงความคิดเห็นเดียว

5.1 การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือญาติ

ข้อคำถาม	การได้รับแรงสนับสนุน		
	เป็นประจำ	เป็นบางครั้ง	ไม่เคย
1. การได้รับกำลังใจ			
2. การได้รับข้อมูลข่าวสาร			
3. การได้รับการสอบถาม ติดตามความคืบหน้า			
4. การได้รับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์			

5.2 การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัวและองค์กรในพื้นที่

ข้อคำถาม	การได้รับแรงสนับสนุน		
	เป็นประจำ	เป็นบางครั้ง	ไม่เคย
1. การได้รับกำลังใจ			
2. การได้รับข้อมูลข่าวสาร			
3. การได้รับการสอบถาม ติดตามความคืบหน้า			
4. การได้รับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์			

5.3 การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพ

ข้อคำถาม	การได้รับแรงสนับสนุน		
	เป็นประจำ	เป็นบางครั้ง	ไม่เคย
1. การได้รับกำลังใจ			
2. การได้รับข้อมูลข่าวสาร			
3. การได้รับการสอบถาม ติดตามความคืบหน้า			
4. การได้รับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์			

ส่วนที่ 6: พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ☒ ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านเพียงช่องเดียวในแต่ละข้อ

ข้อคำถาม	การปฏิบัติดูแลสุขภาพ ตนเอง		
	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
1. การแปรงฟัน ทำความสะอาดช่องปาก และฟัน			
2. การทำใจให้พึงพอใจกับชีวิตที่เป็นอยู่ของตนเอง			
3. การมีจิตใจชื่นชม ยินดีกับความสำเร็จของบุคคลอื่น ๆ			
4. การไปพบแพทย์เพื่อตรวจตามนัด			
5. การรับประทานยาตามแผนการรักษาเมื่อเจ็บป่วย			
6. การพยายามควบคุมจิตใจให้สงบเมื่อเกิดความเครียด			
7. การพบปะ พูดคุยกับเพื่อนวัยเดียวกัน			
8. การมีกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น ทำงานบ้าน ปลูกต้นไม้			
9. การเข้าเป็นสมาชิกชมรมและทำกิจกรรมต่างๆร่วมกับชมรมเช่น ชมรมผู้สูงอายุ			
10. การได้รับการวัคซีนป้องกันโรค เช่น วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่			